



Évaluation groupée du soutien aux infrastructures de santé des Premières Nations et des Inuit

Le 28 juin 2023



Indigenous Services
Canada

Services aux
Autochtones Canada

Canada

Remerciements

Nous désirons d'abord souligner que cette évaluation a été effectuée sur le territoire traditionnel de peuples autochtones, notamment :

la Nation algonquine Anishinaabe, les Mississaugas de Credit, les Anishnabeg, les Chippewa, les Haudenosaunee, les Wendat, les Hurons-Wendat, la Nation métisse de l'Ontario, la Métis Nation of Alberta de la région 4, les Nehiyaw, les Dénésulines, les Nakota Sioux, les Nakota Isga, les Saulteaux, les Anishinaabe et les Niitsitapi.

Cette évaluation comportait des missions menées d'un océan à l'autre du pays. Nous tenons à remercier les personnes qui nous ont fait part de leurs connaissances, de leur sagesse et de leurs douloureuses vérités. Nous les remercions de nous faire confiance et d'avoir partagé avec nous leurs expériences.

Avertissement concernant les éléments déclencheurs

Ce rapport traite d'expériences en soins de santé non sécuritaires sur le plan culturel, d'expériences traumatisantes et de sujets liés à la santé et au bien-être qui peuvent déclencher des souvenirs liés à des expériences personnelles ou à des expériences vécues par des amis et des membres de la famille. Ce rapport traite également de racisme, de problèmes de santé chroniques et de décès. Bien que le programme vise à créer une base de connaissances et à répondre aux questions concernant l'atteinte des résultats pour les programmes du groupe, le contenu de ce rapport peut déclencher des sentiments ou des pensées difficiles. Les Autochtones qui ont besoin de soutien émotionnel peuvent communiquer avec la ligne d'écoute téléphonique KUU-US, accessible en tout temps au 1-800-588-8717, pour parler avec un intervenant autochtone en cas de crise.

Tables des matières

Liste des abréviations et des acronymes	iv
Liste des figures.....	v
Liste des tableaux.....	vi
Résumé	vii
Principales constatations	viii
Pertinence.....	viii
Relations.....	viii
Résultats des programmes	viii
Pratiques exemplaires	ix
Répercussions de la COVID-19	x
Recommandations.....	xi
Rapport sur la réponse et le plan d'action de la direction	xi
Réponse de la direction	xi
Plan d'action	xii
1. Présentation	1
2. Méthodologie de l'évaluation.....	5
2.1 Portée et enjeux relatifs à l'évaluation.....	5
2.2 Conception et méthodes	6
2.3 Gouvernance du projet.....	9
3. Conclusions	10
3.1 Pertinence.....	10
Question d'évaluation : Quels sont les besoins auxquels ce groupe de programmes de santé pour les Premières Nations et les Inuit devrait répondre? Les besoins sont-ils toujours pertinents, ou de nouveaux besoins sont-ils apparus?	10
Question d'évaluation : Les objectifs de ce groupe de programmes (c.-à-d. l'objectif des programmes) correspondent-ils aux besoins des Premières Nations et des Inuit?	24
3.2 Efficacité des programmes	33
Question d'évaluation : Quels aspects des programmes fonctionnent bien, et quels aspects doivent être améliorés?	33
Question d'évaluation : Dans quelle mesure chacun des programmes inclus a-t-il progressé vers l'atteinte de ses résultats escomptés?.....	38
Question d'évaluation : Quelle a été l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur la prestation des programmes et leur capacité à soutenir les Premières Nations et les Inuit?	65
Question d'évaluation : Dans quelle mesure les relations entre les partenaires de chacun des programmes (p. ex. entre l'AC de SAC et les bureaux régionaux, les Premières Nations et les Inuit,	

les partenaires de mise en œuvre, les gouvernements provinciaux et municipaux, etc.) et entre les programmes sont-elles efficaces ou productives?	72
3.3 Transfert de services.....	85
Question d'évaluation : L'objectif ministériel de transfert de services correspond-il aux besoins des Premières Nations et des Inuit?	85
Question d'évaluation : Comment les programmes du groupe ont-ils travaillé pour assurer le transfert éventuel des responsabilités ministérielles aux Premières Nations et aux Inuit?	92
3.4 Efficacité	94
Question d'évaluation : Dans quelle mesure la conception et la prestation des programmes de ce groupe de l'infrastructure de la santé sont-elles rentables?	94
a. Y a-t-il des façons de les rendre plus rentables?	94
b. L'affectation de fonds à chacun des programmes et au sein de chacun d'eux est-elle appropriée pour atteindre les résultats attendus?.....	94
4. Conclusions	109
4.1 Conclusions	109
4.1.1 Pertinence	109
4.1.2 Efficacité.....	110
4.1.3 Transfert de services	112
4.1.4 Efficience	113
5. Recommandations	113
Annexes	115
Annexe A – Matrice d'évaluation	115
Annexe B – Principaux répondants	127
Annexe C – Participants au sondage	127
Annexe D – Modèle logique du groupe	128
Annexe E – Renseignements généraux sur l'étude de cas	129
Annexe F – Ouvrages cités	138

Liste des abréviations et des acronymes

AC	Administration centrale
ACS+	Analyse comparative entre les sexes plus
AGJEA	Apprentissage et garde des jeunes enfants autochtones
AGSPN	Association des gestionnaires de santé des Premières Nations
Alb.	Alberta
APN	Assemblée des Premières Nations
APT	Administrations provinciales et territoriales
ASPN	Autorité sanitaire des Premières Nations
Atl.	Atlantique
C.-B.	Colombie-Britannique
CCE	Comité consultatif sur l'évaluation
CCQSSP	Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEG	Cote de l'état général
CVC	Chauffage, ventilation et climatisation
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
DHSC	Déclaration sur l'humilité et la sécurité culturelles de la Colombie-Britannique
DME	Dossier médical électronique
EM	Expert en la matière
ETP	Équivalent temps plein
FEE	Fonctionnement et entretien des établissements de santé
FFPBDA	Femmes, filles et personnes bispirituelles autochtones disparues et assassinées
FHQTC	Conseil tribal de File Hills Qu'Appelle
FISS	Fonds d'intégration des services de santé
GC	Gouvernement du Canada
HSO	Organisation de normes en santé
IA	Infirmiers autorisés/infirmières autorisées
IAA	Infirmière auxiliaire autorisée
ICSP	Institut canadien pour la sécurité des patients
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
ITS	Infections transmissibles sexuellement
MA	Massothérapeute agréé
Man.	Manitoba
MKO	Manitoba Keewatinowi Okimakanak Inc.
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
NATSIHP	National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan
NRF	Nouvelle relation financière
OCS	Organisation des chefs du Sud
Ont.	Ontario
OSCCA	Organismes de santé contrôlés par les communautés autochtones
PAQA	Programme d'amélioration de la qualité et d'agrément
PCAP®	Principes de propriété, contrôle, accès et possession (PCAP) (en référence aux PCAP® des Premières Nations)
PE	Protocole d'entente

PES	Programme des établissements de santé
PIC	Programme d'infrastructure de la cybersanté
PIP	Profil de l'information sur le rendement
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones
PSGQ	Planification de la santé et gestion de la qualité
PSGQIS	Planification de la santé, gestion de la qualité et intégration des systèmes
PTSPN	Plan tripartite pour la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique
Qué.	Québec
RHS	Ressources humaines en santé
RMR	Région métropolitaine de recensement
RN	Région du Nord
SAC	Services aux Autochtones Canada
Sask.	Saskatchewan
SDMC	Soins à domicile et en milieu communautaire
SNIR	Stratégie nationale inuite sur la recherche
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des figures

Figure 1 – Description du point de vue des Premières Nations sur la santé et le mieux-être fournie par l'ASPN (ASPN, s.d.).	10
Figure 2 – Les programmes du groupe respectent les valeurs et les droits des Premières Nations et des Inuit, y compris le droit d'accès aux cérémonies, aux pratiques et aux soutiens culturels.	25
Figure 3 – Il existe une culture de responsabilisation établie pour faire progresser la lutte contre le racisme ainsi que la sécurité et l'humilité culturelles au sein de mon organisation.	26
Figure 4 – Les programmes du groupe permettent d'offrir des services sécuritaires et exempts de préjudices évitables.	27
Figure 5 – Les programmes du groupe pourraient être améliorés pour améliorer la sécurité des patients et la prévention des préjudices	28
Figure 6 – Perception des partenaires de l'efficacité globale de la prestation des programmes	34
Figure 7 – Communautés des Premières Nations et des Inuit appuyées par SAC	40
Figure 8 – L'accès à des services de santé globaux a augmenté entre 2015 et 2020	41
Figure 9 – La qualité des soins est excellente grâce au PSGQ	41
Figure 10 – Projets du FISS en 2022 par région	44
Figure 11 – Exemple de projets du FISS – Types d'intégration visés par les projets déclarés	45
Figure 12 – Exemples de domaines d'intérêt de projets du FISS	46
Figure 13 – L'accès à des services de santé globaux a augmenté entre 2015 et 2020	47
Figure 14 – La qualité des soins est excellente grâce au FISS	48
Figure 15 – Il y a un niveau élevé de satisfaction à l'égard des services offerts par l'intermédiaire du FISS	48
Figure 16 – Répartition des bénéficiaires de bourses par région	56
Figure 17 – Répartition des bénéficiaires de bourses par programme d'études	56
Figure 18 – Variation annuelle en % du nombre d'Autochtones et de non-Autochtones travaillant dans le secteur des soins de santé au Canada	59
Figure 19 – Dépenses du programme du PES	64
Figure 20 – Services rendus possibles par l'agrément	71

Figure 21 – Efficacité globale des relations entre les partenaires des programmes	72
Figure 22 – Efficacité globale des relations entre les partenaires des programmes	73
Figure 23 – Efficacité des relations entre l'AC de SAC et les régions de SAC	74
Figure 24 – Efficacité des relations entre les régions de SAC et les Premières Nations et les Inuit	75
Figure 25 – Quelles relations doivent être renforcées pour améliorer la fonction du programme?	77
Figure 26 – Perception globale de la clarté et de la pertinence de la communication entre les principaux intervenants du programme	78
Figure 27 – Perception des partenaires quant à l'efficacité de la communication entre les partenaires des programmes	79
Figure 28 – Le rôle et les responsabilités de ce programme et de son personnel sont clairement définis, bien compris et communiqués efficacement	80
Figure 29 – Les renseignements sur le transfert de services sont communiqués efficacement à mon équipe et à moi-même.	81
Figure 30 – Avec quels autres services de soutien de l'infrastructure de la santé collaborez-vous pour accomplir vos tâches?	83
Figure 31 – Efficacité et productivité des relations entre les programmes.....	83
Figure 32 – Y a-t-il d'autres services de soutien de l'infrastructure de la santé avec lesquels la collaboration augmenterait les avantages pour les Premières Nations et les Inuit?	84

Liste des tableaux

Tableau 1 – Dépenses et équivalents temps plein des programmes du groupe.....	4
Tableau 2 – Méthodes d'évaluation	6
Tableau 3 – Limites	8
Tableau 4 – Problèmes de santé autodéclarés	15
Tableau 5 – Rapports du Conseil du Trésor sur les indicateurs de rendement pour chaque programme du groupe	37
Tableau 6 – Nombre d'établissements et de centres de santé des Premières Nations qui sont agréés ou en voie de l'être par région	50
Tableau 7 – Nombre de séances de télésanté offertes par types de séances.....	52
Tableau 8 – Nombre de bourses d'études en santé attribuées de l'exercice 2015-2016 à l'exercice 2019-2020	55
Tableau 9 – Nombre de bénéficiaires d'une bourse des exercices 2015-2016 à 2019-2020, par identité autochtone.....	55
Tableau 10 – Formation offerte aux travailleurs communautaires autochtones financée par l'intermédiaire du programme des RHS, de l'exercice 2015-2016 à l'exercice 2020-2021	58
Tableau 11 – Progrès du PES par rapport à certains indicateurs de rendement	63
Tableau 12 – Résumé des dépenses spéciales liées à la COVID-19 par programme du groupe	69
Tableau 13 – Sommaire des ETP par programme du groupe et variation en pourcentage d'une année à l'autre.....	101

Résumé

L'évaluation groupée du soutien aux infrastructures de santé des Premières Nations et des Inuit est décrite dans le Plan d'évaluation ministériel quinquennal de 2020-2021 à 2024-2025 de Services aux Autochtones Canada (SAC), et elle a été réalisée en conformité avec la Politique sur les résultats du Secrétariat du Conseil du Trésor. Cette évaluation portait sur six programmes de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI), à savoir : Planification de la santé et gestion de la qualité (PSGQ); Fonds d'intégration des services de santé (FISS); Programme d'amélioration de la santé et d'agrément (PASA); Programme des établissements de santé (PES); Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC); Ressources humaines en santé (RHS). L'évaluation couvrait la période des exercices 2015 à 2021. Dans le cadre de cette évaluation, quand on parle du soutien aux infrastructures de santé, il est question des différents éléments d'un système de santé viable, y compris la planification de la santé, l'agrément, l'amélioration de la qualité, la gouvernance, les établissements de santé et l'intégration.

L'approche groupée procure une perspective systémique et constitue l'occasion de mieux comprendre comment ces programmes travaillent ensemble et les effets qu'ils ont collectivement. Les trois volets d'examen (pertinence, efficacité, efficience) correspondaient au champ d'enquête de l'évaluation. De plus, le transfert des services a été évalué en fonction de ces trois éléments.

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour répondre aux questions d'évaluation, dont une revue des documents et de la littérature, un sondage et 109 entrevues avec des répondants internes et externes, y compris six études de cas dans l'ensemble du Canada. Les questions d'évaluation et les indicateurs connexes sur lesquels se fonde la méthode d'évaluation figurent à l'Annexe A – Matrice d'évaluation. La collecte de données sur les programmes et la recherche de répondants ont été limitées pendant la période de six mois prévue pour l'étude. Les outils utilisés pour recueillir des données et les limites s'y rattachant sont analysés plus loin dans le rapport, ainsi qu'à l'annexe B – Informateurs principaux et à l'annexe C – Participants au sondage.

SAC définit le transfert de services¹ comme le transfert ou le passage du contrôle des programmes, politiques et services administrés par le gouvernement aux organisations des Premières Nations et des Inuit, pour appuyer leur autodétermination et leur contrôle sur la conception et la mise en œuvre de leurs propres programmes, services et politiques afin de répondre à leurs besoins particuliers et respecter les différentes pratiques sur le plan culturel. L'évaluation reconnaît que le transfert de services est un continuum et qu'il peut faire intervenir un transfert mineur (p. ex. le transfert de programmes uniques aux membres de communautés des Premières Nations et inuites pouvant demeurer assujettis à une réglementation fédérale) ou un changement majeur (p. ex. la transformation de la santé, où une organisation inuite ou des Premières Nations reçoit un financement pour établir une structure de gouvernance et prendre le contrôle complet des programmes et services publics financés par le gouvernement fédéral). Les constatations relatives au transfert de services qui sont formulées dans cette évaluation font référence au continuum complet du transfert des services, l'idée étant de reconnaître les besoins particuliers des membres des communautés inuites et des Premières Nations.

¹ Il convient de noter que le transfert des services est aussi souvent appelé transformation de la santé, autonomie gouvernementale, autodétermination et cession.

Principales constatations

Pertinence

Les Premières Nations et les Inuit ont une longue liste de besoins complexes en santé qui doivent être abordés entre autres par les programmes de l'évaluation groupée afin d'améliorer leur accès à des services et des soins de santé de qualité. Il faut offrir aux personnes des communautés inuites et des Premières Nations des services de santé qui sont déterminés en fonction des besoins particuliers de chaque communauté, compte tenu des déterminants sociaux de la santé, de la sécurité culturelle et de l'humilité, ainsi que du niveau d'intégration dans le continuum des services de santé. Pour ce faire, les Premières Nations et les Inuit ont besoin de ressources pour surmonter les obstacles sociaux et politiques externes qui bloquent l'accès à des soins adéquats.

Les entrevues avec des intervenants internes et externes indiquent que les objectifs des programmes du groupe visé sont bien harmonisés avec les besoins en santé définis des Premières Nations et des Inuit, ainsi qu'avec le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients et la déclaration sur la sécurité culturelle et l'humilité. Cependant, des améliorations importantes doivent être apportées à la conception et à l'exécution des programmes du groupe pour garantir l'atteinte de ces objectifs.

La pertinence des programmes, au vu des besoins qu'ils doivent régler, est évidente. On a observé une nette tendance au pays concernant la nécessité d'avoir des établissements de santé suffisants et adéquats, un accès aux technologies en cybersanté, des travailleurs de la santé communautaires formés et instruits, des centres de santé agréés et une meilleure collaboration entre les ordres de gouvernement pour avancer vers l'autonomie gouvernementale. Pourtant, le niveau des besoins dans ces domaines communs variait d'une région et d'une communauté à l'autre. Par ailleurs, les Premières Nations et les Inuit ont des besoins particuliers liés à la démographie et à la situation géographique de leurs populations. Ces différences semblent indiquer que les programmes du groupe auraient une efficacité optimale s'ils étaient conçus de manière à avoir la souplesse voulue pour adapter l'affectation des ressources aux besoins locaux.

Relations

Dans l'ensemble, la relation entre les partenaires des programmes varie fortement selon le type de programme et la région en raison de plusieurs facteurs, dont les ententes régionales et les niveaux de financement des programmes. Les relations entre l'administration centrale (AC) de SAC et les Opérations régionales de SAC, entre les Opérations régionales de SAC et les Premières Nations et les Inuit, et entre les Opérations régionales de SAC. En outre, les gouvernements provinciaux sont considérés comme ceux qui nécessitent le plus d'améliorations, les partenaires ayant mentionné les problèmes persistants de roulement de personnel, les communications déficientes sur le financement et le manque de mobilisation. Il faut développer une collaboration accrue et intentionnelle entre les principaux partenaires des programmes, en veillant tout particulièrement à préciser la répartition des rôles et responsabilités entre l'AC et les Opérations régionales de SAC, et à améliorer les communications sur le transfert de services (définition claire de la façon d'apporter une aide efficace). Les relations fructueuses entre les programmes du groupe sont rares, malgré un résultat ultime commun et certains chevauchements thématiques des services. Il est possible d'améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes du groupe en intensifiant la collaboration et la mise en commun des connaissances. L'importance de la création de relations a été constamment soulignée tout au long de l'évaluation.

Résultats des programmes

Les partenaires des programmes ont mentionné les principales améliorations qui s'imposent, surtout en ce qui concerne les processus d'administration et d'exécution des programmes, la mesure du rendement

et l'établissement de rapports. Les points à améliorer comprennent l'accès à un financement stable à long terme, une meilleure reconnaissance des besoins locaux, un financement accru axé sur la formation et une meilleure connaissance des programmes parmi les Premières Nations et les Inuit. De plus, des problèmes ont été soulevés en lien avec la mesure du rendement et les rapports. Ils sont causés par les limitations des données, par le décalage entre les méthodes occidentales de production de rapports et celles des Premières Nations et des Inuit, et par le fardeau que représente la production des rapports compte tenu du dépassement de la capacité et des effectifs insuffisants dans les centres de santé des communautés.

La plupart des partenaires consultés ont souligné la valeur et l'effet des programmes du groupe, y compris l'amélioration de l'accès aux soins de santé et de la qualité de ces soins pour les Premières Nations et les Inuit. Les personnes interviewées ont précisé que des progrès ont été accomplis pour habiliter les Premières Nations en vue d'assumer la planification et la gestion des services de santé, ainsi que renforcer leurs capacités et leurs moyens, afin de les préparer au transfert des services en santé.

Cela dit, ils ont cité les ressources humaines et financières limitées parmi les obstacles importants à l'obtention des résultats escomptés des programmes du groupe pendant la période visée par l'évaluation. D'autres problèmes ont été soulignés, notamment l'incidence de la pandémie sur les échéanciers et les ressources, le manque de souplesse des paramètres de programme par rapport aux besoins des Premières Nations, l'incapacité d'obtenir un financement stable et le roulement de personnel au Ministère. Ces problèmes nuisent à l'établissement de liens durables et à la réalisation de progrès vers l'atteinte des résultats escomptés des programmes du groupe.

Même s'ils n'ont pas été conçus au départ comme partie d'un groupe, leurs objectifs et leurs résultats escomptés sont clairement compatibles. Par exemple, selon un des critères à remplir pour obtenir l'agrément, le centre de santé doit établir un plan de santé – un extrait clé du programme de PSGQ. De plus, les outils de cybersanté sont souvent exigés dès le départ pour garantir qu'une bonne infrastructure physique est construite dans les établissements de santé. Mais malgré la complémentarité de leurs objectifs, les programmes travaillent en vase clos, et il y a très peu de collaboration dans l'ensemble pour l'exécution des programmes. Cela permet de croire qu'il est possible d'améliorer l'efficacité et de réaliser des progrès par rapport aux objectifs grâce à une collaboration accrue dès le départ entre les programmes. Il faudrait envisager de définir les points d'intégration entre les programmes du groupe et avec d'autres programmes du Ministère et de mettre en évidence les occasions de collaboration pour atteindre des buts communs dans les régions partagées.

L'efficacité de ce groupe est subordonnée au niveau de ressources investi pour réaliser les objectifs. Il existe un véritable fossé entre la portée des résultats et les ressources mises à la disposition des programmes et, par conséquent, des Premières Nations et des Inuit, ce qui peut être attribuable à l'absence de planification opérationnelle et stratégique intégrée. Il faudrait songer à revoir les priorités des programmes du groupe comme un système, et, en même temps, les harmoniser avec le nouveau cadre ministériel des résultats mis en place à compter de 2023-2024, évaluer la possibilité d'accroître l'efficacité de ces programmes et trouver les occasions de le faire.

Pratiques exemplaires

Les responsables de l'évaluation, s'appuyant sur des recherches et des entrevues externes, notent les pratiques exemplaires et les leçons apprises suivantes, particulièrement en ce qui concerne la manière d'améliorer la conception et l'exécution des programmes :

- L'importance de la collecte de données est très utile pour comprendre les changements qui surviennent au fil du temps. Il faut, en particulier, appuyer la souveraineté des données des Premières Nations et des Inuit pour faire en sorte que l'information communiquée reflète

fidèlement leurs besoins et leurs priorités, y compris l'accès à des soins de santé adaptés à la culture.

- L'importance de former des relations durables et respectueuses avec les Premières Nations et de bien comprendre le rôle du Ministère a été souvent mentionnée dans les entrevues. Il a été souligné que la rétroaction réciproque permet de mieux comprendre les aspects qui fonctionnent bien – et ceux qui fonctionnent moins bien – pour les Premières Nations.
- Pour favoriser des progrès constants, il serait bon d'établir des mécanismes et des réseaux de communication entre les Premières Nations et le personnel de SAC permettant de mettre en commun les connaissances, les pratiques exemplaires et les enseignements appris. Les personnes interviewées ont également souligné l'importance d'une documentation efficace du savoir par le personnel de SAC et les membres des communautés des Premières Nations pour appuyer le transfert de connaissances et le développement de l'expertise.
- Il faut absolument éliminer les barrières entre les services, les secteurs, les organisations et les ordres de gouvernement pour promouvoir une vue plus globale de la prestation des services de santé aux Premières Nations et aux Inuit. Les programmes de SAC pourraient être mieux intégrés pour tenir compte des déterminants sociaux de la santé.

Ces pratiques exemplaires cadrent avec la vision et le mandat de SAC à l'égard du transfert des services de santé.

Répercussions de la COVID-19

La pandémie a mis en évidence la gravité des besoins en santé des membres des communautés inuites et des Premières Nations, de même que les carences et les inégalités dans l'accès à des établissements de santé adéquats, aux technologies de cybersanté, aux travailleurs qualifiés dans la communauté et aux structures de gouvernance et de planification nécessaires pour gérer les crises de santé publique.

La pandémie mondiale a eu de lourdes conséquences sur la prestation des services de santé aux Premières Nations, notamment parce que l'accès à ces communautés (entrée et sortie) était limité pendant le confinement et parce que des ressources normalement destinées aux priorités et aux besoins existants en santé ont été détournées au profit de la réponse à la pandémie. Toutefois, ses effets positifs ont également été mentionnés, y compris l'amélioration marquée de l'efficacité de l'octroi du financement fédéral et de l'exécution des programmes, ainsi que l'augmentation de la demande et de l'appréciation de l'importance des résultats escomptés des programmes, surtout la cybersanté, l'agrément et les établissements de santé. La pandémie a aussi fait ressortir des possibilités d'innovation dans la conception des programmes et l'utilisation des ressources. Les programmes du groupe ont favorisé la prise en compte des leçons apprises, surtout en ce qui concerne la préparation aux situations d'urgence et les grandes priorités de la prestation des services de santé.

La pandémie de COVID-19 constitue la représentation ultime de l'importance d'avoir des établissements de santé bien administrés et qui possèdent l'expertise, les capacités et les ressources nécessaires pour mettre en place des plans de préparation et de gestion des urgences. Elle a aussi permis aux Premières Nations et aux Inuit de démontrer ce dont ils sont capables lorsqu'ils ont un soutien adéquat. La capacité des communautés inuites et des Premières Nations, avec l'aide de SAC, à s'adapter rapidement et à déployer les mesures de lutte contre la pandémie tout en répondant aux besoins réguliers en santé est tout à fait remarquable. Les programmes ont fait preuve de créativité en ayant recours à de nouveaux partenaires pour apporter une valeur ajoutée à la lutte contre la pandémie. Par exemple, RHS a uni ses forces avec la Croix-Rouge et le bureau d'aide pour les dirigeants autochtones de l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations afin d'offrir aux Premières Nations une voie de communication fiable leur permettant de demander des conseils ou d'être aiguillées vers les ressources nécessaires pour traverser la pandémie sans passer par le gouvernement. La priorisation de la réponse à la pandémie a donné lieu à une amélioration de l'efficacité et des innovations déployées dans les

communautés inuites et des Premières Nations. De plus, les problèmes auxquels les services de santé étaient confrontés, dont l'incapacité d'accéder aux communautés confinées, la pénurie de personnel ou l'absence de connexion pour les services virtuels, ont démontré l'importance cruciale des buts par les programmes du groupe.

Recommandations

Voici les recommandations formulées à SAC :

1. Il faut tirer parti des évaluations des besoins, des consultations et des efforts de mobilisation existants pour concevoir une approche de financement qui comble les lacunes de financement et qui procure souplesse et viabilité aux programmes évalués.
2. La DGSPNI devrait travailler avec les partenaires inuits et des Premières Nations pour élaborer conjointement une stratégie (y compris les partenaires, l'approche et le calendrier) et entamer sa mise en œuvre afin de développer les capacités des dirigeants en santé autochtones, des fournisseurs de services de santé et des rôles connexes afin d'accroître les occasions de formation et de mise en commun du savoir entre les communautés.
3. Pour permettre une application uniforme et souple des programmes et servir équitablement les communautés, la DGSPNI doit :
 - a. faire une évaluation de la dotation interne en ressources humaines pour orienter une stratégie de ressources humaines internes à la DGSPNI pour garantir une dotation en personnel suffisante et le maintien en postes des employés dans les programmes évalués;
 - b. créer des mécanismes pour vérifier que les membres du personnel des programmes ont la même connaissance et la même compréhension entre les programmes évalués et au sein de ceux-ci et favoriser des occasions continues d'échange de connaissances.
4. Pour atteindre une approche du transfert des services plus globale et efficace, il faut harmoniser les programmes évalués et les intégrer au sein de la DGSPNI et de la vision élargie de SAC à l'égard du transfert des services. La DGSPNI devrait collaborer avec les Premières Nations et les Inuit, le Secteur des politiques stratégique de SAC et le personnel régional pour :
 - a. élaborer un plan de travail pour communiquer les visions des programmes évalués à l'égard du transfert qui cadrent avec l'approche et la vision du Ministère concernant le transfert des services;
 - b. faire une évaluation pour définir les points en commun et les doubles emplois entre les programmes évalués afin d'appuyer l'intégration des programmes et le transfert graduel des services.
5. La DGSPNI, en collaboration avec ses partenaires, devrait concevoir une bonne stratégie de mesure du rendement avec l'unité des résultats et de l'exécution du Secteur du dirigeant principal des finances, des résultats et de l'exécution (DPFRE) et une stratégie connexe de collecte et de gestion des données avec le dirigeant principal des données (DPD) et le dirigeant principal de l'information (DPI) pour favoriser la souveraineté des données autochtones dans les services de santé.

Rapport sur la réponse et le plan d'action de la direction

Réponse de la direction

La réponse et le plan d'action de la direction (RPAD) donnent suite aux recommandations tirées de l'évaluation groupée du soutien aux infrastructures de santé des Premières Nations et des Inuit, mise au point par la Direction de l'évaluation de SAC. Cette évaluation groupée visait six programmes de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI), à savoir : Planification de

la santé et de la gestion de la qualité (PSGQ); Fonds d'intégration des services de santé (FISS); Programme d'amélioration de la qualité et d'accréditation (PAQA); Établissements de santé; Infostructure de cybersanté; Ressources humaines en santé. Même si le programme des relations tripartites de la Colombie-Britannique ne faisait pas officiellement l'objet de l'évaluation groupée, il a été pris en compte dans le but d'apprendre de sa conception et de son modèle d'exécution, et de glaner des pratiques exemplaires et des leçons apprises du transfert des services de santé. L'évaluation couvrait les exercices 2015 à 2021.

L'approche groupée donne un point de vue systémique qui permet de comprendre l'interaction des programmes et leurs répercussions collectives. Depuis le début de l'évaluation, le Ministère a mis à jour son cadre ministériel des résultats en date du 1^{er} avril 2023, remanié son inventaire des programmes, notamment par la création du nouveau Programme de soutien aux systèmes de santé, intégré le sous-programme Infostructure de cybersanté au programme Soins primaires, et assimilé le sous-programme Établissements de santé au Programme d'infrastructure communautaire.

La DGSPNI reconnaît les principales conclusions de l'évaluation ayant trait aux thèmes suivants : pertinence des programmes, résultats des programmes, relations, pratiques exemplaires et répercussions de la COVID-19.

L'évaluation a donné lieu à cinq recommandations qui ont toutes été acceptées par la DGSPNI, et le plan d'action fourni en annexe indique les activités à réaliser pour donner suite à ces recommandations.

Le Ministère a étudié et évalué les recommandations auxquelles il donnera suite sur une période de deux ans, en tenant compte des visions et des priorités exprimées par les partenaires autochtones dans le cadre de deux exercices fondamentaux de mobilisation en cours : 1) mobilisation des partenaires autochtones au sujet de l'élaboration conjointe d'une législation sur la santé des Autochtones fondée sur les distinctions+, afin d'améliorer l'accès à des services de santé sécuritaires, adaptés à la culture et de qualité supérieure; 2) mobilisation au sujet de la conception et de la mise en œuvre du Fonds d'équité en santé autochtone. Le Comité ministériel d'évaluation fera un examen annuel de cette réponse et de ce plan d'action de la direction pour en suivre les progrès et les activités.

Plan d'action

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre/secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Statut
1. En s'appuyant sur les évaluations des besoins, les activités de mobilisation et les consultations déjà menées, élaborer une méthode de financement qui permette de combler les lacunes et d'assurer la flexibilité et la durabilité des programmes évalués.	Nous sommes d'accord.	Sous-ministre adjoint principal, DGSPNI	<i>Date de début :</i> Septembre 2023	Statut : ☐ Mise en œuvre complète ☐ Mise en œuvre partielle ☐ Mise en œuvre non amorcée ☐ Désuet Mise à jour/justification :
	Un financement équitable, suffisant, durable, inclusif et souple offert aux Autochtones compte parmi les neuf principaux thèmes véhiculés par les Autochtones à propos de leur état de santé au Canada et de leur vision de ce que doit inclure une législation sur la santé des Autochtones fondée sur les distinctions+ pour améliorer l'accès à des services de santé sécuritaires, adaptés à la culture et de qualité supérieure. En particulier,	Directeur général, Politique stratégique, planification et information (PSPI)	<i>Date d'achèvement :</i> Juin 2025	

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre/secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Statut
	les groupes autochtones veulent des modèles de financement plus direct, des exigences de rapports moins nombreuses et des formules de financement globales axées sur les besoins. Même si la législation sur la santé des Autochtones fournit le moyen de reconfigurer et de repenser plus largement les modèles existants de financement de la santé autochtone, et d'offrir aux groupes autochtones un financement équitable, suffisant, durable, inclusif et souple, les évaluations des besoins actuels des secteurs de programme visés par l'évaluation donnent le coup d'envoi des efforts en vue d'effectuer certains de ces changements. À cet égard, les mesures suivantes pourraient être prises : (a) D'ici mars 2024, la DGSPNI recueillera les évaluations existantes des besoins des secteurs de programme visés par l'évaluation et, au plus tard en mars 2025, examinera ces évaluations et élaborera des stratégies visant à éliminer une courte liste de lacunes immédiates ou de problèmes particuliers de viabilité de ces secteurs de programme. (b) D'ici décembre 2024, les avec les partenaires autochtones de tout le pays sur la conception et la mise en œuvre du Fonds d'équité en santé autochtone (FESA) devraient être terminées, et la DGSPNI déterminera de quelle façon le modèle du FESA permettra un financement de programme à souplesse optimale pour appuyer globalement l'autodétermination des			En date du : <i>(insérer la mise à jour ici)</i>

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre/secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Statut
	Autochtones et comment il pourrait influencer la réforme des modalités des programmes. D'ici juin 2025, il devrait ressortir de l'évaluation une liste des modifications à envisager pour une future réforme des modalités des programmes.			
2. La DGSPNI travaille avec des partenaires des Premières Nations et des Inuit pour élaborer conjointement et commencer à mettre en œuvre une stratégie - y compris l'identification des partenaires, l'approche et le calendrier - afin de renforcer les capacités des leaders en santé autochtone, des fournisseurs de services de santé et des rôles de soutien pour augmenter les possibilités de formation et de transfert de connaissances entre les communautés.	Nous sommes d'accord.	Sous-ministre adjoint principal, DGSPNI	<i>Date de début : Septembre 2023</i>	Statut : ☐ Mise en œuvre complète ☐ Mise en œuvre partielle ☐ Mise en œuvre non amorcée ☐ Désuet Mise à jour/justification : En date du : (insérer la mise à jour ici)
	Appuyer et renforcer les capacités des ressources humaines en santé compte parmi les neuf principaux thèmes véhiculés par les Autochtones à propos de leur état de santé au Canada, et de leur vision de ce que doit inclure une législation sur la santé des Autochtones fondée sur les distinctions+ pour élargir l'accès à des services de santé sécuritaires, adaptés à la culture et de qualité supérieure. En particulier, les partenaires autochtones ont évoqué le besoin de raffermir les compétences culturelles locales des travailleurs en santé, de sorte qu'ils dispensent des soins axés sur la personne et créent des liens entre les fournisseurs, les clients et les communautés. Les partenaires autochtones ont souligné l'importance d'une formation obligatoire sur les compétences culturelles autochtones, la lutte contre le racisme, la lutte contre l'oppression et les soins tenant compte des traumatismes. La DGSPNI entend continuer de travailler avec ses partenaires inuits et des Premières Nations à la détermination et à l'élaboration conjointe d'initiatives qui favorisent le renforcement des compétences culturelles locales, la disponibilité de la formation, la mise en commun des connaissances et le renforcement des capacités des dirigeants en santé autochtone et des fournisseurs de services de santé.	Directeur général, PSPI	<i>Date d'achèvement : Décembre 2024</i>	

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre/secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Statut
	À cet égard, les mesures suivantes pourraient être prises : (a) La DGSPNI travaillera avec ses partenaires autochtones à l'établissement d'une méthode de mise en commun des connaissances et de renforcement des capacités en se servant d'initiatives existantes de transformation des services de santé, ainsi qu'avec les organismes des Premières Nations qui ont manifesté le désir de poursuivre à l'avenir la transformation des services de santé (p. ex. atelier, sommet, communauté de pratique). Ce travail exigera de collaborer avec la Régie de la santé des Premières Nations pour discuter de pratiques exemplaires, examiner ou mettre à niveau les compétences culturelles recherchées et réaliser des initiatives d'acquisition et de renforcement des capacités, en insistant sur la mise en commun des connaissances, la réussite de la formation et les pratiques exemplaires des communautés et initiatives. Il est prévu que ce travail s'appuiera sur les activités planifiées suivantes et s'en inspirera : - D'ici décembre 2023, créer une communauté de pratique des projets de transformation des systèmes de santé, grâce à laquelle la Régie de la santé des Premières Nations de la			

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre/secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Statut
	Colombie-Britannique pourrait mettre en commun ses ressources et son expérience et donner un moyen de tirer parti des progrès les uns des autres, afin d'accélérer l'exercice d'un contrôle par les Premières Nations sur les services fédéraux de santé; - D'ici décembre 2024, revoir les stratégies et les mesures en vue de resserrer la collaboration avec l'Association des gestionnaires en santé des Premières Nations, dans le cadre des activités de transformation des services de santé (p. ex. mise en commun de l'expertise en administration de la santé autochtone, des outils de planification de la santé et du bien-être de la communauté, et des ateliers sur la cybersanté); - D'ici décembre 2024, revoir et réitérer le soutien des activités ou des initiatives, telles que la formation offerte aux travailleurs communautaires affectés à la promotion de la santé et à la prévention des maladies dans les communautés inuites et des Premières Nations; le soutien de l'attestation offerte aux gestionnaires en santé des Premières Nations par l'Association des gestionnaires en santé des Premières Nations; les mesures de soutien à l'agrément proposées par des Autochtones aux organismes de services sociaux et de santé qui veillent au			

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre/secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Statut
	respect des exigences d'agrément; la mise sur pied d'un comité consultatif autochtone chargé d'appuyer l'instauration de normes de pratique exemplaire à l'aide d'outils d'agrément, en partenariat avec les communautés.			
3. Pour permettre une mise en œuvre uniforme mais souple des programmes et servir équitablement les communautés : a. Effectuer une évaluation des ressources humaines internes afin d'élaborer une stratégie de ressources humaines internes au sein de la DGSPNI visant à recruter et à maintenir en poste les employés des programmes évalués; b. Créer des mécanismes pour s'assurer que le personnel des programmes possède des connaissances et une compréhension communes entre les programmes évalués et au sein de ceux-ci, et favoriser les occasions continues d'échange de connaissances.	Nous sommes d'accord. La DGSPNI explore continuellement de nouvelles stratégies innovatrices de recrutement et de maintien en poste, comme le Cadre des ressources humaines de la santé en soins infirmiers. Par ailleurs, en collaboration avec les régions, la DGSPNI donne suite aux priorités en matière de ressources humaines énoncées dans l'initiative Mieux ensemble – cette initiative fondée sur la culture organisationnelle encourage un environnement qui appuie tout le personnel de la DGSPNI et favorise le bien-être au travail, tout en éliminant les obstacles et les comportements qui nuisent au bien-être. Parmi ces priorités, notons : 1) s'attaquer à la charge de travail; 2) collaborer à l'amélioration des processus de dotation; 3) instaurer des mesures pour aider les groupes visés – gestionnaires intermédiaires, personnel autochtone et travailleurs de première ligne; 4) encourager le respect et la courtoisie tout en éliminant les comportements négatifs au travail; 5) accentuer les valeurs de SAC et les aspects positifs de la culture organisationnelle de la DGSPNI. À cet égard, les mesures suivantes pourraient être prises : (a) À l'aide de ses cadres et priorités en matière de ressources humaines, la DGSPNI travaillera avec la Direction générale des ressources humaines à l'examen des actuels processus de dotation et de maintien en poste, d'ici décembre 2024, dans le but de déterminer si l'évaluation	Sous-ministre adjoint principal, DGSPNI Directeur général, PSPI	<i>Date de début : Janvier 2024</i> <i>Date d'achèvement : Décembre 2024</i>	Statut : ☐ Mise en œuvre complète ☐ Mise en œuvre partielle ☐ Mise en œuvre non amorcée ☐ Désuet Mise à jour/justification : En date du : <i>(insérer la mise à jour ici)</i>

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre/secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Statut
	a dévoilé des problèmes de recrutement et de maintien en poste propres aux secteurs de programme, si des stratégies de ressources humaines de la DGSPNI pourraient être modifiées pour y remédier et, si oui, lesquelles; (b) D'ici juin 2024, la DGSPNI passera en revue les trousseaux d'accueil et de présentation à l'intention des nouveaux employés de ces secteurs de programme, de sorte qu'ils disposent des renseignements les plus à jour sur la mise en œuvre des programmes. De plus, la DGSPNI remettra ces documents de présentation au personnel actuel; (c) D'ici décembre 2024, la DGSPNI, aidée des régions, reverra les mécanismes existants de la communauté de pratique en vue de la mise en commun des connaissances du personnel régional. Au besoin, d'autres séances d'information sur certains secteurs de programme seront organisées.			
4. Afin d'adopter une approche plus globale et plus efficace du transfert de services, il est nécessaire d'harmoniser et d'intégrer les programmes évalués au sein de la DGSPNI et la vision plus générale de SAC en matière de transfert de services. Il est recommandé que la DGSPNI travaille avec les Premières Nations et les Inuit, ainsi qu'avec le secteur des politiques stratégiques et le personnel régional de SAC, afin de collaborer à ce qui suit : a. Élaborer un plan de travail pour communiquer la vision du Ministère sur ce que	Nous sommes d'accord avec cette recommandation. En partenariat avec les Autochtones, le Ministère entend donner suite aux priorités des Premières Nations et des Inuit en matière de soins de santé – dont celles des groupes intersectionnels (c.-à-d. jeunes, femmes, personnes vivant en milieu urbain et personnes 2ELGBTQQIA+ autochtones), et veiller à élargir l'accès à des soins sécuritaires, adaptés à la culture et de qualité supérieure. À cette fin, le gouvernement s'était engagé en 2019 à écouter ce que les Autochtones ont à dire pour cerner ces priorités, déterminer comment et si ces priorités peuvent être mises de l'avant au moyen de lois fédérales, puis travailler ensemble à la conception de solutions législatives susceptibles d'y donner suite.	Sous-ministre adjoint principal, DGSPNI Directeur général, PSPI	<i>Date de début :</i> Janvier 2024 <i>Date d'achèvement :</i> Mars 2025	Statut : ☐ Mise en œuvre complète ☐ Mise en œuvre partielle ☐ Mise en œuvre non amorcée ☐ Désuet Mise à jour/justification : En date du : (insérer la mise à jour ici)

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre/secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Statut
signifie le transfert de services par rapport aux programmes évalués; b. Effectuer une évaluation qui détermine les points communs et les redondances entre les programmes évalués afin de soutenir l'intégration des programmes et le transfert progressif des services.	L'élaboration conjointe d'une législation sur la santé des Autochtones fondée sur les distinctions+ nous permet de travailler à l'atteinte des objectifs suivants : • aider les partenaires autochtones à exercer un contrôle accru sur la conception, l'administration, la gestion et la prestation des services de santé; • répondre aux appels des partenaires autochtones pour des services de santé équitables, accessibles, autonomes et assortis d'un financement suffisant et durable. À cet égard, les mesures suivantes pourraient être prises : (a) D'ici juin 2024, la DGSPNI passera en revue les documents et méthodes de communication du Programme de soutien aux systèmes de santé en fonction de ces deux objectifs et des neuf thèmes s'étant dégagés à ce jour des séances de mobilisation avec les Autochtones à propos de ce que, à leur avis, la législation sur la santé des Autochtones fondée sur les distinctions+ doit inclure afin d'élargir l'accès à des services de santé sécuritaires, adaptés à la culture et de qualité supérieure. Cet examen devrait permettre de cerner les mises à jour auxquelles la DGSPNI procède pour adapter ses communications aux attentes de ses partenaires et à ses propres objectifs de communication. (b) D'ici mars 2025, par la transformation des services de santé (un processus trilatéral			

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre/secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Statut
	concerté et axé sur la création de structures de gouvernance qui exerceront un plein contrôle sur la conception, l'exécution et la gestion des programmes et des services de santé du gouvernement du Canada), la DGSPNI, au moyen de discussions ciblées avec ses partenaires, explorera cette recommandation découlant de l'évaluation et elle déterminera si des éléments du Programme de soutien aux systèmes de santé pourraient être reliés aux initiatives de transformation des services de santé et, si oui, lesquels.			
5. La DGSPNI collabore avec ses partenaires pour élaborer une stratégie de mesure du rendement significative avec l'Unité des résultats et de la livraison du Secteur du dirigeant principal des finances, des résultats et de l'exécution (DPFRE) et pour appuyer la collecte de données et la stratégie de gestion avec le dirigeant principal des données (DPD) et le dirigeant principal de l'information (DPI) afin de soutenir la souveraineté des données autochtones dans le domaine des services de santé.	Nous sommes d'accord.	Sous-ministre adjoint principal, DGSPNI	<i>Date de début : Septembre 2023</i>	
	Pour situer notre réponse dans le bon contexte, le Ministère a mis à jour son cadre des résultats ministériels en date du 1^{er} avril 2023 en remaniant son inventaire des programmes, notamment par la création du nouveau Programme de soutien aux systèmes de santé, du sous-programme Infostructure de cybersanté (qui s'inscrit dans le programme Soins primaires) et du sous-programme Établissements de santé (qui fait partie du Programme d'infrastructure communautaire). Ces travaux ont donné lieu à l'examen actuel et à la mise à jour des profils d'information sur le rendement (PIR) de la Direction générale, lesquels englobent des stratégies de mesure du rendement en collaboration avec l'Unité des résultats et de la livraison du Secteur du DPFRE. À cet égard, les mesures suivantes pourraient être prises : (a) D'ici mars 2025, l'Unité chargée de la mesure du rendement (UMR) de la	Directeur général, PSPI	<i>Date d'achèvement : Mars 2025</i>	Statut : ☐ Mise en œuvre complète ☐ Mise en œuvre partielle ☐ Mise en œuvre non amorcée ☐ Désuet Mise à jour/justification : En date du : (insérer la mise à jour ici)

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre/secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Statut
	DGSPNI collaborera de près avec le Secteur du DPFRE à la mise au point de nouveaux profils de renseignements valables sur les programmes qui s'harmoniseront avec les objectifs de transfert des services du Programme de soutien aux systèmes de santé et du Programme de soins de santé primaires. De plus, elle aidera le Secteur des opérations régionales à dresser le profil de renseignements du Programme d'infrastructure communautaire en recommandant par écrit des indicateurs servant à mesurer le rendement des établissements de santé. (b) D'ici juin 2024, au moyen des processus de collaboration et relations déjà établis entre le personnel affecté aux programmes et les partenaires, la DGSPNI communiquera avec les partenaires autochtones concernés pour évaluer leur intérêt à participer à la mesure du rendement des programmes en fonction de leurs besoins et objectifs. Tout en restant respectueuse des priorités et objectifs de ses partenaires en ce qui a trait à la souveraineté des données autochtones dans le domaine des services de santé, la DGSPNI continuera au cours des deux prochaines années de se tenir au fait des discussions avec ses partenaires (p. ex. mécanismes de communication des renseignements du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations) que dirigent le DPD et le DPI par l'entremise de mesures/comités/tables de gouvernance qui s'inscrivent dans les efforts que le Ministère consacre au contrôle et au transfert des données. À cet égard, les mesures suivantes pourraient être prises :			

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre/secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Statut
	(c) D'ici juin 2024, l'Unité de la surveillance, des politiques d'information sur la santé et de la coordination et l'UMR communiqueront avec le DPD et le DPI pour discuter de la façon dont elles peuvent appuyer la collecte des données relatives aux indicateurs de rendement évoqués dans le PIR, et ce, en faisant progresser la souveraineté des données autochtones aux fins de l'élaboration d'une stratégie de collecte et de gestion des données sur la santé.			

1. Présentation

L'objectif général de l'évaluation était d'examiner un ensemble de programmes de soutien à l'infrastructure de santé relevant de Services aux Autochtones Canada (SAC) (ou le « groupe ») dans le cadre du Plan d'évaluation quinquennal 2020-2021 à 2024-2025 de SAC et des exigences du Conseil du Trésor du Canada pour les évaluations de programme.

Cette évaluation groupée vise à déterminer si les résultats attendus de SAC sont atteints, à aider SAC à réduire un arriéré d'évaluations en vertu du paragraphe 42.1(1) de la *Loi sur la gestion des finances publiques* du Conseil du Trésor et à alléger le fardeau imposé aux secteurs des programmes en ne réalisant qu'une seule évaluation des programmes au cours des cinq prochaines années. L'approche groupée permet d'adopter une perspective systémique et de comprendre comment les programmes fonctionnent ensemble et quelles répercussions ils ont collectivement.

Ce groupe comprend six programmes, qui sont tous offerts par la DGSPNI. Un bref profil des objectifs et des résultats de ces programmes est présenté ci-après. Le modèle logique général élaboré par l'équipe d'évaluation de SAC pour ce groupe de programmes (ci-après appelé « le groupe ») est décrit à l'annexe D – Modèle logique du groupe². Tous les programmes mentionnés ci-après, à l'exception du PIC, sont offerts aux Premières Nations et aux Inuit. Toutefois, dans la plupart des cas, la prestation à l'égard des Inuit se limite à quelques projets seulement, tandis que le PIC n'est mis en œuvre qu'auprès des Premières Nations.

Programme de planification de la santé, de gestion de la qualité et d'intégration des systèmes (PSGQIS) : Ce programme administre les ententes de financement et les dépenses directes dans le but d'accroître la capacité des Premières Nations et des Inuit à concevoir, à gérer, à évaluer et à offrir des programmes de santé³. Le programme est axé sur la planification de la santé par les Premières Nations et les Inuit pour les Premières Nations et les Inuit, et il contribue donc directement à l'objectif général d'accroître la capacité des Premières Nations et des Inuit à concevoir, à gérer, à évaluer et à offrir des programmes et des services de santé⁴.

Le programme comprend les trois sous-programmes suivants :

- Planification de la santé et gestion de la qualité
- Fonds d'intégration des services de santé
- Amélioration de la qualité et agrément

1. Planification de la santé et gestion de la qualité (PSGQ)

Ce programme fournit une orientation aux régions, qui, à leur tour, collaborent directement avec les Premières Nations et les Inuit à la création de plans de santé et de mieux-être. Le programme finance ces plans au moyen d'ententes de financement. Le programme comprend une collaboration avec l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations (AGSPN) dans le but de mettre au point des outils en planification de la santé et du mieux-être

² Il convient de noter, bien qu'en dehors de la période couverte par l'évaluation, que le ministère a mis en œuvre d'importants changements au cours de l'exercice 2023-24 dans l'inventaire des programmes ISC existants afin d'améliorer l'alignement des programmes SAC qui contribuent à des résultats similaires. Il convient de noter que, bien que ce soit en dehors de la période d'évaluation, le Ministère a, au cours de l'EF 2023-2024, procédé à d'importants changements au registre de programme de SAC afin d'améliorer l'harmonisation des programmes de SAC qui favorisent des résultats similaires.

³ Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (12 avril 2019). « ...la planification de la santé, la gestion de la qualité et l'intégration des systèmes », Profil d'information sur le rendement (PIP)

⁴ Services aux Autochtones Canada (26 mai 2022). *Mandat*

communautaires, et il fournit une surveillance et un soutien à l'échelle nationale aux régions de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), dans le contexte de la gestion des ententes de financement et de la planification de la santé et du mieux-être. Le programme appuie également l'amélioration des services et des programmes de santé en intégrant des activités d'amélioration de la qualité dans les programmes de santé (p. ex. agrément et évaluation des programmes de santé)⁵.

2. Fonds d'intégration des services de santé (FISS)

Ce fonds appuie une planification collaborative et des projets pluriannuels qui contribuent à mieux répondre aux besoins en soins de santé des Premières Nations et des Inuit, grâce à la collaboration avec les gouvernements fédéral et provinciaux et à la création de partenariats visant à intégrer les services de santé financés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans les communautés des Premières Nations et des Inuit, qui visent à améliorer l'accès aux soins de santé pour les Premières Nations et les Inuit, et qui contribuent à accroître la participation des Premières Nations et des Inuit à la conception, à la prestation et à l'évaluation des programmes de santé. Le FISS est mis en œuvre à l'échelle régionale partout au pays et bénéficie de la participation et du soutien des comités consultatifs régionaux dans certaines régions⁶.

3. Programme d'amélioration de la qualité et d'agrément (PAQA)

Ce programme contribue à l'avancement de l'autodétermination et de la capacité en matière de services de santé pour les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit, de manière à répondre à leurs besoins et à améliorer les résultats en matière de santé. Pour ce faire, le programme facilite l'adoption de l'agrément et recommande des activités d'amélioration de la qualité pour accroître la capacité des ressources humaines en santé des Premières Nations et des Inuit à concevoir, à gérer, à évaluer et à offrir des programmes et des services de santé.

Programme des établissements de santé (PES)

Ce programme vise à appuyer la prestation de programmes et de services de santé au moyen d'investissements dans l'infrastructure de la santé. Il offre du financement aux bénéficiaires admissibles pour la planification, la conception, la construction, l'acquisition, la location, l'expansion, la rénovation, les services de sécurité ou le fonctionnement et l'entretien (F et E) de l'infrastructure de la santé. Le programme finance également des mesures préventives et correctives visant à améliorer l'état des infrastructures de santé ou à maintenir ou à rétablir la conformité aux codes du bâtiment, aux lois environnementales et aux normes de santé et de sécurité au travail. Ces activités visent à fournir aux Premières Nations et aux Inuit l'espace dont ils ont besoin pour offrir des services de santé de façon sécuritaire et efficace aux Premières Nations et aux Inuit. L'infrastructure de la santé comprend les établissements de santé, les centres de traitement de la toxicomanie, les espaces du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves (PAPAR), les résidences et les logements pour les professionnels de la santé et l'infrastructure de soutien. Ces installations appuient la prestation de programmes et de services de santé.

Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC)

⁵ Services aux Autochtones Canada (26 mai 2022). Mandat

⁶ Gouvernement du Canada, Services aux Autochtones Canada. (10 août 2022). Fonds d'intégration des services de santé. Consulté à l'adresse <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1583705358726/1583705378757>

L'objectif du PIC est de fournir les « bons renseignements aux bonnes personnes au bon moment », afin d'aider les Premières Nations à être connectées, informées et en meilleure santé, et de permettre aux travailleurs de la santé de première ligne qui œuvrent dans les communautés des Premières Nations et des Inuit d'améliorer la santé des Premières Nations et des Inuit grâce aux programmes du PIC⁷.

L'objectif des activités en cours dans le cadre du programme de cybersanté est d'améliorer l'efficacité de la prestation des soins de santé aux Premières Nations grâce à l'utilisation des technologies de cybersanté, dans le but de définir, de recueillir, de communiquer, de gérer, de diffuser et d'utiliser les données sur la santé^{8, 9}.

Ressources humaines en santé (RHS)

Ce programme contribue au renforcement des services sociaux autochtones, y compris les modes de vie sains et le développement des enfants, les soins communautaires, les services d'éducation de la maternelle à l'enseignement postsecondaire, le soutien familial et la prévention des maladies transmissibles¹⁰.

Les objectifs du programme sont d'accroître le nombre de membres des communautés des Premières Nations, des Inuit et des Métis qui pratiquent dans le domaine des soins de santé, ainsi que d'augmenter le nombre de personnes qualifiées qui travaillent à la prestation de services de santé dans les communautés des Premières Nations et des Inuit. Le programme comprend deux volets : le premier offre des bourses d'études et de perfectionnement aux étudiants autochtones qui poursuivent une carrière dans le domaine de la santé et est offert en partenariat avec Indspire, et le deuxième offre de la formation et une certification pour les travailleurs et gestionnaires en santé œuvrant dans la communauté, afin améliorer la qualité et l'uniformité des services de santé dans les communautés des Premières Nations et des Inuit¹¹.

En plus des six programmes évalués dans le cadre de ce groupe, le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique (PTSPN) a été inclus dans cette évaluation, non pas à des fins d'évaluation du rendement, mais plutôt pour tirer des leçons de l'expérience du modèle. Le PTSPN vise à promouvoir les relations tripartites entre les gouvernements fédéral et provinciaux et les Premières Nations. L'objectif de ce programme est de permettre à l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique (ASPN) d'élaborer et de fournir des services de santé de qualité aux Premières Nations qui vivent en Colombie-Britannique, en permettant une collaboration et une intégration plus étroites avec les services de santé provinciaux. Le PTSPN ayant été évalué récemment, c'est-à-dire en 2019, l'évaluation groupée a consigné les pratiques exemplaires ou les leçons tirées de celui-ci, à l'appui de l'objectif de l'évaluation. Le PTSPN peut servir de modèle pour de nouveaux systèmes de prestation de services de santé à l'échelle du pays, et son incidence sur l'intégration des systèmes peut fournir des leçons précieuses en vue du transfert d'autres activités.

⁷ Gouvernement du Canada – Services aux Autochtones Canada (17 février 2020), *Cybersanté*. Consulté à l'adresse <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1581981113187/1581981132278>

⁸ Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. (19 avril 2019). *Infostructure de la cybersanté, Profil d'information sur le rendement (PIR)*.

⁹ Le mandat du PIC couvre les régions fédérales de l'Atlantique à l'Alberta, au sud du 60^e parallèle. Les Inuit du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador qui sont situés au sud du 60^e parallèle reçoivent des services de santé numériques par l'entremise de leurs gouvernements provinciaux respectifs. Les Inuit qui se trouvent au nord du 60^e parallèle reçoivent des services de santé numériques par l'entremise de leur gouvernement territorial respectif.

¹⁰ Services aux Autochtones Canada (26 mai 2022). *Mandat*

¹¹ Ibid.

Les tableaux ci-après présentent un résumé des renseignements sur les dépenses et les équivalents temps plein (ETP) des programmes du groupe¹² au cours de la période d'évaluation.

Tableau 1 – Dépenses et équivalents temps plein des programmes du groupe

Programmes du groupe	Dépenses du programme					
	EF 2015-2016	EF 2016-2017	EF 2017-2018	EF 2018-2019	EF 2019-2020	EF 2020-2021
Planification de la santé et gestion de la qualité (PSGQ)	108 307 252 \$	111 311 408 \$	116 762 360 \$	132 531 553 \$	125 635 240 \$	131 437 339 \$
Fonds d'intégration des services de santé (FISS)	8 061 749 \$	19 586 573 \$	14 498 900 \$	37 661 337 \$	41 355 707 \$	40 365 229 \$
Programme d'amélioration de la qualité et d'agrément (PAQA)	5 203 010 \$	5 329 828 \$	5 598 299 \$	6 333 099 \$	5 684 666 \$	6 143 294 \$
Programme des établissements de santé (PES)	89 444 707 \$	167 948 252 \$	197 348 222 \$	172 439 143 \$	148 278 066 \$	149 189 768 \$
Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC)	24 367 982 \$	25 910 204 \$	26 874 347 \$	25 725 674 \$	28 038 393 \$	30 889 468 \$
Ressources humaines en santé (RHS)	5 753 907 \$	5 651 730 \$	8 796 364 \$	5 808 989 \$	5 901 977 \$	2 722 649 \$

Programmes du groupe	ETP du programme					
	EF 2015-2016	EF 2016-2017	EF 2017-2018	EF 2018-2019	EF 2019-2020	EF 2020-2021
Planification de la santé et gestion de la qualité (PSGQ)	32,34	35,64	30,61	23,00	27,60	32,20
Fonds d'intégration des services de santé (FISS)	7,85	5,82	5,87	3,17	2,45	2,76

¹² Données financières de SC (24 avril 2023) [Examen des documents, réf. 4.8.9]

Programme d'amélioration de la qualité et d'agrément (PAQA)	7,09	8,36	4,00	2,35	3,22	5,00
Programme des établissements de santé (PES)	S.O.	S.O.	S.O.	48,08	48,94	57,39
Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC)	27,66	27,58	22,88	20,69	22,21	24,46
Ressources humaines en santé (RHS)	1,60	1,50	0,02	0,31	0,00	0,00

2. Méthodologie de l'évaluation

2.1 Portée et enjeux relatifs à l'évaluation

Les trois volets d'enquête, soit la pertinence, l'efficacité et l'efficience, étaient visés par la présente évaluation. De plus, le transfert de services a été évalué dans l'optique de ces trois volets. L'évaluation visait les exercices de 2015 à 2021. Dans le contexte de la présente évaluation, le soutien à l'infrastructure de santé désigne les divers éléments d'un système de santé viable, y compris la planification de la santé, l'agrément, l'amélioration de la qualité, la gouvernance, les établissements de santé, la cybersanté et l'intégration.

SAC définit le transfert de services¹³ comme le transfert ou le déplacement du contrôle des programmes, des politiques et des services administrés par le gouvernement fédéral aux organisations dirigées par les Premières Nations et les Inuit, en soutenant l'autodétermination et le contrôle des Premières Nations et des Inuit dans la conception, l'élaboration et la mise en œuvre de leurs propres programmes, services et politiques afin de répondre à leurs besoins et priorités uniques et de respecter leurs pratiques culturelles distinctes. L'évaluation reconnaît que le transfert de services est un continuum et peut comprendre des transferts avec un « t minuscule » (p. ex. un transfert de responsabilités liées à des programmes précis aux membres des communautés des Premières Nations et des Inuit qui continuerait de s'inscrire dans la réglementation fédérale), de même que des transferts avec un « T majuscule ». (p. ex. une transformation des services de santé, dans le cadre de laquelle une organisation des Premières Nations ou des Inuit est financée pour permettre l'élaboration d'une structure de gouvernance et assumer le plein contrôle des programmes et des services financés par le gouvernement fédéral). Dans le contexte de la présente évaluation, les constatations relatives au transfert de services qui sont présentées font référence à l'ensemble du continuum du transfert de services, afin de reconnaître les besoins uniques des membres des communautés des Premières Nations et des Inuit.

¹³ À noter que le transfert de services est aussi communément appelé transformation de la santé, autonomie gouvernementale, autodétermination et transfert de responsabilités.

Les questions suivantes ont orienté la méthodologie de l'évaluation. Une liste complète des questions, des indicateurs et des méthodes d'évaluation se trouve à l'annexe A – Matrice d'évaluation.

Pertinence :

1. Quels sont les besoins auxquels ce groupe de programmes de santé pour les Premières Nations et les Inuit devrait répondre? Les besoins sont-ils toujours pertinents, ou de nouveaux besoins sont-ils apparus?
2. Les objectifs de ce groupe de programmes (c.-à-d. l'objectif des programmes) correspondent-ils aux besoins des Premières Nations et des Inuit?
3. L'objectif ministériel de transfert de services correspond-il aux besoins des Premières Nations et des Inuit?

Efficacité :

4. Dans quelle mesure chacun des programmes inclus a-t-il progressé vers l'atteinte de ses résultats escomptés?
5. Quelle a été l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur la prestation des programmes et leur capacité à soutenir les Premières Nations et les Inuit?
6. Comment les programmes du groupe ont-ils travaillé pour assurer le transfert éventuel des responsabilités ministérielles aux Premières Nations et aux Inuit, comme le prescrit le Ministère?
7. Quels aspects des programmes fonctionnent bien, et quels aspects doivent être améliorés?
8. Dans quelle mesure les relations entre les partenaires de chacun des programmes (p. ex. entre l'AC de SAC et les bureaux régionaux, les Premières Nations et les Inuit, les partenaires de mise en œuvre, les gouvernements provinciaux et municipaux, etc.) et entre les programmes sont-elles efficaces ou productives?

Efficacité :

9. Dans quelle mesure la conception et la prestation des programmes de ce groupe de soutien de l'infrastructure de la santé sont-elles rentables?
 - a. Y a-t-il des façons de les rendre plus rentables?
 - b. L'affectation de fonds à chacun des programmes et au sein de chacun d'eux est-elle appropriée pour atteindre les résultats attendus?

2.2 Conception et méthodes

L'évaluation a été dirigée par une équipe de la Direction de l'évaluation de SAC. Le rapport sur la méthodologie a été achevé en mai 2022, et la collecte de données primaires a eu lieu de juin 2022 à janvier 2023.

L'évaluation mettait de l'avant une combinaison d'approches et a permis de recueillir des données au moyen de diverses sources, notamment :

Tableau 2 – Méthodes d'évaluation

MÉTHODOLOGIES	DESCRIPTION
---------------	-------------

Documentation, données du programme et examen des dossiers	L'équipe d'évaluation a examiné la documentation pour recueillir des données quantitatives et qualitatives liées aux processus et aux activités de SAC. Cela comprenait les profils d'information sur le rendement (PIR), les données sur le rendement des programmes, le cas échéant, les rapports d'évaluation antérieurs, ainsi que toute documentation supplémentaire relevée au cours des entrevues.
Examen de la documentation et des publications dans les médias	L'équipe d'évaluation a effectué un examen de la documentation et des publications dans les médias qui se rapportent aux divers aspects de la gouvernance et de l'infrastructure de la santé des Premières Nations dans les réserves et dans les Territoires du Nord-Ouest du Canada, ainsi qu'aux répercussions de la COVID-19. La documentation s'inscrivant dans un contexte national et international a été examinée. Plus de 50 sources documentaires externes ont été examinées, y compris des articles de revues, des rapports universitaires, des rapports d'organisations non gouvernementales et des articles pertinents de revues, de journaux et de médias en ligne.
Entrevues avec des principaux répondants et des groupes de discussion (n = 109)	L'objectif des entrevues auprès des principaux répondants et des groupes de discussion était de recueillir des renseignements détaillés, des données sur le rendement et des récits fondés sur l'expérience des intervenants dans un ou plusieurs des programmes du groupe. Des entrevues semi-structurées ont été menées auprès d'un échantillon ciblé de principaux répondants internes, notamment : • Responsables de programme de SAC (n = 7) • Cadres régionaux de SAC (n = 3) • Haute direction de SAC (n = 3) Au total, sept (7) groupes de discussion ont été organisés avec le personnel régional de SAC. Un groupe de discussion a été organisé pour chaque programme, et des représentants de chaque région du programme étaient présents. Le nombre total de participants dans tous les groupes de discussion était de 57. Des entrevues semi-structurées ont été menées auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de principaux répondants externes, notamment : • des représentants des Premières Nations¹⁴ (n = 19, sur 32 personnes contactées); • des partenaires de mise en œuvre¹⁵ (n = 10, sur 17 personnes contactées); • des experts en la matière (n = 4, sur 14 personnes contactées).

¹⁴ Les représentants des Premières Nations sont des personnes qui bénéficient de programmes du groupe.

¹⁵ Les partenaires de mise en œuvre sont des organisations autochtones et non autochtones qui fournissent des services de santé aux communautés des Premières Nations et des Inuit.

	Pour les participants qui ont refusé la demande d'entrevue, l'équipe d'évaluation a accepté les réponses écrites aux questions d'entrevue. Au total, six réponses écrites ont été recueillies. Au total, 109 principaux répondants ont été mobilisés pour fournir de l'information dans le cadre de cette évaluation.
Sondage	Un sondage a été mené auprès de répondants internes et externes afin de recueillir des données qualitatives et quantitatives pour l'évaluation. Au total, 74 réponses (16 de représentants des Premières Nations, 18 de partenaires de mise en œuvre et 40 de membres du personnel régional de SAC) ont été reçues. La participation au sondage était volontaire et n'est donc pas représentative des perceptions de l'ensemble de la population des partenaires internes et externes du programme.
Étude de cas (n = 6)	L'objectif des études de cas était d'acquérir une compréhension approfondie de l'expérience des Premières Nations à l'égard des programmes du groupe et de déterminer les leçons qui pourraient être tirées de la prestation des programmes. Chaque étude de cas comportait des entrevues, un examen de la documentation et des recherches externes. Les six personnes sélectionnées pour l'étude de cas ont toutes terminé les entrevues.

Les sources de données et leur relation avec les principales questions d'évaluation sont décrites à l'annexe A – Matrice d'évaluation. Pour obtenir des détails supplémentaires sur les études de cas présentées dans le présent rapport, se reporter à l'annexe E – Renseignements généraux sur l'étude de cas.

Les défis rencontrés dans le cadre de cette évaluation ont limité la capacité à réaliser une évaluation complète. Les limites de l'évaluation et les stratégies d'atténuation connexes sont décrites ci-après.

Tableau 3 – Limites

LIMITES	STRATÉGIES D'ATTÉNUATION
Absence d'une solide stratégie de mesure du rendement : Dans le cadre de consultations avec le personnel de SAC, l'évaluation a permis de constater que les indicateurs de programme utilisés pour évaluer le rendement (tels que définis dans les PIR) n'étaient pas utilisés de façon uniforme. Il se peut que l'information sur le rendement des programmes n'ait pas été recueillie, suivie, surveillée ou communiquée de façon uniforme (c.-à-d. pendant la période visée par l'évaluation), ou que les équipes des programmes aient remarqué que les indicateurs n'étaient plus pertinents et qu'ils étaient en train de	• L'équipe d'évaluation a complété toutes les données quantitatives reçues par des données quantitatives et qualitatives recueillies au moyen d'entrevues, d'une analyse de la documentation et d'un sondage. • Toutes les données quantitatives pertinentes reçues des programmes ont été analysées et triangulées par rapport à d'autres sources de données, et les incohérences ou les défis propres aux programmes ont été relevés.

mettre à jour leurs PIR. Cette situation a limité le volume de données quantitatives qui ont été analysées et qui ont fait l'objet de rapports¹⁶. Manque d'uniformité relativement à la couverture régionale pour les personnes interrogées et faible taux de participation aux entrevues : Il a été difficile d'obtenir un taux de participation constant et élevé des répondants externes (p. ex. représentants des Premières Nations, partenaires de mise en œuvre) dans toutes les régions. Certains employés de SAC n'ont pas été en mesure de fournir à l'équipe d'évaluation les coordonnées de partenaires externes. Certains partenaires externes ont choisi de ne pas participer ou n'ont pas répondu à la demande de participation.	• L'équipe d'évaluation a travaillé en étroite collaboration avec le personnel de SAC, y compris des représentants de la haute direction de SAC, afin de combler les lacunes régionales dans la liste de personnes interrogées. • L'équipe d'évaluation a effectué au moins deux suivis auprès de certaines personnes sélectionnées pour une entrevue, avant de communiquer avec un nouveau participant figurant sur la liste. • L'équipe d'évaluation a offert aux participants qui n'ont pas répondu à la demande ou qui ont refusé d'être interrogés de répondre au sondage ou de répondre par écrit aux questions d'entrevue. • L'équipe d'évaluation a complété les données recueillies au moyen d'entrevues avec d'autres sources de données, y compris des sondages, une analyse documentaire et un examen des documents.
Problèmes de qualité des données quantitatives : Étant donné que les programmes de la DGSPNI ont été transférés de Santé Canada à Services aux autochtones Canada au cours de la période d'évaluation, différents systèmes informatiques et codages ont été utilisés pour gérer le financement et les ressources humaines. Pour l'évaluation, cela a entraîné des problèmes de cohérence des données.	• Toutes les données quantitatives pertinentes reçues ont été validées par le comité consultatif d'évaluation du pôle santé ou par des experts compétents. • En l'absence de réponse, l'équipe d'évaluation a supposé que les informations étaient correctes. • Des modifications ont été apportées au rapport d'évaluation final (publié en décembre 2023) après avoir reçu des éclaircissements de la part du personnel régional sur les problèmes liés aux données.

2.3 Gouvernance du projet

¹⁶ Il manquait notamment de données pour évaluer quantitativement l'efficacité du groupe au moyen de l'analyse comparative entre les sexes plus (ACS+). L'ACS+ est une méthodologie analytique visant à évaluer les inégalités systémiques et la façon dont divers groupes vivent les politiques, les programmes et les initiatives. Dans le cadre du sondage mené aux fins de la présente évaluation, il a également été demandé aux répondants internes et externes d'indiquer tout écart constaté dans les résultats des programmes lié au sexe. La majorité des réponses indiquaient un manque de connaissances en la matière, ce qui suggère des lacunes dans la collecte de données ou la prise en compte de ces aspects dans le cadre de l'analyse des données des programmes.

L'équipe d'évaluation a utilisé une approche participative et consultative en collaborant avec le Comité consultatif sur l'évaluation (CCE), lequel est présidé par le directeur de l'Évaluation. Ce Comité était formé de directeurs de SAC qui sont responsables de la surveillance des programmes du groupe au sein de la DGSPNI. En collaboration avec des représentants de l'Assemblée des Premières Nations (APN) et de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), les membres du Comité ont commenté l'objet et la portée de l'évaluation, les principales questions d'évaluation et la méthodologie d'évaluation. On a demandé aux membres du Comité d'examiner le rapport de méthodologie, notamment les instruments de collecte de données, de valider les conclusions préliminaires tirées de l'évaluation à la suite de la collecte de données et d'examiner le rapport d'évaluation provisoire.

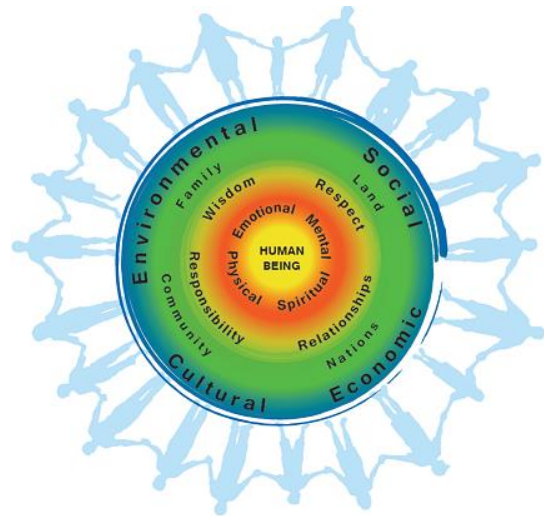
3. Conclusions

3.1 Pertinence

Question d'évaluation : Quels sont les besoins auxquels ce groupe de programmes de santé pour les Premières Nations et les Inuit devrait répondre? Les besoins sont-ils toujours pertinents, ou de nouveaux besoins sont-ils apparus?

Pour effectuer cette évaluation, il est nécessaire d'assurer une compréhension de l'ensemble des besoins en santé des Premières Nations et des Inuit à l'heure actuelle et de la façon dont ces besoins pourraient avoir évolué depuis 2015 (le début de la période visée par l'évaluation).

Les peuples autochtones¹⁷ du Canada sont confrontés à des inégalités importantes en matière d'accès aux services de santé et de qualité des soins de santé. La Régie de la santé des Premières Nations a présenté une image illustrant le point de vue des Premières Nations en matière de santé et de bien-être (se reporter à l'image 1), et plusieurs aspects y sont représentés, notamment les aspects sociaux, économiques, environnementaux et culturels¹⁸. Compte tenu des définitions occidentales et autochtones des services de santé, une compréhension suffisante des besoins fondamentaux des Premières Nations et des Inuit en matière de santé exige la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, des obstacles particuliers à l'accès, et les crises sanitaires particulières auxquelles font face les Premières Nations et les Inuit.



CONSTATATION 1 : Les Premières Nations et les Inuit subissent d'importantes inégalités sociales qui ont une grande incidence sur l'accès à des services de santé de qualité et adaptés sur le plan culturel.

¹⁷ La portée de la présente évaluation comprend les Premières Nations et les Inuit – tandis que la documentation fait référence aux peuples autochtones ou aux Métis – et nous avons fourni cette précision tout au long des constatations de la section Pertinence, afin d'illustrer le contexte des services de santé offerts aux Autochtones au Canada.

¹⁸ Autorité sanitaire des Premières Nations. (s. d.). *Perspective des Premières Nations sur la santé et le mieux-être*.

Consulté à l'adresse <https://www.fnha.ca/wellness/wellness-for-first-nations/first-nations-perspective-on-health-and-wellness>

Le gouvernement du Canada (GC) reconnaît les inégalités en matière de santé et les inégalités sociales auxquelles sont confrontés les peuples autochtones du Canada¹⁹. La qualité de la santé d'une personne est fortement influencée par des facteurs socioéconomiques, des études ayant démontré que les déterminants sociaux de la santé peuvent représenter de 30 à 55 % des résultats pour la santé²⁰. La moitié des personnes interrogées dans le cadre de cette évaluation ont souligné l'importance de comprendre les déterminants sociaux de la santé et la nécessité de répondre aux besoins qui en découlent, afin de favoriser des améliorations significatives et durables de l'accès des Autochtones à des services de santé de grande qualité. Plus précisément, les personnes interrogées et la documentation mettent l'accent sur la nécessité de s'attaquer aux déterminants relatifs au logement, à l'adversité économique, à la connectivité et au racisme et à la discrimination dans le système de soins de santé, afin d'améliorer l'accès à la santé et les résultats en matière de santé pour les peuples autochtones.

Les populations autochtones sont confrontées à une qualité et une quantité insuffisantes de logements

Les Canadiens font actuellement face à une grave pénurie de logements abordables, la demande de logements ayant considérablement augmenté de 2016 à aujourd'hui, tandis que l'offre de logements ne s'est pas maintenue au même rythme²¹. En 2021, 35,7 % des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et 52,9 % des Inuit vivant dans l'Inuit Nunangat occupaient des logements inadéquats^{22, 23}.

Une proportion de 56 % des représentants des Premières Nations qui ont participé à cette évaluation a souligné l'incidence de l'importante pénurie de logements sur la santé des Premières Nations et de la capacité des travailleurs de la santé de fournir des soins adéquats. Le manque de logements disponibles et adéquats a une incidence sur la santé, y compris les problèmes de santé (p. ex. moisissures menant à l'asthme), l'augmentation de la propagation des maladies virales en raison du surpeuplement (p. ex. pendant la pandémie de COVID-19), et entraîne même une augmentation de la violence fondée sur le sexe²⁴. Selon certains des principaux répondants, le manque de logements disponibles a également eu une incidence sur la capacité des communautés et des centres de santé à recruter et à maintenir en poste du personnel en soins de santé, car ils ne sont pas en mesure d'offrir un logement temporaire et stable dans la communauté. Par conséquent, lorsque des Autochtones font des études en santé, ils doivent souvent quitter la communauté pour avoir accès à des possibilités d'emploi et à de la formation. Cela ne fait qu'exacerber les défis actuels en matière de recrutement et de maintien en poste de professionnels de la santé qualifiés dans la

¹⁹ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada – Sommaire exécutif*. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/rapport-principales-inegalites-sante-canada-sommaire-executif.html>

²⁰ Organisation mondiale de la Santé. (s. d.). *Social Determinants of Health*. Consulté à l'adresse https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

²¹ Société canadienne d'hypothèques et de logement (2022). *Pénurie de logements au Canada : Rétablir l'abordabilité d'ici 2030*. Consulté à l'adresse <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/blog/2022/canadas-housing-supply-shortage-restoring-affordability-2030>; *Examen de l'escalade des prix des logements dans les grands centres métropolitains du Canada* (2018). Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), <https://assets.cmhc-schl.gc.ca/sf/project/cmhc/pdfs/content/fr/69263.pdf?rev=cb53d620-5095-4bb9-9d95-cac339e7aea4>.

²² Un logement inadéquat est défini comme un logement qui n'a pas besoin de réparations importantes et qui a suffisamment de chambres à coucher en fonction de la taille et de la composition du ménage. Contenu publié par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *Le logement : un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*.

²³ Statistique Canada. (2022). *Les conditions de logement des Premières Nations, des Métis et des Inuit au Canada selon les données du Recensement de 2021*. Consulté à l'adresse <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021007/98-200-X2021007-fra.cfm>

²⁴ Chambre des communes du Canada (2022). *Les effets de la pénurie de logements sur les peuples autochtones au Canada : Rapport du Comité permanent des affaires autochtones et du Nord*. Consulté à l'adresse <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/INAN/Reports/RP11862143/inanrp03/inanrp03-f.pdf>

communauté, afin de fournir des soins adaptés sur le plan culturel et accessibles aux patients autochtones des régions éloignées ou rurales.

Les peuples autochtones sont confrontés à des taux accrus d'adversité économique

La situation économique²⁵ d'une personne a une incidence importante sur sa capacité de maintenir sa santé et d'accéder à des services lorsqu'elle en a besoin. Au-delà du lien direct entre la situation économique et la capacité d'accéder à d'autres déterminants sociaux clés de la santé (c.-à-d. la capacité de se payer un logement, de la nourriture et/ou de l'éducation) qui ont une incidence sur l'état de santé, elle a aussi une incidence directe sur la capacité d'une personne à se payer des services qui ne sont pas couverts par l'assurance-maladie provinciale ou territoriale.

Partout au Canada, les peuples autochtones sont confrontés à des taux plus élevés d'adversité économique²⁶. Les Premières Nations et les Inuit font face à des obstacles, notamment un coût de la vie plus élevé (en particulier dans les régions éloignées et rurales), des possibilités d'emploi plus faibles et des revenus comparatifs moins élevés²⁷. La vie en situation de pauvreté est étroitement liée à la consommation de substances et à l'augmentation de la violence dans les communautés, ce qui a des répercussions sur la santé physique et mentale des personnes qui résident dans ces communautés, et ce qui accroît le besoin de services d'urgence et de programmes de soutien en santé mentale.

Les peuples autochtones ont continué de faire face à l'exclusion sociale, au racisme envers les Autochtones et à la discrimination

Inclusion sociale

Les experts désignent l'inclusion sociale à titre de déterminant de la santé, car la recherche montre que l'exclusion sociale peut avoir une incidence négative à la fois sur l'accès aux soins et sur la santé mentale et le bien-être²⁸. L'exclusion sociale est le résultat d'inégalités sociales, généralement dictées par la façon dont certaines populations sont marginalisées et systématiquement exclues par les politiques et les systèmes sociaux et économiques. Le Canada a reconnu que les peuples autochtones font partie des quatre populations auxquelles on a refusé un accès équitable aux services sociaux, y compris la santé, le logement et l'éducation²⁹. La prescription sociale vise à appuyer la prise en compte des déterminants sociaux de la santé et à accroître la collaboration entre les clients, le personnel et les fournisseurs de soins communautaires, en vue de trouver des solutions. La prescription sociale vise à servir d'outil pour compléter les soins médicaux³⁰.

Racisme envers les Autochtones

Le racisme envers les Autochtones désigne le racisme qui vise spécifiquement les Autochtones. Selon les entrevues menées, le racisme envers les Autochtones a des répercussions directes et indirectes sur la santé des membres des Premières Nations et des Inuit. Les peuples autochtones sont depuis longtemps victimes de discrimination et de mauvais traitements en raison des préjugés profondément enracinés et gravement préjudiciables et des stéréotypes négatifs qui les visent. Le

²⁵ Dans ce cas, la situation économique comprend le revenu, la protection sociale, le chômage et l'insécurité d'emploi ainsi que les conditions de vie au travail.

²⁶ Statistique Canada. (2020). *Répercussions économiques de la COVID-19 chez les Autochtones*. Consulté à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00052-fra.htm>

²⁷ Ibid.

²⁸ O'Hara, P. (2006). *Social Inclusion Health Indicators: A Framework for Addressing the Social Determinants of Health*. Homeless Hub. Consulté à l'adresse <https://www.homelesshub.ca/resource/social-inclusion-health-indicators-framework-addressing-social-determinants-health>

²⁹ Commission de la fonction publique du Canada. (2016). *Équité en matière d'emploi*. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/commission-fonction-publique/emplois/services/emplois-gc/equite-matiere-emploi.html>

³⁰ Association des hôpitaux de l'Ontario (s.d.). *Population Health Series: Social Prescribing*. Consulté à l'adresse <https://www.oha.com/Bulletins/Social%20Prescribing.pdf>

gouvernement fédéral reconnaît que les peuples autochtones du Canada continuent de faire face au racisme et à la discrimination dans le système de soins de santé³¹. Par exemple, un stéréotype courant veut que les Autochtones éprouvent des problèmes de toxicomanie (p. ex. abus d'alcool et de drogues) et, par conséquent, les patients autochtones sont souvent écartés ou ignorés lorsqu'ils demandent de l'aide médicale pour des symptômes qui ressemblent aux effets de l'alcool ou de la drogue. Dans de nombreux cas, les Autochtones subissent des traitements violents et haineux dans le système de soins de santé, ce qui entraîne une augmentation des traumatismes, le refus par les professionnels de la santé de traiter certains problèmes médicaux et la peur de demander des soins.

Selon une recherche menée et publiée par un expert en la matière (EM) des Premières Nations, le traumatisme lié au colonialisme et le racisme persistant auxquels font face les peuples autochtones ont des répercussions intergénérationnelles qui se manifestent par une plus grande probabilité de développer des maladies physiques. Un nombre incalculable d'abus et de mauvais traitements infligés aux Autochtones dans le système de soins de santé ont entraîné des décès qui auraient pu être évités. Les personnes interrogées ont souligné la nécessité d'accorder la priorité au recrutement et d'assurer le maintien en poste de ressources humaines qui sont outillées pour fournir des soins adaptés sur le plan culturel et aider les Autochtones à accéder à des pratiques médicales et de guérison qui soient sûres et traditionnelles.

En plus des problèmes de santé physique, la recherche a démontré que le racisme et la discrimination peuvent entraîner un stress intense et des traumatismes chez les victimes³². Ces troubles sont souvent liés à des maladies mentales plus graves (comme l'anxiété et la dépression) et peuvent entraîner une dépendance à l'alcool ou à la drogue.

Par conséquent, dans un nombre important d'entrevues (29 %), en particulier auprès de représentants des Premières Nations (67 %) et de partenaires de mise en œuvre (60 %), on a souligné la nécessité de services de soins de santé adaptés aux traumatismes et à la culture, citant le racisme et la discrimination comme obstacle important aux soins de santé pour les peuples autochtones à l'échelle nationale.

Femmes et filles autochtones

Bien que le fait d'être membre d'un groupe désigné (p. ex. les femmes, les personnes handicapées, les groupes racialisés, etc.) pose déjà de nombreux obstacles, le défi devient encore plus grand lorsqu'on tient compte des répercussions d'une identité intersectionnelle³³. Lorsqu'on évalue l'incidence de l'origine autochtone relativement à l'accès aux services de santé, il est important de tenir compte des défis uniques auxquels font face les Autochtones qui s'identifient également comme membres d'autres groupes désignés. En particulier, les femmes autochtones ont été mises en évidence par les personnes interrogées comme un groupe qui fait face à des défis autres que ceux des hommes autochtones et des femmes non autochtones.

Avant que ne survienne la colonisation, de nombreuses femmes et filles autochtones occupaient des postes de leader et contribuaient à la prise de décisions au sein de leurs peuples respectifs. Leur place a toutefois beaucoup reculé à la suite de la modification forcée des pratiques matrilinéaires et

³¹ Services aux Autochtones Canada. (2021). *Mesures prises par le gouvernement du Canada pour lutter contre le racisme envers les Autochtones dans les systèmes de soins de santé*. Consulté à l'adresse <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1611863352025/1611863375715>

³² BC Mental Health and Substance Use Services. (2021). *How Everyday Racism Affects Everyday Mental Health*. Consulté à l'adresse <http://www.bcmhsus.ca/about/news-stories/stories/how-everyday-racism-effects-everyday-mental-health>

³³ L'intersectionnalité est définie par le gouvernement du Canada comme l'étude de la manière dont les facteurs structurels, systémiques, politiques, sociaux et géographiques interagissent avec les facteurs identitaires pour façonner le vécu, selon la définition de Femmes et Égalité des genres Canada (FEGC). Consulté à l'adresse https://women-gender-equality.canada.ca/gbaplus-course-cours-acplus/eng/mod02/mod02_03_01c.html

du déni des droits des femmes autochtones en vertu de la *Loi sur les Indiens*. L'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA) souligne que les femmes et les filles autochtones sont près de deux fois plus susceptibles d'être victimes de violence que les femmes non autochtones, ce qui représente près de six femmes autochtones sur dix et trois femmes non autochtones sur dix ayant été victimes d'agression physique^{34, 35}. De plus, il est impératif de tenir compte des services de santé supplémentaires requis pour les personnes ayant un utérus. Les femmes et les filles autochtones, celles qui s'identifient comme étant bispirituelles et celles dont le sexe est fluide ou non binaire et qui ont un utérus ont des besoins de santé supplémentaires qui peuvent comprendre la grossesse et l'accouchement.

CONSTATATION 2 : Les Premières Nations et les Inuit du Canada sont confrontés à un niveau disproportionné de problèmes médicaux, y compris des maladies chroniques et des problèmes de santé mentale et de bien-être.

Les personnes interrogées ont signalé des problèmes de santé et des défis particuliers qui affichent une plus grande prévalence chez les populations autochtones, notamment :

Maladies chroniques et comorbidités

Tout au long des entrevues, les partenaires ont discuté des problèmes de santé et des maladies les plus répandus chez les Premières Nations et les Inuit. L'incidence accrue des maladies chroniques et des comorbidités chez les peuples autochtones est aussi mentionnée dans la documentation.

Problèmes de santé chroniques

Un nombre important de répondants des Premières Nations (33 %) ont signalé que l'obésité, le cancer, le diabète et d'autres maladies chroniques avaient continuellement des répercussions sur la santé et le bien-être généraux des Premières Nations et des Inuit. Plus précisément, plusieurs partenaires ont indiqué que les besoins liés au diabète étaient un besoin de premier plan en matière de santé, et les statistiques confirment que les populations autochtones reçoivent un diagnostic de

Boîte de légende 1 : La recherche démontre que :

- Le manque d'accès à des soins adaptés à la culture exacerbe les problèmes de santé liés aux maladies chroniques et accroît le besoin de fournisseurs de soins de santé supplémentaires. Ainsi, un manque d'accès à des soins pour le diabète entraîne une hausse des besoins en spécialistes en soins podologiques¹.
- Environ **40 %** des adultes des Premières Nations vivant dans les réserves sont atteints de **diabète, comparativement à 8,9 % de la population générale**².
- Les Autochtones sont **deux fois** plus susceptibles de développer une **maladie cardiovasculaire** que les Canadiens non autochtones. Les recherches indiquent également que les patients inuits et des Premières Nations ont généralement des crises cardiaques plus tôt dans leur vie³.
- Pour 14 des 15 formes de **cancer** les plus courantes, les **Premières Nations affichent des taux de survie après cinq ans inférieurs** à ceux des autres populations au Canada⁴.
- Par ailleurs, le **taux de tuberculose est 50 fois plus élevé chez les Inuit** que la moyenne canadienne nationale et **5 fois plus élevé chez les Premières Nations**⁵.
- Au Canada, **les Autochtones représentent 5 % de la population**⁶, mais de **5 à 8 % des cas déclarés de VIH**⁷.

1 In Plain Sight: Addressing Indigenous-Specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care. (2020). <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Full-Report.pdf>

2 4 Diseases Impacting Health on First Nations in Canada. (s. d.). Aetonix. <https://aetonix.com/chronic-disease-management/4-diseases-impacting-health-first-nations-canada/>

3 Ibid.

4 Ibid.

5 Ibid.

6 Peuples autochtones – Matériel promotionnel du Recensement de 2021. (2022). <https://www.statcan.gc.ca/fr/recensement/sensibilisation-recensement/soutien-collectivite/peuples-autochtones>

7 Peuples autochtones (s. d.). Société canadienne du sida. <https://www.cdnaids.ca/fr/ressources/populations/peuples-autochtones/>

³⁴ Aux fins du présent rapport, « agression physique » s'entend d'une attaque (victime frappée, giflée, agrippée, poussée, projetée au sol ou battue), d'une menace de préjudice physique ou d'un incident dans lequel une arme est présente, tel que défini par Statistique Canada. Consulté à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220719/dq220719c-fra.htm>

³⁵ Heidinger, L. (2022). *La victimisation avec violence et les perceptions à l'égard de la sécurité : expériences des femmes des Premières Nations, métisses et inuites au Canada*. Statistique Canada. Consulté à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00004-fra.htm>

diabète plus tôt dans la vie, avec des symptômes plus graves au moment du diagnostic, et qu'ils connaissent également des taux de complications plus élevés et des résultats de traitement moins bons que les Canadiens non autochtones³⁶. La prévalence accrue du diabète chez les Premières Nations et les Inuit se traduit par un besoin accru de personnel et d'équipement appropriés afin d'appuyer les soins et les traitements préventifs, ainsi que d'initiatives d'éducation auprès des populations autochtones. De plus, les symptômes du diabète peuvent accroître les besoins dans d'autres spécialités (p. ex. en soins podologiques).

Les taux autodéclarés de problèmes de santé chroniques à long terme et leur prévalence chez les populations autochtones sont présentés ci-après.

Tableau 4 – Problèmes de santé autodéclarés

Problèmes de santé autodéclarés	Proportion – population générale	Proportion – Autochtones (Statistique Canada, 2022)
Problèmes de santé à long terme	44 % (16,8 millions de personnes) ³⁷	57 % (568 940 personnes)
Asthme	9,9 % (3,8 millions de personnes) ³⁸	14,3 % (142 540 personnes)
Arthrite	20 % (6 millions de personnes) ³⁹	20,1 % (200 590 personnes)
Hypertension artérielle	19,6 % (7,5 millions de personnes) ⁴⁰	17,5 % (175 200 personnes)

Maladies transmissibles

Un certain nombre de personnes interrogées (7 %) ont indiqué que les infections transmissibles sexuellement (ITS) et la tuberculose étaient d'autres problèmes de santé importants vécus par les Premières Nations et les Inuit au sein de leurs communautés. Dans le cas de la tuberculose, on a fait remarquer que la pénurie de logements et le manque de capacité en matière d'isolement des patients contagieux entraînent une augmentation du nombre de cas chez les Premières Nations et les Inuit dans leurs communautés.

Santé mentale et bien-être

AVERTISSEMENT RELATIF AU CONTENU : Cette section peut occasionner de la détresse chez certains lecteurs.

Le nombre d'Autochtones touchés directement ou indirectement par les problèmes de santé mentale et de bien-être continue de croître.

Traumatisme

³⁶ Diabète Canada. (2023). *Indigenous Communities and Diabetes*. Consulté à l'adresse <https://www.diabetes.ca/resources/tools---resources/indigenous-communities-and-diabetes>

³⁷ Agence de la santé publique du Canada. (2019). *Prévalence des maladies chroniques chez les adultes canadiens*. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/prevalance-adultes-canadiens-infographie-2019.html>

³⁸ Asthme Canada. (2022). Rapport annuel 2021. Consulté à l'adresse <https://asthma.ca/wp-content/uploads/2022/06/2021-Annual-Report-Final.pdf>

³⁹ Société de l'arthrite du Canada. (s.d.). *La vérité sur l'arthrite*. Consulté à l'adresse <https://arthrite.ca/a-propos-de-l-arthrite/qu-est-ce-que-l-arthrite/la-verite-sur-l-arthrite#:~:text=L'arthrite%20cause%20de%20l,changements%20permanents%20dans%20les%20articulations>

⁴⁰ Hypertension Canada. (s.d.). *À propos de nous*. Consulté à l'adresse <https://hypertension.ca/about-us/#:~:text=Seven%20and%20a%20half%20million,before%20the%20age%20of%2065>

Il y a un lien entre les expériences traumatisantes et les traumatismes intergénérationnels et les problèmes de santé mentale chez les populations des Premières Nations et des Inuit. Historiquement et à ce jour, les peuples autochtones ont subi des traumatismes de diverses sources. Le colonialisme, les pensionnats, le retrait forcé des enfants de leur famille, le racisme et la discrimination, les femmes, les filles et les personnes bispirituelles autochtones disparues et assassinées, ainsi que les répercussions persistantes des pensionnats sont tous des exemples fournis par les personnes interrogées comme des événements traumatisants qui continuent d'exacerber les problèmes de santé mentale pour elles-mêmes et pour les membres de leur communauté. Selon le Calgary-based Mental Health Literacy Organization, les problèmes de santé mentale sont également liés à la toxicomanie et au suicide⁴¹.

Consommation de substances et toxicomanie

Les personnes interrogées ont signalé les problèmes particulièrement graves de dépendance à l'alcool et aux drogues auxquels font face les Premières Nations et les Inuit partout au Canada. Les facteurs socioéconomiques, y compris la pauvreté, l'itinérance et le manque d'accès aux services sociaux et à l'éducation, sont des facteurs connus qui contribuent aux problèmes de toxicomanie. La documentation fait également état de l'incidence de la consommation de substances et de la toxicomanie sur l'exacerbation de l'itinérance, de la pauvreté et des obstacles à l'accès aux services sociaux⁴².

Suicide

Les statistiques montrent que les taux de suicide sont plus élevés chez les jeunes Autochtones que chez les jeunes non autochtones au Canada. Le taux de suicide chez les membres des Premières Nations s'établit à 24,3 décès par 100 000 années-personnes à risque, soit un taux trois fois plus élevé que celui des personnes non autochtones⁴³. Chez les Inuit, le taux s'établit à 72,3 décès par 100 000 années-personnes à risque, soit un taux neuf fois plus élevé que celui des non-Autochtones⁴⁴.

ÉTUDE DE CAS 1

Conseil tribal de File Hills Qu'Appelle (FHQTC)

Région : Saskatchewan | Orientation du programme : Planification de la santé; FISS; PIC

L'ANHH et les Services de santé du FHQTC administrent le programme Miko-Mahikan Red Wolf (décrit plus en détail dans l'étude de cas n° 3) et ont commencé à réagir à la prévalence croissante de l'itinérance, des troubles de toxicomanie et des surdoses dans les 11 Premières Nations représentées par le FHQTC. Le programme Miko-Mahikan offre des programmes de réduction des préjudices, de soutien en matière de toxicomanie, un traitement de remplacement des opioïdes et des programmes d'éducation, de sensibilisation et de sensibilisation pour aider les patients. Certaines des activités de l'hôpital, y compris celles de la pharmacie, de la santé des femmes et des accouchements à faible risque, ont été financées par le FISS.

CONSTATATION 3 : Les communautés des Premières Nations et des Inuit ont un accès limité aux ressources communautaires appropriées en matière de santé, y compris les installations, l'équipement, les programmes, le personnel et la formation.

⁴¹ Mental Health Literacy. (s. d.). *Suicide*. Consulté à l'adresse <https://mentalhealthliteracy.org/suicide/>

⁴² Homeless Hub. (s.d.). *Substance Use and Addiction*. Consulté à l'adresse <https://www.homelesshub.ca/about-homelessness/topics/substance-use-addiction#:~:text=In%20addition%2C%20many%20people%20who,housing%20if%20they%20use%20substances>.

⁴³ Statistique Canada. (28 juin 2019). *Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016) : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) de 2011*. Consulté à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019001-eng.htm>

⁴⁴ Ibid.

Comme il est indiqué dans les constatations 1 et 2, l'accès⁴⁵ aux soins de santé est un défi important auquel font face les membres des communautés autochtones.

Soins communautaires

Étant donné que bon nombre de communautés des Premières Nations et des Inuit sont situées en région rurale ou éloignée, le centre de soins de santé le plus près est souvent situé à bonne distance du domicile des membres de ces communautés. L'absence de soins en milieu communautaire peut faire la différence entre la vie et la mort lorsqu'une personne cherche à obtenir un traitement pour des problèmes de santé. C'est encore plus difficile lorsqu'aucun service de soins ambulatoires ou de transport n'est disponible, ou dans certains cas, comme l'ont mentionné les personnes interrogées, lorsque la prestation de services est refusée près des communautés situées à proximité de réserves.

Besoins propres à la région

Les personnes interrogées et l'examen de la documentation font également état des besoins uniques des communautés urbaines, rurales et éloignées, ainsi que des communautés du Nord. En milieu urbain, les Autochtones font souvent face à un manque de sensibilité culturelle lorsqu'ils interagissent avec les travailleurs de la santé, ainsi qu'à une capacité générale restreinte en soins de santé et en financement pour les services de soins de santé. Dans les communautés rurales, éloignées et nordiques, il est de plus en plus difficile de recruter et de retenir du personnel en soins de santé. Dans les communautés du Nord, le climat extrême peut parfois limiter ou rendre impossible l'accès à la communauté par la route (lorsqu'il y a un accès routier), ce qui crée des défis étroitement liés en matière de recrutement et de maintien en poste du personnel de soins de santé. Par ailleurs, les répercussions climatiques peuvent accroître la probabilité que certaines conditions médicales se manifestent (p. ex. maladies respiratoires et cardiovasculaires)⁴⁶, ce qui pose des défis supplémentaires au chapitre de la construction et de l'entretien de logements ou d'établissements de santé.

Afin d'assurer un accès rapide aux soins, il est essentiel que les membres des communautés disposent d'installations adéquates et convenables à même la communauté, dotées de l'équipement fonctionnel requis pour offrir des services de santé.

Selon les entrevues menées, de nombreuses communautés n'ont pas l'espace physique nécessaire pour exploiter des installations qui permettent le niveau de prestation de services de santé requis, et certaines personnes ont fait remarquer que la seule option consistait à offrir des services de santé dans des espaces très étroits ou des sous-sols d'église. Certaines personnes ont fait remarquer que certaines communautés n'ont toujours pas accès à de l'eau potable⁴⁷, une condition indispensable pour mettre en place un établissement de santé approprié⁴⁸. Dans un groupe de discussion, on a signalé que plus de 80 % de l'ensemble des établissements de santé d'une région n'avaient pas été rénovés ou réparés depuis 2000, ce qui fait ressortir la nécessité de faire des rénovations et des réparations pour maintenir des installations adéquates où fournir des soins. La nature désuète de

⁴⁵ Aux fins du présent rapport, l'accès s'entend à la fois de la capacité de se rendre dans les établissements de soins de santé et chez les fournisseurs de soins, ainsi que de la disponibilité de services de soins de santé pour répondre aux besoins recensés au sein des communautés.

⁴⁶ Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2021). Comprendre les changements climatiques et leurs incidences sur la santé. Consulté à l'adresse [yourhealthR1.pdf \(gnb.ca\)](#)

⁴⁷ Services aux Autochtones Canada. (5 mai 2023). *Lever les avis à long terme concernant la qualité de l'eau potable*.

Consulté à l'adresse <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1506514143353/1533317130660>

⁴⁸ Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) affirment que pour fournir des soins de qualité, les établissements de santé ont besoin d'eau salubre et accessible, d'installations sanitaires propres et sécuritaires, d'installations d'hygiène des mains aux points de soins et aux toilettes, et de systèmes appropriés d'élimination des déchets (consulté à l'adresse <https://www.cdc.gov/healthywater/global/health-care-facilities/overview.html>).

bon nombre de ces établissements crée des défis supplémentaires lorsqu'on tente de doter les installations de la technologie nécessaire pour fonctionner efficacement dans le contexte actuel.

De plus, il a été souligné dans les entrevues que les installations ne sont pas toujours équipées pour permettre des pratiques traditionnelles et culturelles, soit en raison d'une capacité financière et de ressources limitées, soit en raison des restrictions posées par l'infrastructure physique des immeubles. (p. ex. les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation (CVC) ne sont pas adaptés aux cérémonies de purification par la fumée⁴⁹), qui sont parfois en lien avec le respect de codes ou de normes dans la construction ou l'exploitation d'un bâtiment. Lorsqu'on examine le caractère adéquat des établissements de santé communautaires, il est important de tenir compte des besoins particuliers des patients de la région et, dans le cas des communautés autochtones, l'accès à la médecine traditionnelle est un besoin essentiel. L'un des principaux défis que les peuples autochtones ont dû relever est l'éradication de leur culture et de leurs traditions et l'assimilation imposée des pratiques occidentales. Pour que les établissements de santé répondent vraiment aux besoins des communautés autochtones, ils doivent refléter les besoins et les valeurs des communautés.

Travailleurs de la santé communautaires

Afin de fournir des soins adéquats et en temps opportun, les établissements de santé communautaires doivent disposer des effectifs appropriés. La plupart des personnes interrogées (58 %) ont indiqué qu'il y a une pénurie de travailleurs de la santé et une capacité en soins de santé limitée dans les communautés. Les partenaires ont signalé un besoin criant de travailleurs communautaires supplémentaires pour la prestation de services de santé et ont mis l'accent sur les défis continus liés au recrutement et au maintien en poste du personnel de soins de santé dans les communautés. Les défis incluent un manque de financement au titre des salaires et des avantages sociaux, un manque d'intérêt de la part du personnel à rester dans la communauté (en raison des conditions de travail) et un manque de capacité de logement pour héberger les travailleurs de la santé externes. Le manque de capacité de logement pour les travailleurs de la santé dans les régions du Nord a par ailleurs été mentionné comme un enjeu clé dans l'un des groupes de discussion. Les personnes interrogées ont souligné la nécessité d'offrir des possibilités d'éducation précoce afin d'encourager et d'aider les jeunes Autochtones à poursuivre une carrière dans le domaine des soins de santé et de soutenir des mesures durables pour surmonter les pénuries continues de personnel.

Formation et expertise adaptées à la communauté

La plupart des personnes interrogées (55 %) ont signalé une lacune au chapitre de l'accès à des travailleurs de la santé possédant l'expertise, la formation et la sensibilité culturelle appropriées. Un certain nombre d'EM qui ont participé aux entrevues ont parlé des défis liés à l'embauche de personnel infirmier et de la façon dont, en leur absence, les communautés ont travaillé à former des ambulanciers paramédicaux pour s'assurer qu'ils ont les capacités de base pour traiter les patients dans la communauté plutôt que de les envoyer au centre de santé provincial. De plus, en raison du manque de formation, même lorsque le personnel dispose des outils appropriés, il ne serait probablement pas en mesure de les utiliser. Les partenaires des programmes ont aussi mentionné que les directeurs de la santé communautaire ont exprimé le besoin d'améliorer les ensembles de compétences en appui aux infirmières auxiliaires autorisées (IAA), y compris en offrant de la formation dans divers domaines, comme la thérapie, la massothérapie autorisée, l'acupuncture, la réflexologie, l'hygiène dentaire et les services de consultation pour les enfants et les jeunes. Certaines personnes ont insisté sur le fait que, bien qu'il y ait un grand besoin en travailleurs de la

⁴⁹ La purification par la fumée est une cérémonie traditionnelle pratiquée par certaines cultures autochtones afin de purifier un lieu ou une personne et d'éliminer les énergies, les émotions ou les pensées négatives. Cette cérémonie implique habituellement de brûler dans une coquille d'ormeau des herbes sacrées comme le cèdre, la sauge, le foin d'odeur ou le tabac. (Consulté à l'adresse <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1637259398152/16372591215>)

santé de première ligne, comme des infirmières et des médecins, il y a aussi un besoin en travailleurs de soutien, y compris des techniciens en informatique des soins infirmiers et en numérique, en particulier dans le contexte où la demande de services de santé numériques à distance augmente. En raison de la distance entre les établissements de santé provinciaux et les communautés, il y a souvent des postes de médecins spécialisés (p. ex. oncologues, endocrinologues, etc.) dans la communauté qui demeurent non comblés en permanence.

L'un des principaux sujets qui revenaient dans les entrevues est le besoin et le manque en matière de professionnels de la santé formés sur le plan culturel. Un nombre important de représentants des Premières Nations (44 %) et d'EM (50 %) ont indiqué que le racisme et la discrimination dans le système de soins de santé demeurent un problème récurrent. Cet état de fait ainsi que des traumatismes dont ils ont été victimes dans le système de santé, les patients inuits et des Premières Nations ont besoin de services fournis par des personnes formées en matière d'humilité culturelle. Idéalement, le personnel communautaire serait composé de membres de la communauté autochtone et comprendrait les réalités culturelles locales. De plus, les patients inuits et des Premières Nations ont besoin de professionnels des services de santé qui pratiquent la vision double lorsqu'ils fournissent des soins, y compris les forces de la médecine propre à la culture et de la médecine occidentale.

Infrastructure technologique⁵⁰

Dans la société technologique contemporaine, particulièrement dans le contexte postpandémique, il est essentiel de disposer d'un accès virtuel aux services de soins de santé. Par conséquent, les communautés doivent disposer d'une infrastructure électronique adaptée pour avoir accès aux soins numériques et permettre aux professionnels de les offrir. Tout au long des entrevues avec les partenaires internes et externes, dans une proportion importante de discussions (25 %), la connectivité a été mentionnée comme un défi important et continu pour les communautés des Premières Nations et des Inuit. Plus précisément, les représentants des Premières Nations et les partenaires de mise en œuvre ont fait remarquer que même lorsque la technologie requise est mise en œuvre et déployée, les communautés ont de la difficulté à se connecter aux réseaux requis. Compte tenu des nombreux obstacles à l'accès aux services de santé en personne (dont nous traiterons plus en détail tout au long du présent rapport), les communautés doivent pouvoir communiquer virtuellement avec des professionnels de la santé au moyen de réseaux fiables. À défaut de cela, des patients pourraient ne pas recevoir des soins d'importance vitale en temps voulu.

De plus, les établissements de santé situés dans les communautés doivent être en mesure de communiquer avec d'autres établissements communautaires par voie électronique. Pour offrir des soins de santé appropriés, il faut bien comprendre les antécédents médicaux d'un patient. Ces données sont habituellement accessibles aux professionnels de la santé par l'intermédiaire du dossier médical électronique (DME) du patient.

Du point de vue des membres de la communauté qui cherchent à obtenir des soins, peu importe leur lieu de résidence, la connectivité est essentielle pour communiquer avec les professionnels de la santé. Et du point de vue des professionnels de la santé qui œuvrent dans les communautés, la connectivité est nécessaire pour leur permettre de mener efficacement leurs activités opérationnelles quotidiennes, de contrôler et de stocker les données des patients et d'effectuer des procédures médicales. Un représentant des Premières Nations a fait remarquer que de nombreux centres de santé dans les communautés utilisent encore des systèmes papier, lesquels sont inefficaces et

⁵⁰ Services aux Autochtones Canada définit la connectivité comme l'habilitation des communications électroniques au moyen de réseaux de télécommunications à haute vitesse et à large bande, de câbles à fibre optique, de réseaux locaux sans fil et de lignes téléphoniques. (Consulté à l'adresse <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1581981113187/1581981132278>)

posent des problèmes importants au chapitre de la sécurité des patients. Si les données médicales sont illisibles ou égarées, cela peut entraîner des conséquences très graves pour les patients concernés. Dans un contexte où la capacité et les ressources sont déjà limitées dans les centres de santé, les inefficacités réduisent le temps consacré à répondre aux besoins des patients.

Entretien

Un autre défi de premier plan mis en évidence par les partenaires était le niveau de maintenance requis pour tenir à jour l'équipement technologique. La technologie évolue rapidement et, par conséquent, le matériel et les logiciels nécessitent des mises à jour régulières. Le rythme auquel évoluent les investissements dans l'infrastructure électronique ne correspond pas à celui de l'évolution de la technologie, ce qui signifie que, même lorsque les communautés ont accès à la technologie, celle-ci est souvent désuète. De plus, il est nécessaire d'avoir du personnel adéquatement formé qui est capable d'utiliser la technologie, d'appuyer les initiatives d'éducation, de soutenir les technologies en évolution et d'entretenir le matériel, selon les besoins.

Gestion des données et souveraineté

Dans le contexte du besoin reconnu pour les peuples autochtones de diriger l'orientation de leurs propres services de santé, le besoin de souveraineté des données doit être pris en compte, particulièrement en ce qui a trait à la gestion des données sur la santé au moyen de technologies de santé numériques comme les dossiers médicaux électroniques (DME). Cette approche prend également en compte les principes de PCAP® des Premières Nations, selon lesquels les Premières Nations devraient avoir le contrôle des processus de collecte de données et de la façon dont les données sont ensuite stockées, interprétées, utilisées ou partagées⁵¹, ainsi que de la Stratégie nationale inuite sur la recherche (SNIR), décrivant les cinq priorités pour faciliter la recherche dans l'Inuit Nunangat d'une manière efficace, positive et significative.

La mobilité des données sur la santé est essentielle à la santé des patients, tout comme l'intégrité de la confidentialité de ces données. Par conséquent, il est important que les communautés autochtones contrôlent le niveau d'accès de tiers à leurs données. Un nombre important de représentants des Premières Nations (22 %) et de partenaires de mise en œuvre (20 %) ont fait remarquer le besoin de souveraineté et de gouvernance des données en ce qui a trait aux principes du PCAP®.

De plus, du point de vue de l'efficacité, les personnes interrogées ont fait remarquer la nécessité de veiller à ce que des pratiques appropriées de gestion et de partage des données soient en place pour veiller à ce que les praticiens de la santé aient accès aux données dont ils ont besoin pour fournir des soins adéquats.

Continuum des services de soins de santé

Des soins de santé de haute qualité sont offerts sur une base continue, de manière proactive et selon une approche intégrée. Les services de santé doivent suivre un continuum et intégrer des soins préventifs, d'urgence et de suivi, ainsi que de l'accès à des services de santé connexes ou complémentaires.

Promotion et prévention

En raison des nombreux obstacles à l'accès aux services de santé, il est très courant pour les Premières Nations et les Inuit de tomber malades et de souffrir de conditions plus graves ou, dans certains cas, de succomber à des maladies évitables. Selon les entrevues qui ont été menées, cette

⁵¹ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (s.d.). Les principes de PCAP® des Premières Nations. Consulté à l'adresse <https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/>

situation est directement liée à l'absence de promotion de soins de santé appropriés et de soins d'intervention précoce dans les communautés. Les initiatives de promotion de la santé visent à communiquer la valeur des pratiques saines dans de nombreux domaines, y compris la santé mentale et le bien-être, ainsi que l'éducation et la détermination d'indicateurs de maladies ou d'états particuliers. Afin de relever les défis qui se posent dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie, les personnes interrogées ont indiqué que les communautés bénéficieraient d'une augmentation des programmes continus et préventifs qui soutiennent les membres de la communauté avant qu'ils n'atteignent le point où ils ont besoin de soins médicaux.

Services d'urgence

En plus des lacunes relevées en matière de prévention et de suivi, les entrevues ont également indiqué qu'il fallait améliorer l'accès aux services d'urgence. Ces commentaires découlent du manque de moyens de transport d'urgence appropriés, comme des ambulances ou des options d'évacuation par hélicoptère, pour les communautés éloignées. En situation d'urgence sanitaire, le temps d'intervention peut avoir une incidence importante sur le pronostic et la probabilité de survie, et l'absence de services d'urgence accessibles dans les communautés éloignées peut entraîner un taux plus élevé de décès chez les patients.

Soins de longue durée

Un autre thème qui est ressorti des entrevues est la nécessité d'améliorer les soins de longue durée dans les communautés. Bien que la population autochtone du Canada soit de manière générale plus jeune que la population non autochtone du pays, la population autochtone devrait vieillir plus rapidement, en raison d'une espérance de vie estimative plus courte⁵². À mesure que la population autochtone vieillissante continue de croître, l'accès aux soins de longue durée pose un plus grand défi, mais le financement des soins de santé est souvent insuffisant pour inclure ce domaine de soins. Les populations âgées ont tendance à avoir besoin de types de soins plus fréquents et plus spécialisés, ce qui entraîne un besoin accru de professionnels de la santé possédant des compétences précises, d'établissements qui peuvent accueillir des patients et d'un financement approprié pour pouvoir offrir les deux. De plus, les Autochtones ont tendance à favoriser le vieillissement chez soi⁵³, mais cela exige des niveaux adéquats de spécialisation pour l'offre de soins par l'intermédiaire d'un aide familial ou de visites à domicile.

Sécurité culturelle et humilité

La sécurité culturelle⁵⁴ et l'humilité culturelle⁵⁵ sont essentielles pour assurer un système de soins de santé équitable. Un environnement respectueux de la culture et humble exige l'absence de racisme et de discrimination, ainsi que la compréhension et le respect des cultures autochtones. Une telle approche passe par l'intégration de pratiques traditionnelles et culturelles dans les services de santé.

⁵² Statistique Canada. (2021). Projections des populations et des ménages autochtones au Canada, 2016 à 2041. Consulté à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/211006/dq211006a-fra.htm>

⁵³ Pour vieillir chez vous, vous devez disposer des services de santé et des services sociaux ainsi que du soutien connexe dont vous avez besoin pour vivre de façon autonome et en toute sécurité dans votre domicile ou votre communauté aussi longtemps que vous le désirez et que vous le pourrez. (<https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/vieillir.html>)

⁵⁴ La sécurité culturelle est définie comme un résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de soins de santé et vise à les corriger. Elle permet de mettre en place un environnement exempt de racisme et de discrimination, où les gens se sentent en sécurité lorsqu'ils reçoivent des soins de santé. (<https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Policy-Statement-Cultural-Safety-and-Humility.pdf>). La sécurité culturelle survient lorsque les gens sont soutenus pour tirer leurs forces de leur identité, de leur culture et de leur communauté (<https://www.indigenousealthnh.ca/cultural-safety#cultural-humility#cultural-safety>).

⁵⁵ L'humilité culturelle est un processus d'autoréflexion qui permet de comprendre les préjugés personnels et systémiques et d'élaborer et de maintenir des processus et des relations dans le respect et axés sur la confiance mutuelle. L'humilité culturelle consiste à se reconnaître humblement comme apprenant lorsqu'il s'agit de comprendre l'expérience d'autrui. (<https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Policy-Statement-Cultural-Safety-and-Humility.pdf>). Le principe de l'humilité culturelle consiste également à apprendre à connaître sa propre culture et ses préjugés et à intégrer la sécurité culturelle. Il s'agit d'un principe fondamental qui est lié à l'apprentissage et qui facilite le changement. (<https://www.indigenousealthnh.ca/cultural-safety#cultural-humility#cultural-safety>)

Pratiques traditionnelles

Les cultures autochtones ont des pratiques de guérison traditionnelles qui diffèrent de celles couramment utilisées dans les cultures occidentales. L'ASPN définit la guérison et le mieux-être traditionnels comme étant « des pratiques, des approches, des connaissances et des croyances en matière de santé qui intègrent la guérison et le mieux-être des Premières Nations »⁵⁶. Ces pratiques intègrent souvent l'utilisation de remèdes naturels, de cérémonies et de thérapies énergétiques⁵⁷.

Les partenaires ont souligné que pour offrir des soins véritablement efficaces, inclusifs et complets aux populations autochtones, les services de santé doivent intégrer les pratiques médicales traditionnelles. Bien qu'un nombre important de personnes interrogées (43 %) aient signalé des lacunes à ce chapitre dans les centres de santé actuels, certains représentants des Premières Nations et partenaires de mise en œuvre ont expliqué comment ces pratiques ont été intégrées dans leurs centres de santé communautaires – des Aînés et des gardiens du savoir sont venus sur place pour encourager la purification par la fumée et la prière.

CONSTATATION 4 : La portée des besoins en matière de santé des Premières Nations et des Inuit est demeurée constante au cours de la période visée par l'évaluation (2015-2021); toutefois, le niveau de besoins a été exacerbé par des facteurs externes, surtout la pandémie de COVID-19.

Depuis la dernière évaluation de ces programmes en 2015, les besoins en santé des Premières Nations et des Inuit ont été exacerbés, en grande partie en raison des répercussions de la pandémie mondiale de COVID-19. Les peuples autochtones, en raison des besoins actuels en matière de santé non comblés, ont subi des répercussions aiguës supplémentaires dans le contexte de la pandémie.

La propagation de la COVID-19 a été exacerbée par les problèmes continus liés au surpeuplement, aux conditions de logement inadéquates, à l'itinérance, à l'insécurité alimentaire et au manque d'eau potable, comme il est décrit plus en détail dans la constatation n° 1. Le virus a également aggravé des conditions sous-jacentes existantes et était particulièrement dangereux pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou dont le système immunitaire est affaibli, deux problèmes qui sont déjà très répandus chez les peuples autochtones. Par conséquent, en plus de traiter les patients atteints de la COVID-19, les centres de soins de santé ont également été dépassés par les exigences en matière de suivi des personnes qui souffrent de répercussions à long terme, tandis que les nouveaux cas de COVID-19 ont continué d'augmenter.

Incidence de la COVID-19

La pandémie a exacerbé les inégalités sociales existantes qui contribuent aux obstacles auxquels les peuples autochtones font face pour accéder à des services de santé de grande qualité. Les défis économiques associés aux mesures de confinement ont eu des répercussions financières sur les personnes, ont forcé la fermeture temporaire et permanente d'entreprises, la fermeture d'écoles et de garderies, et ont fait en sorte que de nombreuses personnes ont eu de la difficulté à trouver un équilibre entre les soins à la famille, l'éducation à domicile et les réalités économiques. Les répercussions économiques de la COVID-19 ont exercé une pression sur les taux de chômage et entraîné une augmentation de l'itinérance partout au Canada. Des études ont clairement démontré

⁵⁶ Autorité sanitaire des Premières Nations. (s.d.). Traditional Wellness and Healing. Consulté à l'adresse <https://www.fnha.ca/what-we-do/health-system/traditional-wellness-and-healing>

⁵⁷ Ibid.

des répercussions disproportionnées sur les communautés marginalisées tout au long de la pandémie, notamment chez les Autochtones⁵⁸.

Les mesures mises en œuvre pour réduire la propagation du virus ont entraîné un certain nombre de conséquences supplémentaires pour la santé des communautés des Premières Nations et des Inuit. Le surpeuplement a rendu les mandats d'isolement très difficiles. Une proportion de 20 % des personnes interrogées a fait état de besoins supérieurs à la moyenne en matière de santé mentale et de bien-être pendant la pandémie, ainsi que d'une augmentation du nombre de personnes qui cherchent du soutien pour la consommation de substances et la toxicomanie.

Résultats positifs

Les personnes interrogées (le personnel de SAC ainsi que les représentants des Premières Nations et les partenaires de mise en œuvre) ont indiqué que des résultats positifs ou des pratiques exemplaires pouvaient être tirés de la pandémie de COVID-19 et appliqués à l'avenir. Ces pratiques exemplaires portaient sur la souplesse des exigences en matière de rapports, l'amélioration des communications et la facilité de transfert des fonds. De nombreuses personnes interrogées ont indiqué que si ces processus étaient toujours aussi efficaces qu'ils l'étaient pendant les efforts d'intervention liés à la COVID-19, leurs relations avec le personnel de SAC seraient renforcées.

Un exemple clé d'un résultat positif de la pandémie de COVID-19 fourni par les personnes interrogées est le soutien à l'adoption de soins virtuels. En raison des confinements, de la quarantaine obligatoire et de l'incidence sur le système de soins de santé de la prestation de services en personne (p. ex. interventions chirurgicales non urgentes), une grande partie des soins de santé s'est orientée vers la prestation numérique, ce qui a rendu les soins plus accessibles pour certaines personnes. Les responsables de programme et les partenaires de mise en œuvre ont noté une augmentation de la demande pour certains services, en particulier les services du PAQA et les services de connectivité pour les programmes du PIC. De nombreuses personnes interrogées ont également

souligné l'incidence positive de l'agrément sur leur organisation, y compris la préparation aux situations d'urgence et la planification de la gestion des crises, qui s'inscrivent dans le cadre du programme d'agrément⁵⁹.

ÉTUDE DE CAS 2

Première Nation d'Onion Lake

Région : Territoire visé par le Traité n° 6, Sask. et Alb.

| Orientation du programme : Planification de la santé; FISS; PES; PIC

Des personnes vivant dans des conditions de surpeuplement ont dû faire face à des défis extrêmes associés à l'isolement médical après qu'elles ou une personne vivant avec elles aient contracté la COVID-19. Des représentants de la Première Nation ont souligné que la COVID-19 avait accru la prévalence de l'itinérance au sein de la Première Nation. En réponse à cette situation, la Première Nation a acheté des caravanes d'isolement qui étaient à la disposition des membres de la communauté à des fins d'isolement, afin de lutter non seulement contre la propagation de la COVID-19, mais aussi contre les effets néfastes de l'itinérance.

⁵⁸ Agence de la santé publique du Canada. (2021). *Édition du dimanche de l'ACSP : L'incidence de la COVID-19 sur les communautés racialisées*. Consulté à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2021/02/edition-du-dimanche-de-lacsp-lincidence-de-la-covid-19-sur-les-communautes-racialisees.html>

⁵⁹ Se reporter à la constatation n° 14 pour obtenir de plus amples renseignements sur l'inclusion de la planification de la préparation aux situations d'urgence et aux catastrophes dans le programme d'agrément.

Question d'évaluation : Les objectifs de ce groupe de programmes (c.-à-d. l'objectif des programmes) correspondent-ils aux besoins des Premières Nations et des Inuit?

CONSTATATION 5 : Les programmes du groupe appuient les principes de la Déclaration d'engagement à assurer la sécurité et l'humilité culturelles et du Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients, selon une approche stratégique; toutefois, l'intégration de ces principes dans la conception des programmes est minime.

Remarque : Cette constatation ne s'applique pas au PAQA.

Le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients (CCQSSP) et la Déclaration sur l'humilité et la sécurité culturelles de la Colombie-Britannique (DHSC) sont des cadres qui définissent l'objectif d'améliorer l'équité dans les soins de santé afin que tous les Canadiens aient accès à des services de soins de santé de qualité. Ces cadres présentent des normes qui permettent d'évaluer le niveau d'importance accordé à la sécurité des patients et à la sécurité culturelle dans le cadre des programmes du groupe. L'un des objectifs de cette évaluation était de comprendre dans quelle mesure les programmes du groupe sont harmonisés avec les principes énoncés dans le CCQSSP et la DHSC.

Déclaration sur l'humilité et la sécurité culturelles de la Colombie-Britannique

La DHSC a été signée par l'ASPN en 2015 en tant qu'engagement à promouvoir la sécurité culturelle et l'humilité au sein des organismes de santé qui fournissent des services aux peuples autochtones⁶⁰. La DHSC est fondée sur les principes directeurs suivants en matière de sécurité culturelle et d'humilité :

- l'humilité culturelle favorise la confiance et le respect mutuels de même que la sécurité culturelle;
- la sécurité culturelle est définie par l'expérience de chaque client en matière de services de santé;
- la sécurité culturelle doit être comprise, adoptée et mise en pratique à tous les niveaux du système de santé, y compris la gouvernance, les organismes de santé et la pratique professionnelle individuelle.

Des soins de santé vraiment efficaces doivent permettre au patient de se sentir en sécurité, tant du point de vue de la compétence médicale que du point de vue culturel. En plus des entrevues, cette évaluation comprenait un sondage mené auprès de partenaires internes et externes⁶¹ afin de recueillir des renseignements auprès de ceux qui ne pouvaient pas participer aux entrevues. Ce sondage comprenait un certain nombre de questions portant spécifiquement sur l'harmonisation des programmes du groupe avec les principes de la DHSC.

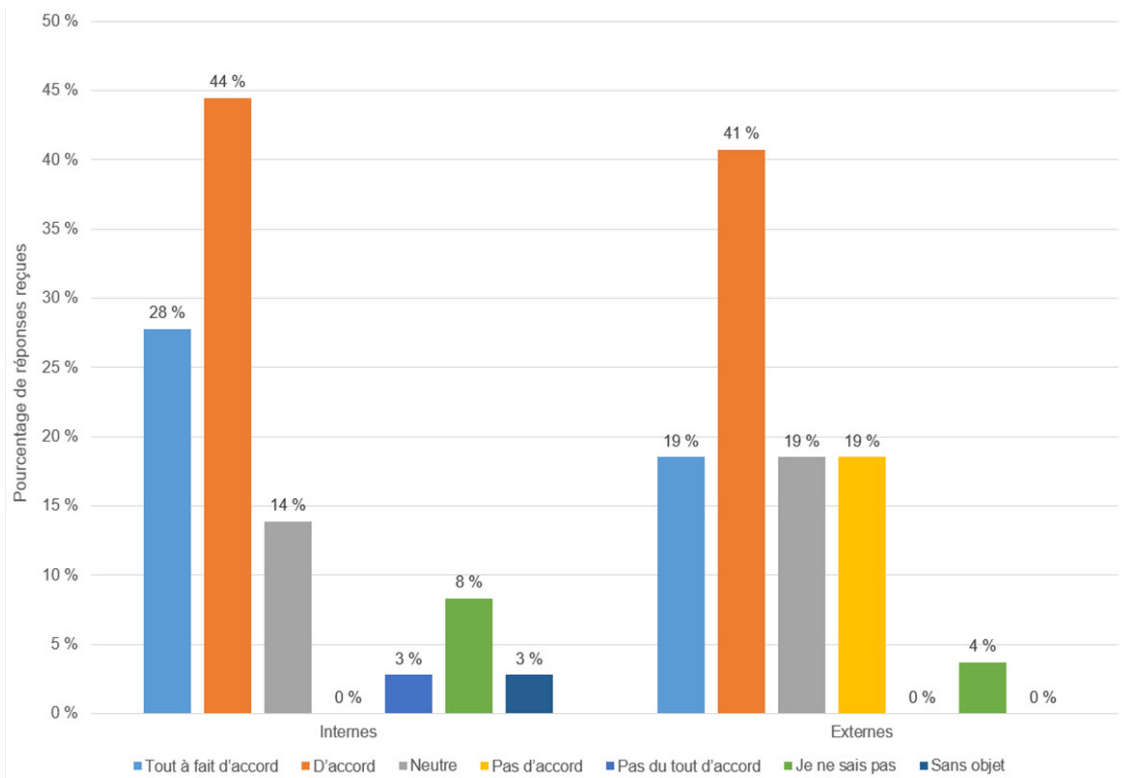
Comme il a été décrit précédemment dans la section Pertinence du présent rapport, les mauvais traitements infligés aux Autochtones peuvent souvent entraîner un manque d'attention ou de traitement approprié de la part des professionnels de la santé ou l'évitement des établissements de santé par les patients autochtones, ce qui peut entraîner des retards et des erreurs de diagnostic ou des maladies mortelles évitables.

⁶⁰ Programme de santé autochtone de Northern Health. (2016). *Declaration on Cultural Safety and Humility*. Consulté à l'adresse <https://www.indigenoushealthnh.ca/news/declaration-cultural-safety-and-humility>

⁶¹ Les partenaires internes comprennent les responsables de programme de SAC et le personnel régional, tandis que les partenaires externes comprennent les partenaires de mise en œuvre et des représentants des Premières Nations.

Malgré les lacunes cernées, les données du sondage indiquent que la majorité des partenaires internes (72 %) et externes (60 %) sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que les programmes du groupe dans lesquels ils sont impliqués offrent un soutien global, y compris le droit d'accès aux pratiques culturelles.

Figure 2 – Les programmes du groupe respectent les valeurs et les droits des Premières Nations et des Inuit, y compris le droit d'accès aux cérémonies, aux pratiques et aux soutiens culturels.

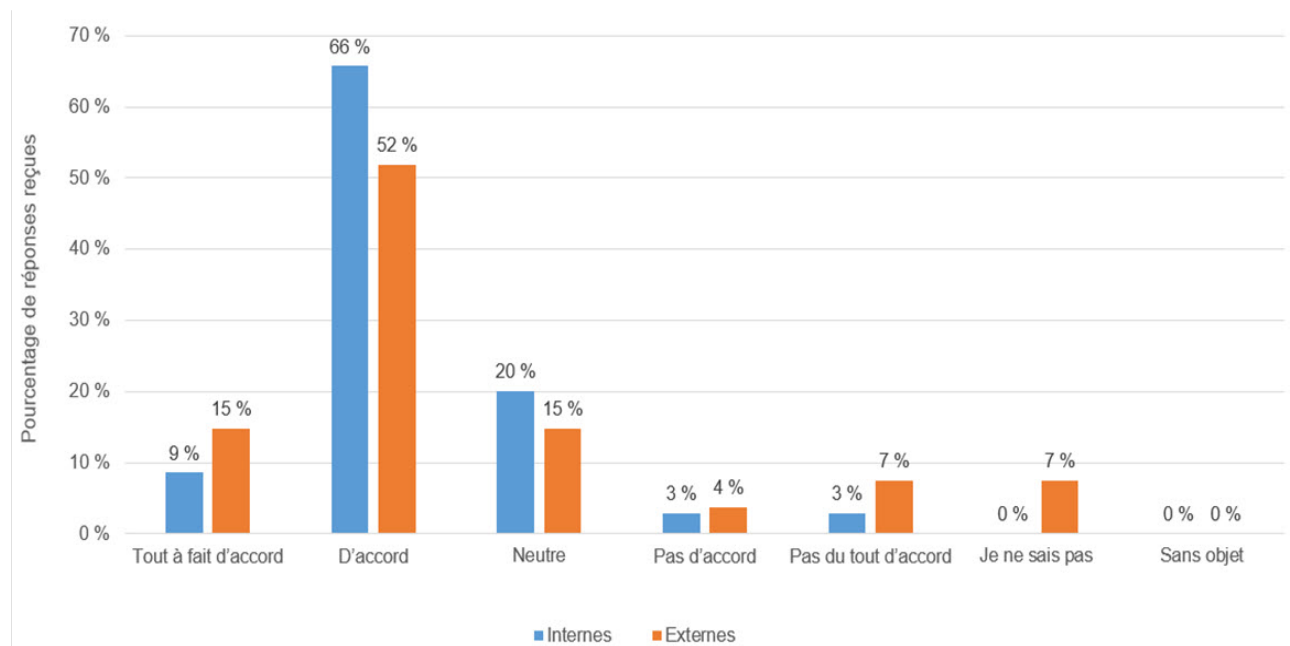


Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

Bien que les objectifs des programmes soient conformes à ces principes, plusieurs lacunes ont été communiquées tout au long des entrevues, y compris le manque de formation appropriée du personnel sur l'humilité culturelle (personnel interne de SAC et personnel des centres de santé), et un manque de considération à l'égard des pratiques de médecine traditionnelle dans l'infrastructure des établissements de santé, ce qui indique qu'il est possible d'améliorer l'intégration dans le cadre de l'exécution. Il a été souligné dans des entrevues que l'humilité culturelle est requise dans tous les postes, y compris ceux qui n'impliquent pas de contact direct avec les patients. Cela comprend les rôles internes de SAC, ainsi que ceux des partenaires de mise en œuvre qui jouent un rôle dans la définition des objectifs et des paramètres du programme et dans l'élaboration des ressources et des cadres au sein desquels les communautés exploitent les services de santé.

Dans le cadre du sondage, on a également demandé aux répondants s'ils estimaient qu'il existait une culture de responsabilisation établie pour faire progresser la lutte contre le racisme et favoriser la sécurité et l'humilité culturelles dans leurs organisations respectives, et la majorité des partenaires internes (66 %) et externes (52 %) était d'accord pour dire qu'une telle culture existe.

Figure 3 – Il existe une culture de responsabilisation établie pour faire progresser la lutte contre le racisme ainsi que la sécurité et l'humilité culturelles au sein de mon organisation.



Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

De plus, environ la moitié des répondants internes (49 %) et externes (52 %) ont répondu « d'accord » à une question leur demandant si leur organisation respective a des processus pour gérer la rétroaction ou les rapports concernant les préjudices liés au racisme, à la qualité et à la sécurité.

Les données recueillies au cours des entrevues et des sondages indiquent que, bien qu'il reste des possibilités d'améliorer l'importance accordée à l'humilité culturelle et à la sécurité des patients dans le cadre de la conception et de la prestation des programmes de santé, les partenaires des programmes du groupe et les communautés se sont efforcés d'appliquer ces principes autant que possible dans les limites des programmes.

Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients

Le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients a été élaboré en 2018 par l'Organisation de normes en santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), afin d'harmoniser l'amélioration de la qualité et de la sécurité à l'échelle du Canada⁶².

Le CCQSSP est guidé par les principes suivants :

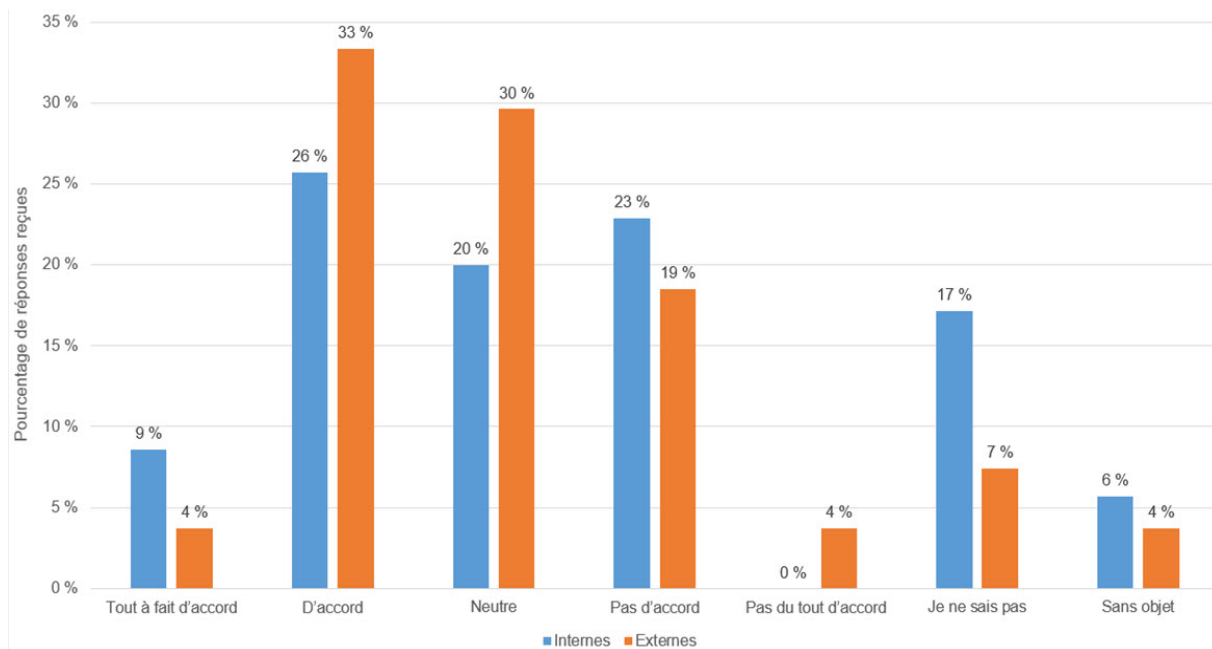
- les soins aux patients sont aussi sûrs que possible partout au pays, et des efforts sont déployés pour prévenir les incidents liés à la sécurité des patients, réagir à de tels incidents et en tirer des leçons;
- les administrations et les organisations ont des mécanismes pour mesurer et surveiller la sécurité;
- les patients, les familles et le public sont activement mobilisés et habilités;

⁶² Institut canadien pour la sécurité des patients. (2020). Le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé. Consulté à l'adresse https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Canadian-Quality-and-Patient-Safety-Framework-for-Health-and-Social-Services/Documents/CPSI-10001-CQPS-Framework-English_FA_Online.pdf

- un leadership soutenu et engagé favorise une culture de sécurité;
- une culture bienveillante et juste est établie à tous les niveaux des soins de santé au Canada;
- le personnel en santé est mobilisé et soutenu.

Lorsqu'on leur a demandé s'ils croyaient que les services actuels étaient sécuritaires et exempts de préjudices évitables, les réponses au sondage étaient plus variées, les répondants des groupes internes et externes ayant répondu être « d'accord » (26 % et 33 %), être « neutre » (20 % et 30 %) et être « en désaccord » avec l'énoncé (23 % et 19 %), respectivement.

Figure 4 – Les programmes du groupe permettent d'offrir des services sécuritaires et exempts de préjudices évitables.

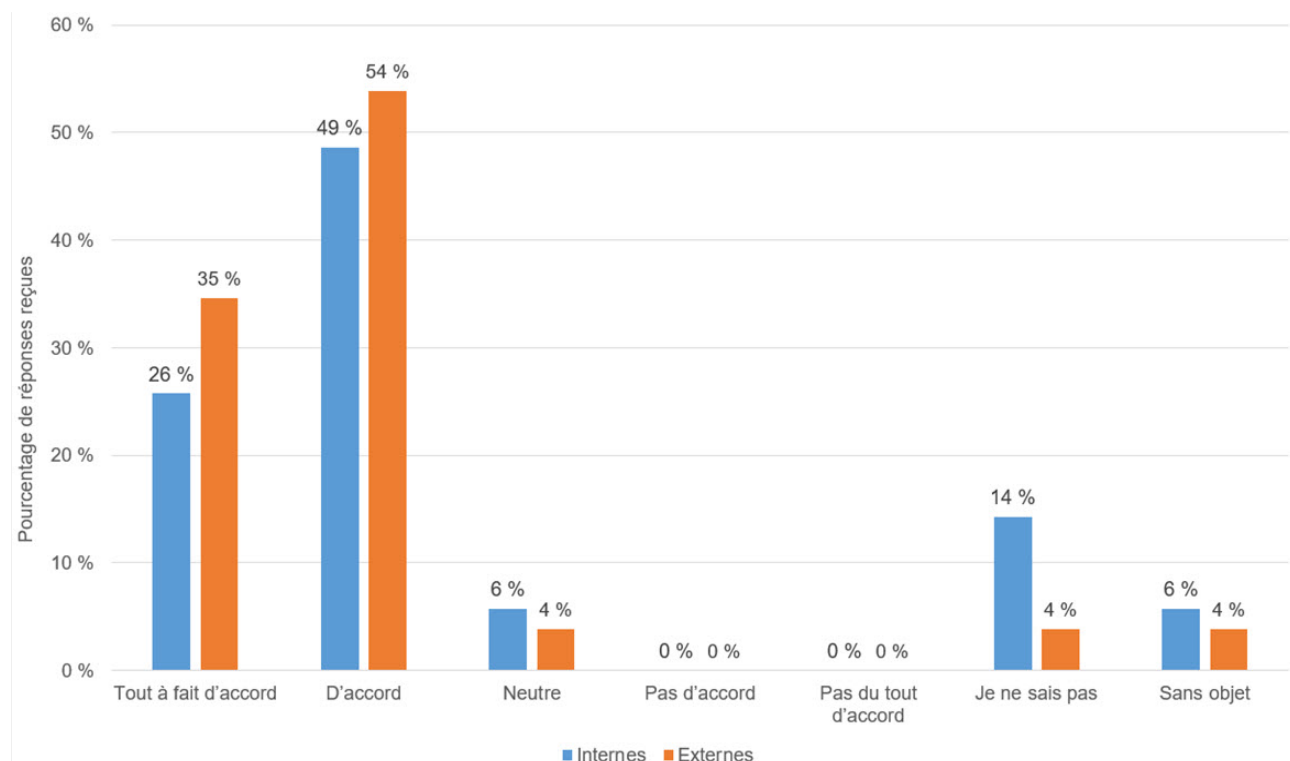


Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

Certaines personnes interrogées ont fait remarquer que le cadre du sondage sur les expériences des patients canadiens est surtout pertinent dans le cadre du PAQA, étant donné que le programme a comme objectif l'amélioration de la qualité des services. Dans le cadre du programme d'agrément d'un organisme d'agrément, les organisations doivent remplir le sondage sur les expériences des patients canadiens, lequel favorise l'établissement d'une culture de la sécurité des patients au sein de la communauté. De plus, il a été souligné que les normes existantes veillent à ce que les clients, les patients et les familles participent à l'élaboration des priorités de l'organisation.

Concernant l'énoncé affirmant que les programmes du groupe pourraient être améliorés afin de rehausser la sécurité des patients et la prévention des préjudices, la majorité des répondants internes (75 %) et externes (89 %) étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec cet énoncé.

Figure 5 – Les programmes du groupe pourraient être améliorés pour améliorer la sécurité des patients et la prévention des préjudices



Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

Les entrevues ont mis en évidence un certain nombre de lacunes dans la sécurité des patients au sein des services de santé existants, et la majorité des répondants au sondage étaient fortement d'accord (26 % des répondants internes et 35 % des répondants externes) ou d'accord (49 % des répondants internes et 54 % des répondants externes) pour affirmer qu'il y aurait place à l'amélioration au chapitre de la sécurité des patients et de la prévention des préjudices dans les programmes du groupe.

Bien que le sondage sur les expériences des patients canadiens mette l'accent sur la sécurité du point de vue médical, pour se sentir vraiment en sécurité dans les établissements de soins de santé, les patients autochtones ont besoin de services fournis par des personnes et des environnements qui favorisent également la sécurité culturelle.

CONSTATATION 6 : Les objectifs des programmes du groupe sont bien harmonisés avec les besoins actuels en matière de santé des communautés des Premières Nations et des Inuit. Toutefois, des améliorations importantes sont nécessaires pour harmoniser la conception et la prestation des programmes avec les objectifs, y compris une participation accrue des Premières Nations et des Inuit à la conception et à la prestation des programmes.

Dans l'ensemble, l'évaluation a permis de constater que les objectifs et les résultats escomptés des programmes correspondent bien aux besoins des communautés des Premières Nations et des Inuit. Cependant, il est important de noter que, bien que l'intention des programmes soit harmonisée, il existe des lacunes importantes dans l'exécution des programmes qui font obstacle à l'atteinte de ces objectifs. Ces lacunes sont examinées plus en détail dans la section sur l'efficacité. Bien que chaque programme au sein du groupe ait été conçu pour contribuer à un résultat final commun, les programmes individuels décrivent des résultats immédiats et intermédiaires précis à atteindre au service du résultat final commun. Ce cheminement des résultats pour le groupe a été synthétisé en un modèle logique, présenté à l'annexe D – Modèle logique du groupe. Lorsque les Premières Nations participaient à la conception et à la prestation de leurs services de soins de santé, les programmes étaient adaptés aux besoins de leurs communautés et offraient des méthodes de

ÉTUDE DE CAS 3

Organisation : Conseil tribal de File Hills Qu'Appelle (FHQTC)

Région : Territoire visé par le Traité n° 4 (Sask.) | Orientation du programme : Planification de la santé; FISS

Le FHQTC est copropriétaire et exploitant de l'All Nations Healing Hospital (ANHH), le seul hôpital au Canada appartenant entièrement aux Premières Nations. L'ANHH dessert 15 Premières Nations, dont 11 sont représentées par le Conseil tribal. L'hôpital dispose d'une salle d'urgence très occupée, de services de laboratoire, d'une unité d'accouchement à faible risque, de cliniques de soins intensifs et de multiples programmes cliniques. L'hôpital offre également des services cliniques, y compris le programme Miko-Mahikan Red Wolf (décrit plus en détail dans l'étude de cas n° 1), ainsi que des programmes de thérapie de remplacement des opioïdes et des services liés à l'hépatite C et au VIH. Les services sont offerts en partant du principe que si les programmes et les services répondent aux besoins des populations les plus vulnérables, ils atteindront tout le monde et produiront des résultats positifs. Les services ont été lancés grâce au financement du FISS et sont supervisés par le conseil tribal, qui constitue la branche administrative de l'hôpital.

soins traditionnelles et sécuritaires sur le plan culturel.

Une comparaison des objectifs de chaque programme avec les besoins en santé cernés est présentée ci-dessous. Dans l'ensemble, l'implication des Premières Nations et des Inuit dans la conception des programmes favoriserait la prise en compte des besoins des Autochtones en matière de santé et favoriserait l'intégration de la santé et de la sécurité culturelles, de la guérison traditionnelle et des pratiques médicinales dans les soins de santé.

PLANIFICATION DE LA SANTÉ ET GESTION DE LA QUALITÉ

Le programme de PSGQ fournit une orientation aux régions qui à leur tour collaborent directement avec les Premières Nations et les Inuit à la création de plans de santé et de mieux-être. Des ententes de financement sont émises dans le cadre du programme pour appuyer l'élaboration et la gestion continue de plans de travail pluriannuels et de plans de santé et de mieux-être. Le programme appuie également l'amélioration des services et des programmes de santé en intégrant des activités d'amélioration de la qualité dans les programmes de santé (p. ex. agrément et évaluation des programmes de santé).

Une tendance clé relevée dans les entrevues était la nécessité d'une planification et d'un financement de la santé axés sur les besoins de la communauté. Les communautés autochtones souhaitent avoir l'autonomie nécessaire pour déterminer elles-mêmes les besoins de leur

communauté et élaborer des programmes qui répondent à ces besoins comme elles l'entendent. Cependant, elles ont également besoin d'un niveau approprié de soutien durable pour renforcer leur capacité à mener leur propre planification de la santé à long terme. De plus, la nécessité d'améliorer la qualité des soins, y compris l'accès aux services de santé dans les établissements appropriés, avec un personnel compétent sur le plan culturel et médical et l'équipement nécessaire pour fournir un traitement adéquat, a été soulignée dans tous les groupes d'intervenants.

Les personnes interrogées ont indiqué que le programme de PSGQ était lié à bon nombre des autres programmes du groupe, en ce sens qu'une planification appropriée de la santé exige la prise en compte des établissements de santé requis, de l'infrastructure technologique, des processus d'agrément, ainsi que l'embauche et la formation du personnel de soins de santé.

Par conséquent, les objectifs du programme de PSGQ correspondent bien aux besoins actuels des Premières Nations et des Inuit en matière de santé.

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET AGRÉMENT

Le programme contribue à l'avancement de l'autodétermination et de la capacité en matière de services de santé pour les membres des communautés autochtones, de manière à répondre à leurs besoins et à améliorer les résultats en matière de santé. Pour ce faire, le programme facilite l'adoption de l'agrément et recommande des activités d'amélioration de la qualité pour accroître la capacité des ressources humaines en santé des Premières Nations et des Inuit à concevoir, à gérer, à évaluer et à offrir des programmes et des services de santé. Parmi les avantages et la valeur associés au programme d'agrément qui sont ressortis, mentionnons l'amélioration de l'harmonisation avec les services de soins de santé provinciaux, la promotion de l'engagement communautaire dans les activités liées à la sécurité des patients, la contribution à l'amélioration des résultats pour la santé et le soutien des systèmes de santé dirigés par les Premières Nations et les Inuit. Récemment, des améliorations ont mis l'accent sur la lutte contre le racisme dans les soins de santé et sur la sécurité culturelle.

La valeur de l'agrément pour les établissements de santé autochtones a été soulignée à maintes reprises au cours des entrevues avec divers partenaires. En particulier, les entrevues ont mis l'accent sur le fait que l'agrément est souvent une source de fierté pour les établissements de santé communautaires et qu'il est considéré comme un élément de base sur lequel bon nombre des autres programmes du groupe peuvent s'appuyer pour continuer à renforcer les capacités dans les communautés. L'agrément a été décrit comme essentiel pour veiller à ce que la prestation de services soit conforme aux pratiques exemplaires. Plus précisément, l'élément de sécurité culturelle qui est intégré aux processus d'agrément est étroitement lié aux besoins existants des communautés autochtones. Compte tenu de ces défis, les objectifs du PAQA sont considérés comme étant alignés sur les besoins en matière de santé des communautés des Premières Nations et des Inuit.

RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Le programme des RHS⁶³ contribue au renforcement des services sociaux autochtones, y compris les modes de vie sains et le développement des enfants, les soins communautaires, les services d'éducation de la maternelle à l'enseignement postsecondaire, le soutien familial et la prévention des maladies transmissibles. L'objectif est d'accroître le nombre de membres des Premières Nations, d'Inuit et de Métis qui pratiquent dans le domaine des soins de santé et d'augmenter le nombre de personnes qualifiées qui travaillent dans le domaine de la prestation des soins de santé dans les communautés des Premières Nations et des Inuit. Le programme comprend

⁶³ À noter que le programme des RHS est aussi communément appelé l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA).

deux volets : des bourses d'études et de perfectionnement aux étudiants autochtones qui poursuivent une carrière dans le domaine de la santé, et de la formation et une certification pour les travailleurs et gestionnaires en santé œuvrant dans la communauté, afin d'améliorer la qualité et l'uniformité des services de santé dans les communautés des Premières Nations et des Inuit.

Les entrevues ont démontré que l'intention qui sous-tend le programme des RHS correspond aux besoins des communautés, compte tenu de la pénurie importante de travailleurs communautaires et d'expertise et de formation appropriées, ainsi que du besoin d'éducation préscolaire à l'égard des professions de la santé pour les étudiants autochtones.

PROGRAMME D'INFOSTRUCTURE DE LA CYBERSANTÉ

L'objectif du PIC est de fournir la « bonne information aux bonnes personnes au bon moment » afin d'aider les Premières Nations et les Inuit à être connectés, informés et en meilleure santé, et de permettre aux travailleurs de la santé de première ligne qui travaillent dans les communautés des Premières Nations et des Inuit d'améliorer la santé des Autochtones grâce à des programmes de cybersanté. Les activités en cours visent à accroître l'accès aux technologies de cybersanté afin de permettre aux Premières Nations, aux Inuit et aux fournisseurs de soins de santé d'utiliser ces technologies pour la prestation de services de soins de santé.

Selon les entrevues qui ont été menées, les objectifs du PIC correspondent bien aux besoins cernés lors des entrevues, y compris la connectivité, l'accès à distance aux soins et la prestation de services intégrés dans tout le continuum des soins de santé. De plus, le PIC est bien aligné sur les principes du PCAP® des Premières Nations et facilite la capacité des communautés à recueillir, distribuer et conserver efficacement les données sur la santé comme elles le jugent bon.

PROGRAMME DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le PES vise à appuyer l'élaboration et la prestation de programmes et de services de santé par des investissements dans l'infrastructure des établissements de santé. Ce programme aide les Premières Nations et les Inuit à exercer un plus grand contrôle sur la conception, la gouvernance et la prestation de leurs propres programmes et services de santé, notamment par la planification et la gestion de l'infrastructure.

Le programme comprend trois grandes catégories d'activités liées aux établissements de santé : l'exploitation et l'entretien des installations (p. ex. le loyer, les services publics, l'entretien ménager, l'entretien courant et les réparations mineures), les projets d'immobilisations mineurs (p. ex. les réparations et les rénovations mineures qui ne sont pas couvertes par les budgets d'exploitation et d'entretien existants, et les projets moins complexes), et les grands projets d'immobilisations (p. ex. des projets plus complexes pour construire, agrandir, rénover ou réparer de façon importante des établissements de santé)⁶⁴. Toutefois, le programme et SAC, à titre de ministère, ne participent pas directement à la prestation de ces activités essentielles des Premières Nations.

Comme il a été mentionné précédemment, les données des entrevues ont démontré que le manque d'établissements de santé accessibles, adéquats et sécuritaires crée un besoin très important dans les communautés autochtones. Par conséquent, un programme comme le PES, qui vise à combler l'écart, répond aux besoins des Premières Nations et des Inuit en matière de santé.

FONDS D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

⁶⁴ Gouvernement du Canada; Services aux Autochtones Canada (24 février 2023). Programme des établissements de santé. Consulté à l'adresse <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1613078660618/1613078697574>

Le FISS appuie une planification collaborative et des projets pluriannuels qui contribuent à mieux répondre aux besoins en soins de santé des Premières Nations et des Inuit, grâce à la collaboration avec les gouvernements fédéral et provinciaux et à la création de partenariats visant à intégrer les services de santé financés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans les communautés des Premières Nations et des Inuit, qui visent à améliorer l'accès aux soins de santé pour les Premières Nations et les Inuit, et qui contribuent à accroître la participation des Premières Nations et des Inuit à la conception, à la prestation et à l'évaluation des programmes de santé.

À ce titre, le programme du FISS, en particulier en raison de sa souplesse, répond au besoin que les programmes de santé soient axés sur les besoins propres à la communauté, en ce qu'il favorise une plus grande collaboration avec les communautés des Premières Nations et des Inuit et leur assure un meilleur contrôle.

PLAN TRIPARTITE POUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS EN COLOMBIE-BRITANNIQUE (PTSPN)

En 2011, les ministres fédéral et provinciaux de la Santé et les Premières Nations de la Colombie-Britannique ont signé l'accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations, qui a établi une nouvelle ASPN à l'échelle de la province pour assumer le contrôle de la conception, la gestion, la prestation et le financement des programmes et des services de santé des Premières Nations financés par le gouvernement fédéral en Colombie-Britannique. Depuis 2013, l'ASPN s'efforce de transformer la façon dont les soins de santé sont offerts aux Premières Nations de la province, y compris de favoriser une collaboration et une intégration plus étroites avec les services de santé provinciaux.

Les entrevues avec les représentants du PTSPN ont cerné, à titre de principaux besoins en santé pour les régions éloignées, la disponibilité et l'accès à des soins sûrs et efficaces dans les régions éloignées, y compris des soins primaires, en santé mentale et adaptés à la culture, ainsi que des ressources en bien-être. Un certain nombre de personnes interrogées ont également fait référence au rapport *In Plain Sight*, récemment publié, qui résume les conclusions d'un examen sur le racisme lancé en réponse à des allégations de comportement raciste, discriminatoire et inéquitable dans les hôpitaux de la Colombie-Britannique⁶⁵. Ce rapport mettait l'accent sur la nécessité d'assurer la sécurité culturelle et l'humilité dans les établissements de santé de la Colombie-Britannique.

Les entrevues menées auprès de partenaires clés ont démontré que les communautés autochtones souhaitent clairement assumer le contrôle des services de santé dans leurs communautés. Par conséquent, le transfert des services de santé en vertu de l'accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations traduit une forte concordance entre le programme et les besoins des communautés.

GROUPE DE PROGRAMMES DE SOUTIEN DE L'INFRASTRUCTURE DE SANTÉ

Il est important de souligner que, bien que l'évaluation des données agrégées indique que les objectifs des programmes du groupe correspondent aux besoins en santé des membres des communautés des Premières Nations et des Inuit, le niveau de besoins varie dans chacune des régions ou des communautés. Ainsi, il pourrait y avoir des besoins prioritaires dans les communautés qui ne sont pas comblés par ces programmes, alors que le financement n'est affecté qu'à des secteurs précis.

⁶⁵ Province de la Colombie-Britannique (2020). *In Plain Sight: Addressing Indigenous-Specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care*. Consulté à l'adresse <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Full-Report.pdf>

L'une des principales tendances notées au cours des entrevues a été l'accent mis sur les besoins uniques des diverses communautés et la façon dont il faut en tenir compte de façon adéquate pour assurer une véritable harmonisation des programmes. Par exemple, certaines communautés pourraient avoir plus de difficulté à former des travailleurs communautaires et, par conséquent, valoriser les RHS, tandis que d'autres pourraient n'avoir aucun problème avec la formation et avoir plutôt besoin de plus de financement pour les programmes en santé mentale et en mieux-être pour les jeunes à risque. Ce type de scénario a été utilisé dans les entrevues pour mettre en évidence les pièges éventuels associés à la conception de programmes comportant des paramètres et des objectifs précis, par opposition à un financement de la transformation de la santé plus largement applicable que les communautés pourraient allouer aux besoins fondamentaux à mesure qu'ils sont cernés.

Mesure dans laquelle les programmes du groupe présentent un ensemble approprié pour le transfert de services

Cette évaluation a également permis d'évaluer les programmes en cherchant à comprendre si les initiatives ciblées (c.-à-d. les programmes du groupe) constituent une combinaison appropriée pour réaliser le transfert de services. Durant les discussions avec les principaux partenaires des programmes, les perceptions variaient.

Bien qu'un certain nombre de partenaires aient perçu les programmes comme étant alignés sur les objectifs et aient cerné des possibilités d'accroître la collaboration, un certain nombre de partenaires des programmes ont fait état de leur perception d'un manque d'harmonisation, en particulier en raison du fait que celle-ci n'est pas mise de l'avant à l'échelle nationale, et qu'il revient aux régions de prendre des initiatives à cet égard. Cependant, bon nombre de ces mêmes partenaires ont signalé que certains programmes présentent de nombreux éléments semblables (p. ex. les programmes d'agrément et de planification de la santé).

En fin de compte, les partenaires ont souligné qu'un véritable alignement sur les besoins nécessite comme fondement un objectif commun d'amélioration de la capacité et de l'autodétermination. Pour des programmes comme le programme d'agrément, les personnes interrogées ont souligné qu'il crée une base qui facilite le renforcement des capacités dans les autres secteurs cibles du programme, comme la cybersanté et les RHS.

Le niveau de demande continue de financement pour tous les programmes évalués indique un degré élevé de pertinence par rapport aux besoins existants. Cependant, les défis continus auxquels font face les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit, même s'ils reçoivent un certain financement dans le cadre de ces programmes, mettent en évidence une lacune en matière d'efficacité. Les défis qui se posent sont décrits plus en détail dans les sections suivantes du présent rapport.

3.2 Efficacité des programmes

Étant donné que les programmes du groupe sont opérationnels depuis plusieurs années, cette évaluation visait à déterminer le niveau d'efficacité des programmes dans l'atteinte de leurs résultats et de leurs objectifs respectifs depuis l'exercice 2015-2016 et à mettre en évidence les résultats positifs et ceux qui pourraient être améliorés à l'avenir.

Question d'évaluation : Quels aspects des programmes fonctionnent bien, et quels aspects doivent être améliorés?

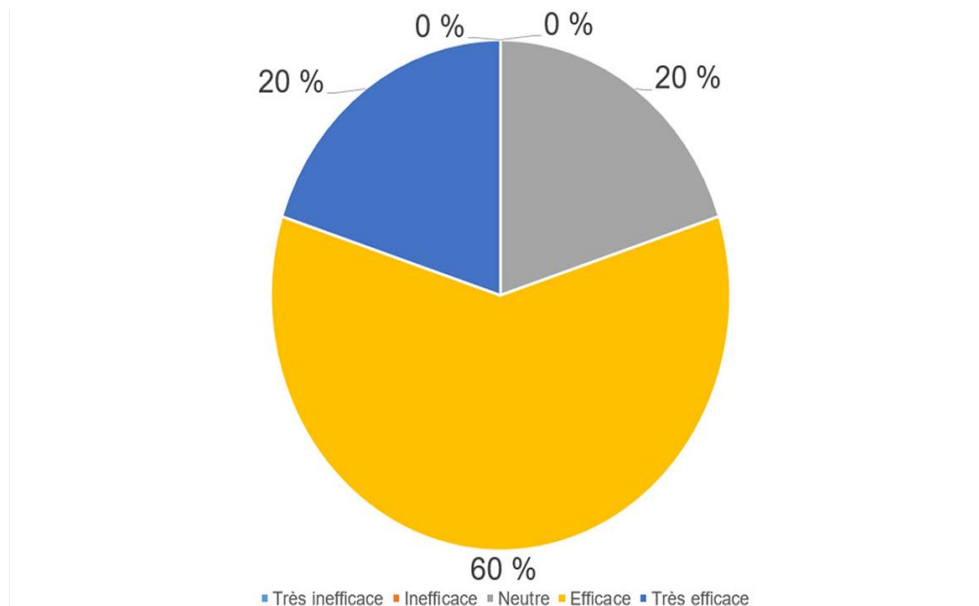
CONSTATATION 7 : Bien que des progrès aient été accomplis dans la réalisation des objectifs du programme au cours de la période d'évaluation, l'efficacité de l'exécution des programmes du groupe et des processus administratifs a été considérablement entravée par un financement limité, des pénuries de personnel et un cadre de mesure du rendement mal harmonisé.

Afin d'évaluer l'efficacité des programmes du groupe à ce jour, cette évaluation a permis de recueillir des données dans le cadre d'un certain nombre de consultations avec des partenaires internes et externes, ainsi que d'examiner les données internes du programme afin de déterminer dans quelle mesure ils ont progressé vers l'atteinte des objectifs établis.

Exécution des programmes et processus administratifs

Au cours des entrevues, on a demandé aux partenaires de mise en œuvre et aux responsables de programme d'évaluer leur perception de l'efficacité de la prestation des programmes auxquels ils ont participé sur une échelle de un à cinq (un signifiant très inefficace et cinq, très efficace).

Figure 6 – Perception des partenaires de l'efficacité globale de la prestation des programmes



Source : Entrevues de SAC Evaluation, 2022-2023.

En général, les partenaires de mise en œuvre et les responsables de programme étaient d'avis que la prestation des programmes du groupe était efficace, tous les répondants ayant indiqué que la prestation était neutre (20 %), efficace (60 %) ou très efficace (20 %). Toutefois, il convient de noter que ces données englobent les expériences des partenaires de mise en œuvre pour un certain nombre des six programmes évalués, et pourraient donc comprendre des perspectives différentes selon le programme. Afin de s'assurer que les principaux points forts et points à améliorer ont été bien saisis, une évaluation qualitative supplémentaire de l'efficacité de la prestation de chaque programme, en tenant compte de son contexte unique, est décrite dans les constatations 8 à 13. Afin de fournir des renseignements contextuels supplémentaires, cette constatation vise à illustrer les points forts communs ainsi que les points à améliorer qui ont été notés au sujet de l'efficacité de l'exécution des programmes dans l'ensemble des programmes du groupe.

Efficacité des programmes

Comme l'indique le graphique ci-dessus, les responsables de programme et les partenaires de mise en œuvre estiment généralement que la prestation des programmes du groupe est efficace, 29 % des partenaires internes la qualifiant de « neutre », 43 % d'« efficace » et 29 %, de très efficace ». Tous les partenaires externes ont répondu « Efficace ». Les commentaires sur les aspects qui fonctionnaient bien mentionnaient notamment :

- Les programmes du groupe ont permis de progresser efficacement vers l'atteinte des résultats et des objectifs prévus, malgré des difficultés comme un financement restreint ou des ressources humaines limitées.
- La souplesse et l'administration efficace du financement supplémentaire fourni pendant la pandémie de COVID-19 ont été soulignées comme une réussite importante. L'accès en temps opportun à des données et à de l'information sur les Premières Nations et sur les répercussions de la pandémie sur les Premières Nations a aussi permis au Ministère de mieux répartir les ressources et de prendre des décisions plus rapidement.
- Des efforts ont été déployés pour réduire le fardeau de déclaration des bénéficiaires. Par exemple, le FISS a mis à jour son modèle de rapport d'étape au cours des dernières années en simplifiant la quantité et le type de renseignements requis, s'assurant que seuls les éléments les plus importants continuent d'y figurer, tout en fournissant un espace de texte libre aux bénéficiaires pour qu'ils puissent inclure des renseignements supplémentaires sur leurs projets comme bon leur semble.

Besoin d'amélioration

Au cours des entrevues, certains partenaires ont fait part de leur perception relativement à certains éléments clés du programme, comme les processus administratifs, la mesure du rendement et les communications. Parmi ceux qui ont été interrogés, entre 20 % et 30 % des partenaires ont indiqué que les aspects suivants devaient être améliorés :

- Bien que des efforts aient été déployés pour réduire le fardeau administratif des Premières Nations, on a fait remarquer qu'il est encore possible de simplifier certains processus administratifs, en particulier pour les Premières Nations qui pourraient avoir accès à divers volets de financement de SAC et qui pourraient donc devoir remplir un nombre important de rapports d'étape.
- Les exigences en matière de mesure du rendement et de production de rapports sont souvent mal harmonisées avec les résultats opérationnels et les modes de connaissances des Premières Nations et des Inuit, ce qui crée des obstacles à la collecte de données exactes et significatives et décrit de façon incomplète les progrès réalisés.
- La distribution des rôles et des responsabilités entre les différents partenaires (p. ex. l'AC de SAC, les régions et les Premières Nations) est souvent ambiguë, ce qui crée de la confusion relativement aux attentes et aux priorités.

- Une approche sur mesure doit être déployée à l'égard de la priorisation des besoins pour s'adapter aux besoins uniques des diverses régions.



ÉTUDE DE CAS 4

Organisation : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Région : Québec et Labrador Orientation du programme : Planification de la santé; FISS; PIC

La Commission mesure actuellement le succès de ses programmes et services en observant la participation de la communauté aux initiatives, en communiquant efficacement avec les partenaires, en mettant en œuvre et en maintenant une infrastructure efficace pour les communautés et les membres de la communauté, en fournissant des conseils en technologie aux communautés et au personnel communautaire, et en mettant à la disposition des communautés et du personnel communautaire de la technologie, de l'éducation et de la formation connexes de manière à favoriser une utilisation optimale de la technologie. Ce cadre de mesure du rendement permet à la Commission de faire le suivi et de surveiller ce qui est important pour la Commission et son personnel communautaire et d'en rendre compte, ce qui favorise un sentiment de réussite à l'égard des programmes et les investissements continus.

Tout au long des entrevues internes et externes, plus de 74 % des personnes interrogées ont mentionné explicitement un financement insuffisant, et près de 60 % ont mentionné explicitement un manque de capacité comme obstacles à l'atteinte des objectifs ultimes des programmes du groupe. Les pages qui suivent présentent les répercussions de ces obstacles sur la prestation de chaque programme.

Ces domaines d'amélioration sont décrits plus en détail ci-dessous et dans d'autres sections du présent rapport, soit sous les constatations n^{os} 16, 17, 21 et 22.

MESURE DU RENDEMENT ET PRODUCTION DE RAPPORTS

Afin d'évaluer l'efficacité, l'évaluation a nécessité l'accès aux données des programmes, dont un suivi a été effectué au moyen de cadres de mesure du rendement et de rapports sur les résultats. Ce volet de l'évaluation s'est avéré plus difficile que prévu en raison des limites de la collecte de données des programmes. Une évaluation de l'efficacité des cadres de mesure du rendement respectifs des programmes du groupe et des rapports qui en découlent a mis en évidence des obstacles importants à l'évaluation des progrès. Par conséquent, les sections suivantes du rapport sont fondées sur des données quantitatives limitées issues des programmes.

Les programmes du groupe ont des cadres de mesure du rendement individuels qui sont conçus pour mesurer les progrès du programme par rapport à l'atteinte de résultats immédiats, intermédiaires et ultimes. Chaque programme a un PIR, où des indicateurs de rendement précis doivent être définis, y compris des cibles, des points de données de référence, ainsi que des descriptions de la justification, de la stratégie de mesure et des sources de données. Bien que chaque PIR présente un certain nombre d'indicateurs propres au programme, les programmes ne peuvent être tenus de rendre compte publiquement que d'un seul indicateur dans les rapports sur les résultats ministériels annuels de SAC.

Les indicateurs devant faire l'objet de rapports pour chaque programme sont décrits ci-après :

Tableau 5 – Rapports du Conseil du Trésor sur les indicateurs de rendement pour chaque programme du groupe

Programme	Indicateur de rendement devant faire l'objet de rapports au Conseil du Trésor ⁶⁶
PSGQ	Pourcentage de postes de soins infirmiers agréés ou en voie de l'être
PAQA	
FISS	
PES	Pourcentage des établissements de santé des Premières Nations dont l'état est jugé « bon ».
RHS	Pourcentage d'Autochtones travaillant dans le secteur de la santé au Canada.
PIC	Nombre de systèmes de dossiers de santé numériques (p. ex. dossier médical électronique, dossier de santé électronique, dossier médical électronique communautaire, etc.) dans les communautés.

Chaque programme avait des approches différentes pour la collecte et la communication des résultats des partenaires de mise en œuvre et des bénéficiaires; cependant, les dossiers de programme reçus ont révélé des lacunes importantes dans la production de rapports par rapport aux indicateurs.

L'examen de la documentation interne a démontré que le FISS et le PIC présentent chacun des modèles de rapport de projet annuel qui sont fournis aux bénéficiaires et qui décrivent en détail le contenu à inclure⁶⁷. Pour le PAQA et les RHS, les rapports annuels sont élaborés par les partenaires de mise en œuvre respectifs des programmes (c.-à-d. Agrément Canada, le Conseil canadien d'accréditation et Indspire) qui décrivent les progrès réalisés au cours de l'exercice. Cependant, tous les documents reçus présentaient des manques d'uniformité importants dans la nature des données recueillies ou déclarées ou dans la disponibilité des chiffres sur une base annuelle. Ce manque d'uniformité a créé des obstacles à l'évaluation du rendement du programme par rapport aux objectifs énoncés. De plus, l'examen des données reçues a révélé une lacune importante dans la collecte de données au cours de la période d'évaluation, et ce, pour l'ensemble des programmes du groupe. Dans de nombreux cas, les données déclarées variaient entre les exercices financiers et les rapports des bénéficiaires, ou n'étaient tout simplement pas fournies dans leur intégralité.

Plus de 40 % des responsables de programme, 29 % du personnel régional et 33 % des cadres régionaux ont indiqué que la mesure du rendement devait être améliorée. Selon les entrevues, il peut être difficile de répondre aux exigences de déclaration en raison d'un décalage entre les attentes du gouvernement et la nature des rapports de la communauté, lesquels sont souvent davantage fondés sur les valeurs culturelles, les besoins de la communauté et la narration que sur les résultats. On a noté que cet écart causait des difficultés aux programmes lorsque vient le temps

⁶⁶ Il est à noter que les programmes PSGQ, AQA et FISS sont tous considérés comme des « sous-programmes » du Programme de planification de la santé, de gestion de la qualité et d'intégration des systèmes (PSGQIS). Par conséquent, le Conseil du Trésor n'exige la production de rapports qu'à l'égard d'un seul indicateur de rendement pour les trois programmes.

⁶⁷ Services aux Autochtones Canada. (s. d.). *RAPPORT ANNUEL DE PROJET DU FONDS D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ (FISS)*. Consulté à l'adresse https://www.sac-isc.gc.ca/DAM/DAM-ISC-SAC/DAM-TRNSPRCY/STAGING/texte-text/dci_2021_2022_HC-P022_1607465173156_fra.pdf; Services aux Autochtones Canada. (s.d.-a). *RAPPORT DE CLÔTURE D'EXERCICE DU PROGRAMME DE CYBERSANTÉ*. Consulté à l'adresse https://www.sac-isc.gc.ca/DAM/DAM-ISC-SAC/DAM-TRNSPRCY/STAGING/texte-text/dci_2022_2023_HC-P025_prt_1640100886782_fra.pdf

de rendre compte des résultats dans un format conforme aux attentes du gouvernement fédéral. Par conséquent, on a affirmé que les efforts requis pour harmoniser les rapports des communautés avec ces normes étaient lourds pour les Premières Nations.

Les personnes interrogées ont indiqué que la prestation globale des programmes bénéficierait de la mobilisation des Premières Nations et des Inuit, qui peuvent éprouver des difficultés avec les exigences en matière de production de rapports, ainsi que de l'élaboration d'une approche davantage axée sur les relations pour améliorer le processus, plutôt que de s'attendre à ce que les Premières Nations et les Inuit suivent les processus existants, qui sont souvent bureaucratiques et qui peuvent mener à des inexactitudes et à des inefficacités.

Par le passé, les rapports étaient produits au moyen d'un modèle de rapport dans lequel les données sur les résultats étaient entrées. Cependant, lors des discussions avec les partenaires internes, il a été souligné que des efforts sont déployés pour s'éloigner de la mesure des résultats, en raison des défis présentés pour les programmes d'infrastructure, comme le PES, qui fonctionne principalement comme facilitateur de projets ou d'initiatives en santé plutôt que comme fournisseur de services cherchant à atteindre un ensemble de résultats. De plus, on a fait remarquer que, bien que des cadres de mesure du rendement soient en place, ils sont rarement utilisés, car les indicateurs de rendement établis ne sont pas présentés de façon uniforme. Les partenaires internes du programme ont souligné que les indicateurs en place sont souvent désuets ou mal alignés avec les résultats attendus des programmes, et que la mesure du rendement est considérée comme un défi en raison d'importantes lacunes dans les données (p. ex. données de référence par rapport auxquelles mesurer les progrès), d'un manque de participation des Premières Nations et des Inuit à la définition des mesures, et d'un manque de capacité à appliquer les cadres de façon uniforme.

Il a également été mentionné dans un certain nombre d'entrevues que cela peut représenter un défi particulièrement difficile de gérer les attentes en matière de production de rapports de manière à ne pas porter atteinte à la souveraineté des données des Premières Nations et aux principes du PCAP®. Par conséquent, la collecte de données et le regroupement de renseignements dans le but de rendre compte des progrès des programmes ont représenté un défi pour un certain nombre de régions.

Les entrevues internes ont mis en évidence le fait qu'à mesure que les services continueront d'être transférés, un plus grand nombre d'activités de mesure du rendement et de production de rapports incomberont aux communautés des Premières Nations et des Inuit plutôt qu'aux régions, entraînant la redondance des cadres existants. Cela appuie en outre la nécessité d'intégrer davantage la contribution et l'orientation des Premières Nations et des Inuit dans l'élaboration d'indicateurs pertinents, en tenant compte des contextes opérationnels actuels et futurs. L'évaluation a également permis de constater que des efforts sont en cours, tant à l'interne au sein du Ministère qu'à l'externe, avec des partenaires comme l'AGSPN, pour atténuer le fardeau de déclaration potentiel.

Question d'évaluation : Dans quelle mesure chacun des programmes inclus a-t-il progressé vers l'atteinte de ses résultats escomptés?
--

Dans la section Pertinence, une analyse a été effectuée, laquelle a permis de conclure que les objectifs des programmes correspondent aux besoins actuels en matière de santé des Premières Nations et des Inuit. L'analyse de la présente section fournit plus de détails sur l'évaluation de l'efficacité de chaque programme dans l'atteinte des résultats escomptés.

Bien que les résultats immédiats, intermédiaires et ultimes aient été résumés dans le modèle logique du groupe (Annexe D – Modèle logique du groupe), chaque programme a des résultats précis qui

sont définis dans son profil respectif. Les progrès de chaque programme vers l'atteinte de ces résultats, ainsi que les forces qui ont facilité le progrès et les obstacles qui ont entravé le progrès, sont décrits dans les pages suivantes.

CONSTATATION 8 : Le PSGQ a fait des progrès pour ce qui est d'aider les Premières Nations et les Inuit à élaborer et à gérer des plans de santé, avec plus de 289 plans en place au cours de l'exercice 2020-2021, ce qui représente une augmentation de 22 % depuis l'exercice 2015-2016.

Résultats du PSGQ

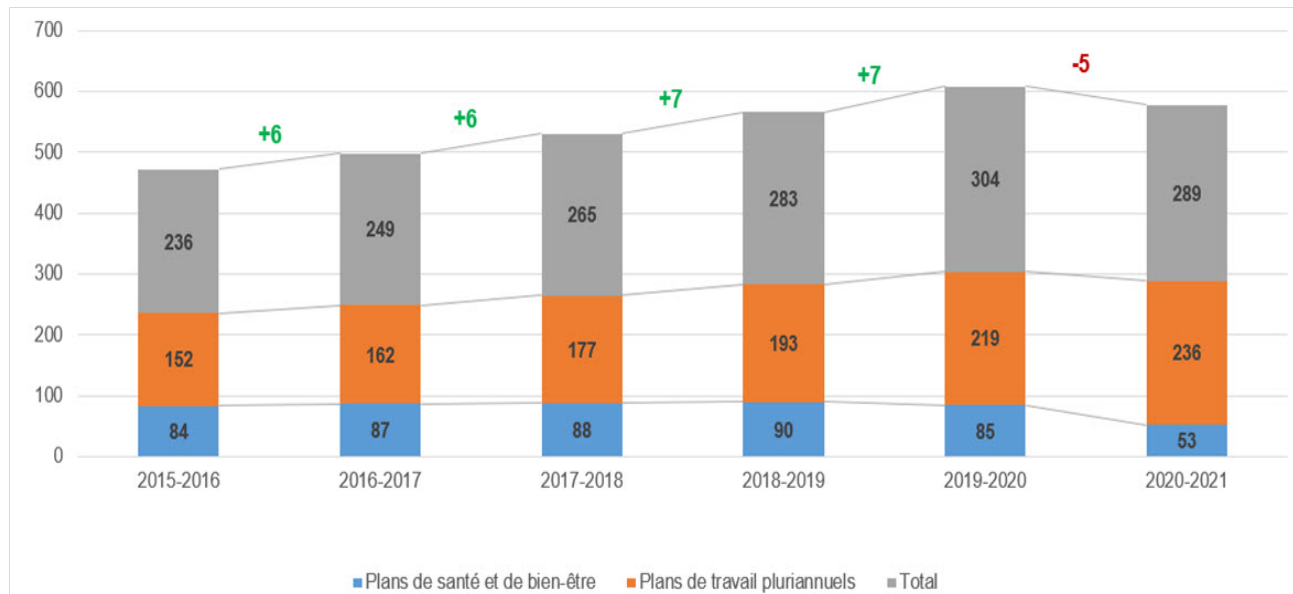
Immédiats	Les Premières Nations et les Inuit planifient et gèrent des programmes et des services de santé.
Intermédiaires	L'accès à des services de santé de qualité est amélioré pour les Premières Nations et les Inuit.
Ultimes	Les Premières Nations et les Inuit conçoivent, offrent et gèrent leurs programmes et services de santé, les communautés sont en meilleure santé et les peuples autochtones disposent d'une infrastructure fiable et durable.

Le principal résultat immédiat décrit pour le programme de PSGQ est que les Premières Nations et les Inuit planifient et gèrent des programmes et des services de santé. Compte tenu de ce résultat, la présente évaluation visait à évaluer l'efficacité du programme en analysant la mesure dans laquelle les Premières Nations et les Inuit peuvent maintenant gérer et exploiter des programmes et des services de santé. Cela est principalement mesuré par le programme en faisant le suivi du nombre de communautés des Premières Nations et des Inuit qui reçoivent du financement du programme de PSGQ pour élaborer un plan de santé communautaire.

Un examen des données du programme a révélé que le programme de PSGQ a financé l'élaboration et la gestion d'un nombre croissant de plans de santé communautaire chaque année, passant de 236 au cours de l'exercice 2015-2016 à 289 au cours de l'exercice 2020-2021⁶⁸.

⁶⁸ Services aux Autochtones Canada. Fonds de santé préétablis, souples et globaux 2015-2021. [Examen de la documentation, réf. 4.7.08]

Figure 7 – Communautés des Premières Nations et des Inuit appuyées par SAC



Source : Données du programme PSGQ extraits en 2022.

Il convient de noter que les régimes de santé et de bien-être sont financés au moyen d'ententes globales, et que les régimes de travail pluriannuels sont financés au moyen d'ententes souples. En 2020-2021, les bénéficiaires ont fait la transition vers la subvention pour la nouvelle relation financière (NRF)⁶⁹ et se sont éloignés des ententes de financement globales décrites ci-dessus, ce qui a entraîné la diminution du nombre de plans communautaires appuyés au cours de l'exercice. De plus, il a été souligné qu'en raison de la pandémie de COVID-19, les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit ont eu de la difficulté à respecter les échéances pour l'élaboration des plans et les présentations, ce qui a eu une incidence sur les résultats pour 2019-2020 et 2020-2021.

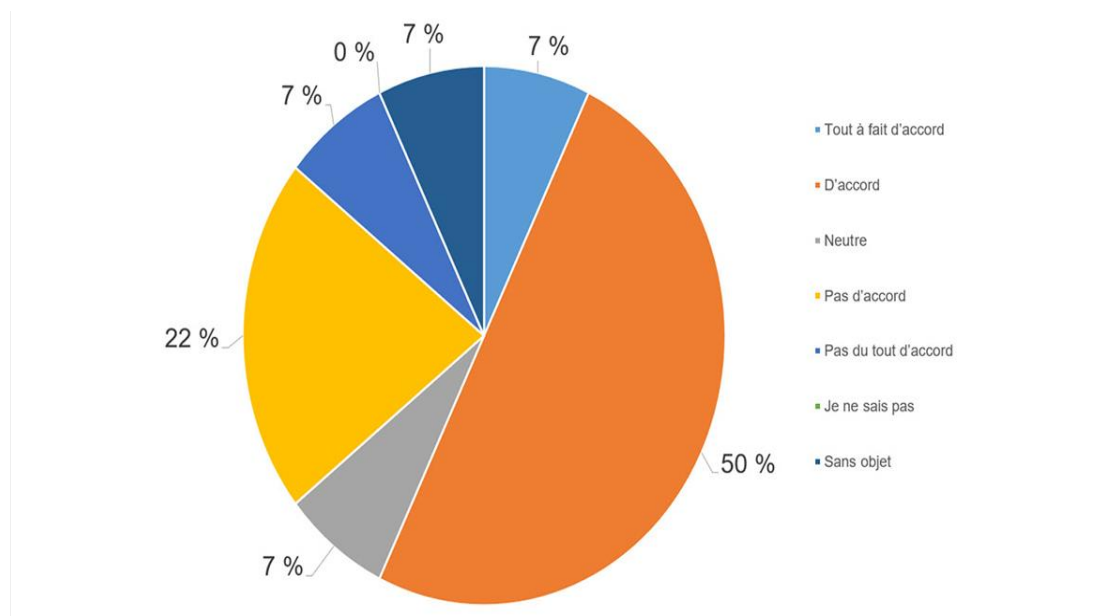
Selon une recherche externe⁷⁰, à l'automne 2019, SAC avait aidé 161 Premières Nations à élaborer des plans communautaires, et 204 Premières Nations et une communauté inuite étaient en train de créer ou de mettre à jour des plans communautaires.

Dans les sondages, on a demandé aux représentants des Premières Nations et aux partenaires de mise en œuvre s'ils estimaient que l'accès à des services de santé globaux avait augmenté depuis 2015 en lien avec le programme de PSGQ. La majorité des répondants ont indiqué qu'ils étaient d'accord (50 %) ou tout à fait d'accord (7 %), tandis que plus d'un cinquième étaient en désaccord (22 %) ou fortement en désaccord (7 %).

⁶⁹ Introduite en 2019, la subvention pour la nouvelle relation financière (NRF) consiste en un mécanisme de financement sur 10 ans plus souple et prévisible, qui permet aux bénéficiaires autochtones de réaffecter des fonds dans tous les programmes de SAC d'une manière conforme à leurs plans stratégiques uniques. Bien que les bénéficiaires soient tenus d'élaborer un plan stratégique pluriannuel dans les 12 mois suivant la conclusion de l'entente, le financement n'est pas lié à ce plan. (Services aux Autochtones Canada, Ententes de financement 101, mars 2021 [Examen de la documentation, réf. 4.8.1])

⁷⁰ Services aux Autochtones Canada. (11 février 2020.) Plan ministériel 2020-2021. Consulté à l'adresse <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1581459806913/1581459839835>

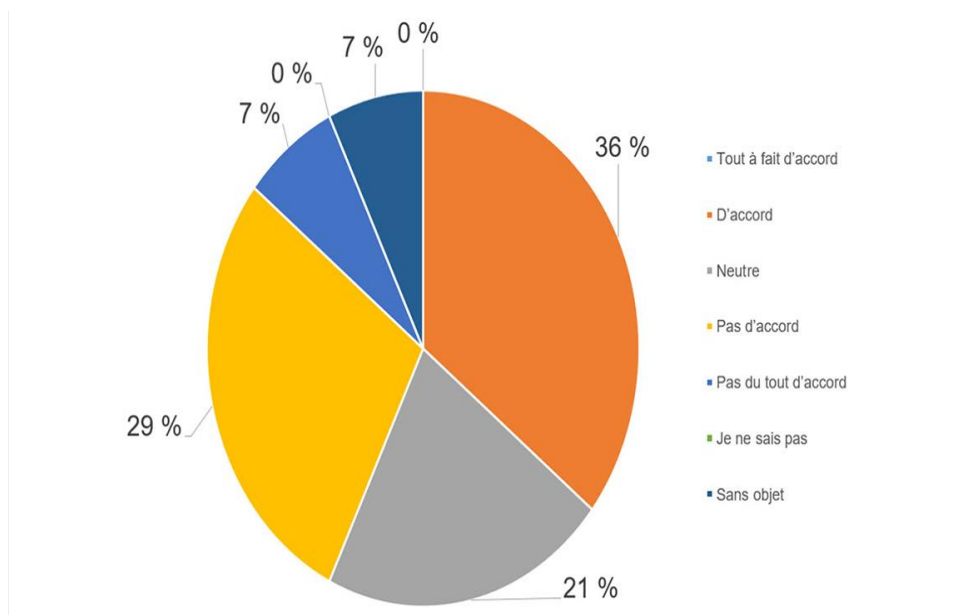
Figure 8 – L'accès à des services de santé globaux a augmenté entre 2015 et 2020



Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

De plus, on a demandé aux représentants des Premières Nations et aux partenaires de mise en œuvre s'ils estimaient que la qualité des soins était excellente grâce au programme de PSGQ. Les réponses étaient plus variées pour cette question, un nombre légèrement plus élevé de partenaires indiquant être d'accord (36 %) ou en désaccord (29 %) avec cette affirmation, et un nombre important indiquant être neutres (21 %).

Figure 9 – La qualité des soins est excellente grâce au PSGQ



Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

Les partenaires internes participant au programme de PSGQ ont souligné les progrès réalisés dans le cheminement des Premières Nations et des Inuit pour passer d'un financement fixe⁷¹ à un financement souple⁷² ou global⁷³.

Selon les entrevues qui ont été tenues, tandis que les peuples des Premières Nations et des Inuit avaient initialement besoin de consultants pour appuyer leurs activités de planification de la santé au début du programme de PSGQ, ils ont commencé à s'approprier leur propre planification de la santé, en s'appuyant sur les plans de santé élaborés, et ils s'impliquent de plus en plus dans le processus. Il a été souligné que la pandémie a entraîné des retards dans l'élaboration et la présentation de plans de santé, ce qui a mobilisé le besoin d'un soutien accru pour les Premières Nations et les Inuit afin de surmonter ces obstacles. Toutefois, il a également été souligné que les directeurs de la santé des communautés qui ont participé au programme de PSGQ ont joué un rôle clé dans la réponse à la pandémie, en fournissant du leadership et de l'expertise, et ce, grâce au renforcement des capacités qu'a permis le programme au sein des organisations et des communautés.

CONSTATATION 9 : Avec plus de 280 projets achevés ou en cours, le FISS a apporté de la valeur aux Premières Nations et aux Inuit et a progressé vers le résultat d'améliorer l'accès à des soins de qualité et d'accroître le niveau d'intégration des services et des systèmes de santé.

Résultats du FISS

Immédiats	Capacité accrue des partenaires de collaborer à des initiatives d'intégration des services de santé.
Intermédiaires	L'accès à des services de santé de qualité est amélioré pour les Premières Nations et les Inuit.
Ultimes	Les Premières Nations et les Inuit conçoivent, offrent et gèrent leurs programmes et services de santé, les communautés sont en meilleure santé et les peuples autochtones disposent d'une infrastructure fiable et durable.

L'objectif du FISS est d'appuyer la collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux et les Premières Nations et les Inuit, afin d'améliorer le niveau de participation des Premières Nations et des Inuit à la conception, à la prestation et à l'évaluation des programmes de santé. L'évaluation visait à déterminer la mesure dans laquelle il y a eu une meilleure intégration des systèmes de services de santé aux niveaux fédéral, provincial, territorial, municipal et communautaire.

⁷¹ Le financement préétabli désigne un paiement de transfert assujéti aux conditions de rendement énoncées dans l'entente de financement. Les fonds non dépensés doivent être remboursés d'ici la fin de l'exercice. Le financement fixe désigne un accord de contribution où les montants de financement annuels sont établis selon une formule, ou encore où les dépenses totales sont établies selon une approche à coûts fixes. (Ibid.)

⁷² Un financement souple est un financement qui peut être transféré à l'intérieur des catégories de coûts d'un seul programme pendant la période visée par l'entente. Les fonds non dépensés peuvent être reportés au cours de la période. (Ibid.)

⁷³ Le financement global fait référence à une approche de contribution qui permet de réaffecter des fonds à l'intérieur du bloc de programmes pendant la période visée par l'entente si les progrès réalisés dans le cadre des programmes sont jugés conformes aux critères d'évaluation de l'état de préparation. (Consulté à l'adresse <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1322746046651/1618142957561>)

Le FISS finance des projets pluriannuels. Selon les entrevues, ces projets étaient historiquement axés sur la transformation des systèmes de santé⁷⁴, et maintenant, avec la création de l'initiative plus vaste de transformation de la santé⁷⁵, les projets du FISS sont mis à profit pour aider les Premières Nations et les Inuit à cheminer vers un transfert complet des services. Selon le PIR du PSGQIS, le rendement du programme du FISS est mesuré en fonction des indicateurs suivants :

- le nombre de partenariats qui découlent de projets;
- le pourcentage de partenariats avec les Premières Nations et les Inuit dans le cadre des projets du FISS qui sont évalués comme se déroulant comme prévu ou mieux que prévu;
- le nombre et le type de produits issus de l'intégration des connaissances qui ont été mis au point;
- le nombre et le type d'établissements de santé, de programmes, d'activités, de normes, de pratiques ou de règlements des Premières Nations et/ou des Inuit nouvellement intégrés;
- le nombre de protocoles d'entente (PE), de protocoles, d'ententes, de cadres ou d'arrangements nouveaux qui favorisent une meilleure intégration des services de santé des Premières Nations et/ou des Inuit.

Ces indicateurs n'ont pas fait l'objet de rapports de manière uniforme tout au long de la période d'évaluation et, par conséquent, l'évaluation n'a pas permis de mesurer les progrès par rapport à tous les indicateurs présentés. Cependant, certains points de données ont fait l'objet d'un suivi et un échantillon de projets a été examiné afin de comprendre l'état d'avancement des projets en cours, la répartition régionale et les principaux domaines d'intérêt des projets financés, selon les résultats attendus. De plus, ces données ont été complétées par des entrevues avec des intervenants et des données de sondage, qui ont permis de prendre le pouls de la perception des progrès réalisés. Dans le cadre de ces consultations, les partenaires ont mis l'accent sur les progrès réalisés pour appuyer l'intégration et la transformation des services de santé partout au Canada.

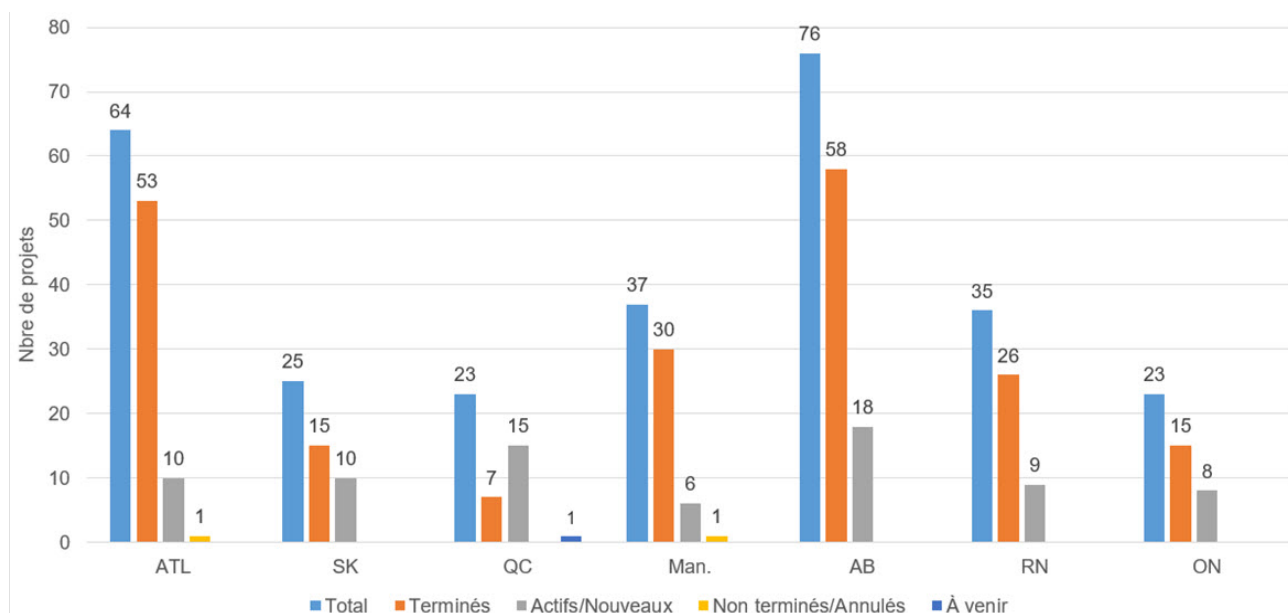
Un examen des données du programme a révélé la réalisation d'environ **280 projets**, dont 204 sont terminés⁷⁶.

⁷⁴ Les activités de transformation des systèmes de santé comprennent l'élaboration d'approches novatrices à l'égard des soins de santé primaires, l'investissement durable dans des technologies appropriées qui améliorent la prestation des services de santé et le soutien à l'élaboration de nouveaux partenariats et de nouvelles initiatives visant à accroître la participation des Premières Nations et des Inuit, et le contrôle de la conception et de la prestation des programmes et des services de santé dans leurs communautés. (<https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1525115054098/1615723519912>)

⁷⁵ La transformation de la santé est un processus de collaboration entre le Canada, les Premières Nations et les provinces visant à appuyer la création de nouvelles organisations dirigées par les Premières Nations pour assumer le contrôle de la conception, de l'administration, de la gestion, et la prestation des services et des programmes de santé actuellement offerts par le gouvernement fédéral. Des initiatives de transformation de la santé sont en cours au Manitoba, en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse (consulté à l'adresse <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1626810177053/1626810219482>).

⁷⁶ Services aux Autochtones Canada. Liste des projets du FISS – mai 2022. [Examen de la documentation, réf. 4.7.10]

Figure 10 – Projets du FISS en 2022 par région

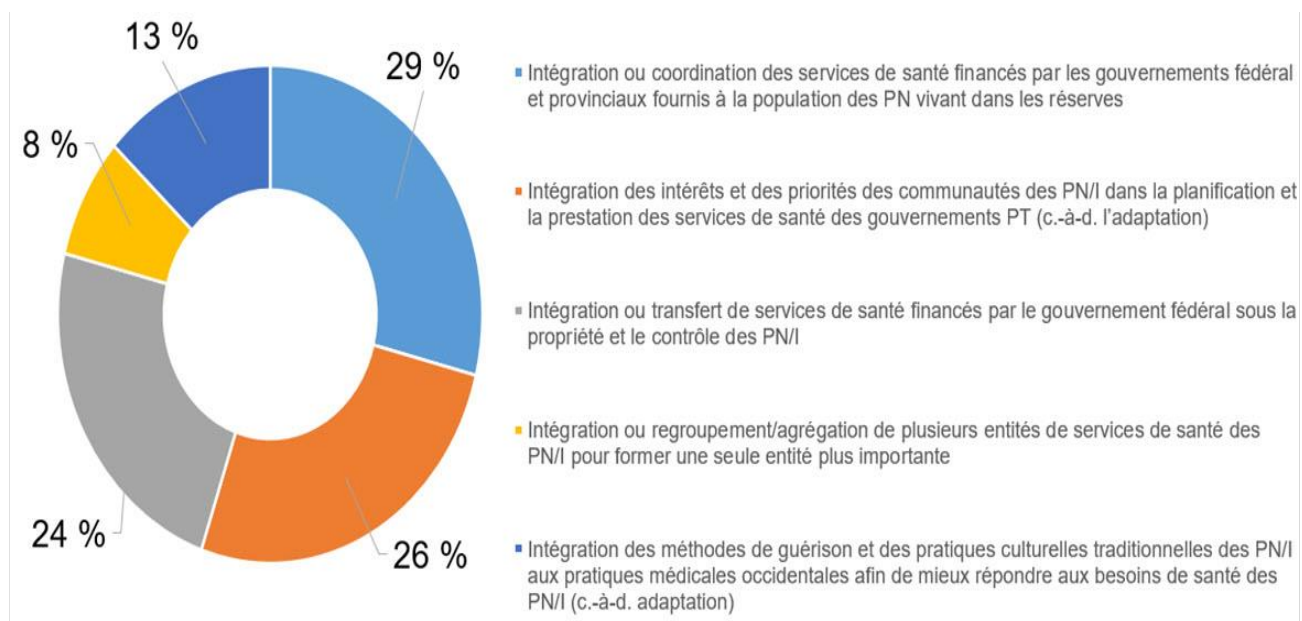


Source : Données du programme FISS, extraits en 2022

Lorsqu'elles sont ventilées plus en détail par région, les données du programme indiquent qu'une proportion importante de projets du FISS sont poursuivis en Alberta (Alb.) et dans les régions de l'Atlantique (Atl.), des progrès importants étant également réalisés au Manitoba (Man.) et dans la région du Nord (RN). De plus, l'évaluation d'un échantillon de projets du FISS témoigne des progrès réalisés en vue de favoriser une intégration croissante, alors qu'on enregistre une proportion plus élevée de projets ayant pour but d'accroître l'intégration des services de santé financés par le gouvernement pour les Premières Nations et les Inuit (PNI), notamment au chapitre de la planification et de la prestation des soins de santé à l'échelle provinciale et territoriale (PT)⁷⁷.

⁷⁷ Ibid.

Figure 11 – Exemple de projets du FISS – Types d'intégration visés par les projets déclarés

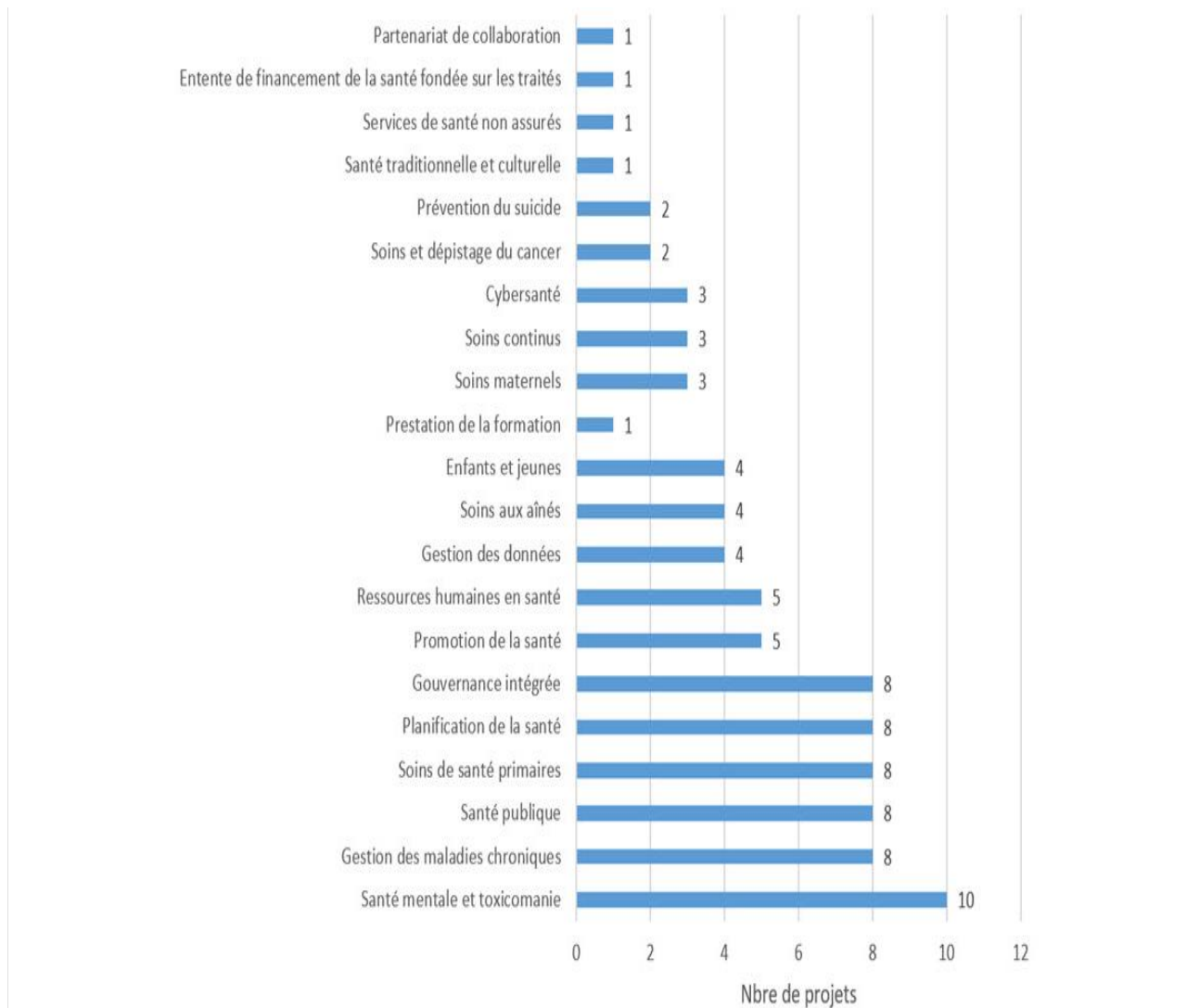


Source : Données du programme FISS, extraits en 2022

L'échantillon de projets du FISS examiné en Ontario, en Alberta et en Saskatchewan, comme le montre la figure 11, illustre que des progrès ont été réalisés dans divers domaines correspondant aux principaux besoins en santé des Premières Nations et des Inuit, y compris la santé mentale et la toxicomanie, la cybersanté, la planification de la santé et la santé traditionnelle et culturelle⁷⁸.

⁷⁸ Services aux Autochtones Canada. Liste des projets du FISS – mai 2022. [Examen de la documentation, réf. 4.7.10]

Figure 12 – Exemples de domaines d'intérêt de projets du FISS



Source : Données du programme FISS, extraits en 2022

Dans l'ensemble, les entrevues ont été principalement positives quant à la perception de l'efficacité du programme jusqu'à maintenant. Plus précisément, de nombreuses personnes interrogées ont souligné la valeur de la souplesse du fonds, qui permet aux Premières Nations d'adapter les programmes pour répondre à leurs besoins uniques. Cependant, certains partenaires des programmes (13 %) ont souligné plusieurs défis découlant du manque de durabilité des progrès. Par exemple, on a fait remarquer que les protocoles d'entente ou les protocoles élaborés sont établis en fonction de l'orientation des dirigeants gouvernementaux en poste, et que souvent, ils ne sont pas codifiés, de sorte qu'ils peuvent changer lorsque les dirigeants changent.

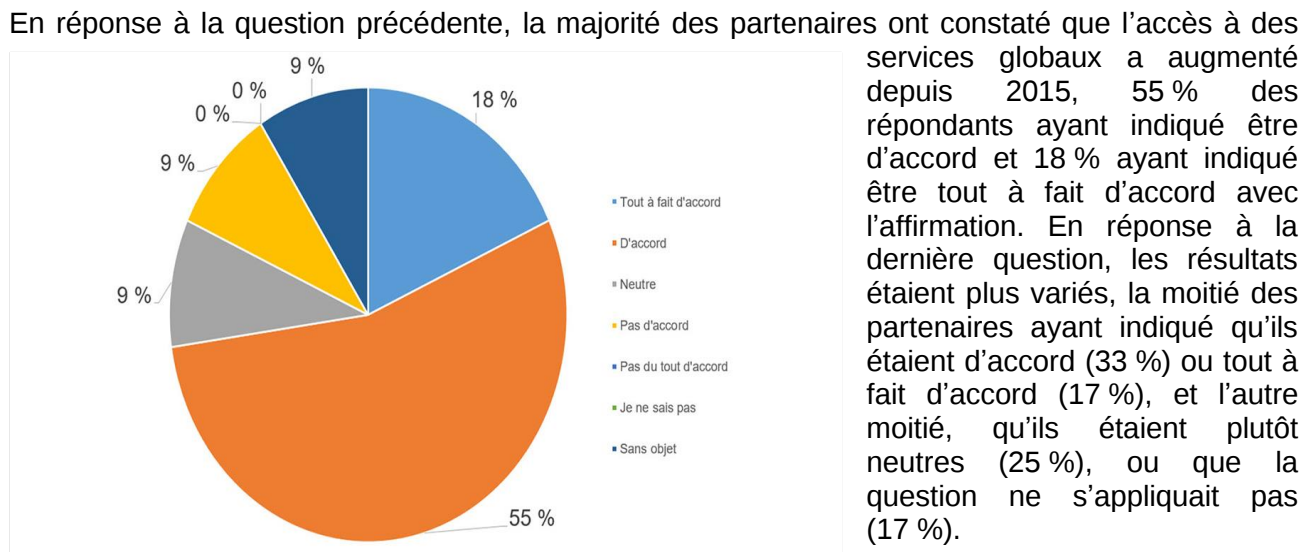
De plus, il a été noté que la gestion des attentes et des perceptions entre les ordres de gouvernement, du niveau fédéral jusqu'au niveau communautaire, peut être difficile et présenter un aspect politique. Selon les entrevues qui ont été tenues, cela crée des obstacles à la prise de

décisions stratégiques et à la collaboration entre ces partenaires, et entraîne souvent l'inaction. Les répondants ont insisté sur le fait que les besoins doivent être définis par la communauté plutôt que par les gouvernements provinciaux et territoriaux, car il revient aux Premières Nations et aux Inuit de déterminer à quoi devrait ressembler l'intégration des services de santé.

Les entrevues ont mis en évidence un obstacle possible à l'atteinte des objectifs, y compris une portée restreinte chez les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit, en raison de l'approche fondée sur les propositions pour le financement des projets, car le personnel des services de santé des communautés des Premières Nations et des Inuit pourrait ne pas être courant des possibilités de financement ou ne pas disposer de suffisamment de ressources à consacrer à l'élaboration de propositions sur une base annuelle.

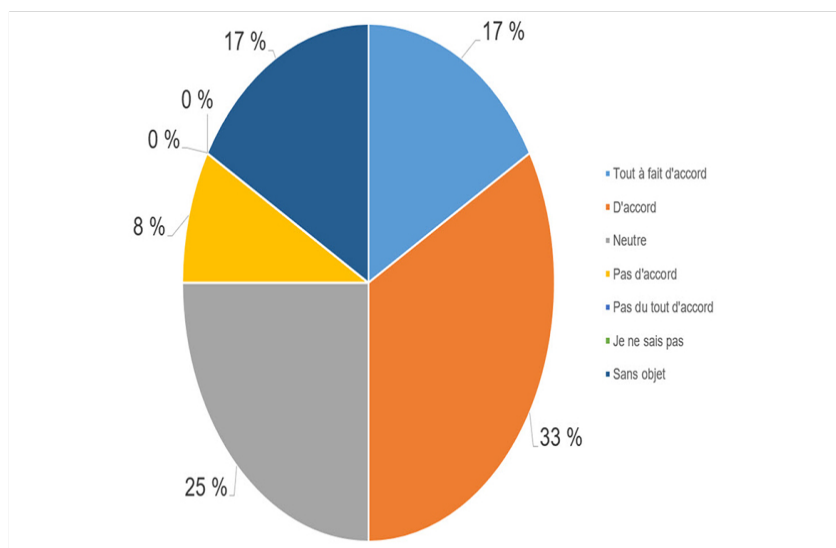
En tenant compte des résultats ultimes du programme du FISS et du groupe dans son ensemble, le sondage a recueilli les perceptions de partenaires internes et externes relativement à l'augmentation de l'accès aux services de santé conformément au délai prévu dans le cadre de l'évaluation, et pour déterminer s'ils attribuent la prestation de soins d'excellente qualité au FISS.

Figure 13 – L'accès à des services de santé globaux a augmenté entre 2015 et 2020



Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

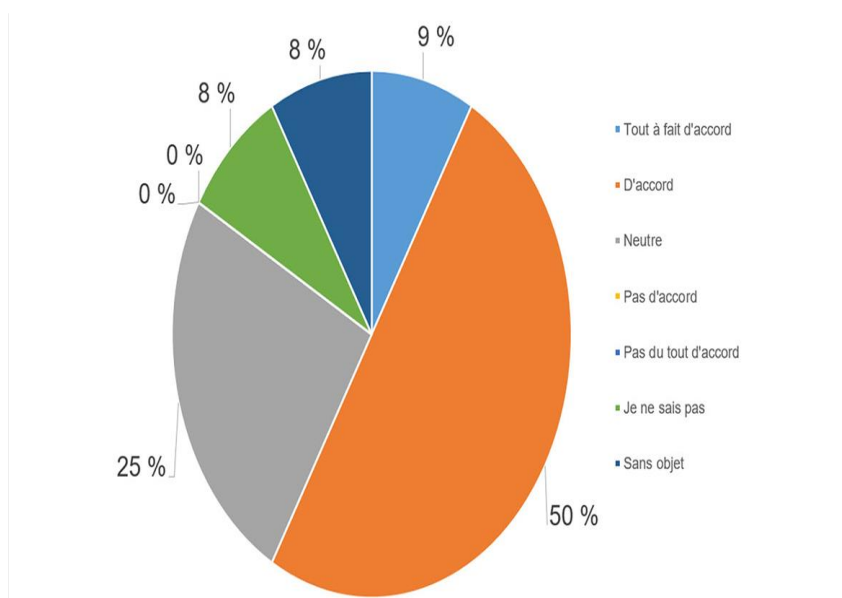
Figure 14 – La qualité des soins est excellente grâce au FISS



De plus, on a demandé aux partenaires d'indiquer s'ils percevaient un niveau élevé de satisfaction à l'égard des services offerts par l'entremise du FISS. Les résultats étaient principalement positifs, la majorité des répondants ayant indiqué qu'ils étaient d'accord (50 %) ou tout à fait d'accord (9 %), et les autres qu'ils étaient neutres (25 %) ou que la question n'était pas pertinente ou qu'ils n'étaient pas en mesure d'y répondre (8 %).

Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

Figure 15 – Il y a un niveau élevé de satisfaction à l'égard des services offerts par l'intermédiaire du FISS



Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

Les données du programme, les entrevues avec les principaux intervenants et les résultats du sondage indiquent que le FISS a apporté de la valeur aux Premières Nations et aux Inuit et qu'il a contribué à l'amélioration de l'accès à des soins de qualité. Cependant, il existe des obstacles importants qui empêchent le programme d'atteindre son plein potentiel.

CONSTATATION 10 : Le PAQA a appuyé l'agrément de 34 % des centres de santé des Premières Nations, de 10 % des postes de soins infirmiers des Premières Nations et de 91 % des centres de traitement des Premières Nations à l'échelle nationale en 2021. La demande

pour le programme dépasse sa capacité de financement depuis que le financement a cessé d'augmenter, en 2017-2018.

Résultats du PAQA

Immédiats	Les programmes et services de santé sont agréés.
Intermédiaires	L'accès à des services de santé de qualité est amélioré pour les Premières Nations et les Inuit.
Ultimes	Les Premières Nations et les Inuit conçoivent, offrent et gèrent leurs programmes et services de santé, les communautés sont en meilleure santé et les peuples autochtones disposent d'une infrastructure fiable et durable.

En tenant compte de l'objectif du PAQA de faire progresser l'agrément des programmes et des services de santé au moyen de l'offre de financement, cette évaluation a mesuré les progrès réalisés par le programme vers l'atteinte des objectifs énoncés. L'agrément est un processus continu d'amélioration de la qualité qui met l'accent sur la sécurité de la communauté, des clients et du personnel et qui appuie l'uniformisation des normes de santé. Les centres de santé peuvent tirer parti d'une approche collaborative pour élaborer une feuille de route décrivant ce qui fonctionne bien et ce qui peut être amélioré, y compris des façons novatrices d'atteindre l'excellence du service⁷⁹.

Bien qu'il soit géré par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de SAC, le PAQA est exécuté en partenariat avec les organismes d'agrément nationaux, y compris Agrément Canada et le Conseil d'accréditation canadien. Par conséquent, les données sur le programme sont recueillies au moyen de rapports annuels élaborés par ces partenaires, ainsi que de données internes et de sources externes, comme l'Enquête régionale sur la santé.

Selon le PIR du PSGQIS, le rendement du PAQA est mesuré en fonction des indicateurs suivants :

- le pourcentage de postes de soins infirmiers et de centre de santé agréés ou en voie de l'être;
- le pourcentage de programmes et de services de santé agréés qui respectent 90 % ou plus des normes de sécurité de l'organisme d'agrément;
- le pourcentage d'adultes des Premières Nations qui font partie de communautés dont les programmes et les services de santé sont agréés et qui jugent que la qualité des services de santé dans leur communauté est « excellente » ou « bonne ».

Comme il a été mentionné précédemment, la collecte de données selon les PIR a été jugée principalement incohérente entre 2015 et 2021. Toutefois, selon le Rapport sur les résultats ministériels de SAC, le PAQA, qui faisait officiellement l'objet d'un rapport dans le cadre du programme-cadre de la PSGQIS, a constamment atteint son objectif de 10 % de postes en soins infirmiers des Premières Nations et des Inuit agréés ou en processus d'agrément depuis 2019-2020⁸⁰.

De plus, les données du programme examinées ont mis en évidence les progrès réalisés en ce qui concerne le nombre d'établissements et d'organisations de santé des Premières Nations et des Inuit

⁷⁹ Agrément Canada. 13 juillet 2020. *Renseignements destinés au public – Améliorer la qualité des services de santé au Canada*. Extrait de <https://accreditation.ca/ca-fr/pour-le-public/?acref=self>

⁸⁰ InfoBase du GC. (23 janvier 2023). www.tbs-sct.canada.ca. Consulté à l'adresse <https://www.tbs-sct.canada.ca/ems-sgd/edb-bdd/index-fra.html#infographic/program/INDSC-BXP03/results>.

qui sont agréés ou en voie de l'être. Ces données sont présentées dans le tableau 6 et ventilées par région⁸¹.

Tableau 6 – Nombre d'établissements et de centres de santé des Premières Nations qui sont agréés ou en voie de l'être par région

En date de 2021	Centres de santé des PN		Postes de soins infirmiers des PN		Centres de traitement des PN	
	N ^{bre} d'agréments	N ^{bre} d'organismes	N ^{bre} d'agrément	Nombre de postes	N ^{bre} d'agrément	N ^{bre} de centres
C.-B.	33	163	0	10	9	9
Alb.	12	45	3	5	7	7
Man.	33	42	2	22	5	5
Sask.	44	69	2	12	8	9
Ont.	15	105	0	29	11	11
Qué.	12	16	2	11	5	6
Atl.	8	34	-	-	5	6
TOTAL	159	474	9	89	49	54
	34 %		10 %		91 %	

La valeur de l'agrément a été soulignée à maintes reprises au cours des entrevues avec les partenaires internes et externes. Il a été mentionné que la participation au programme était une source de fierté pour les organismes – ceux qui sont agréés sont considérés comme des chefs de file au sein de la communauté.

Un examen de la documentation a également démontré l'incidence de l'agrément sur la capacité des Premières Nations et des Inuit à gérer les services de santé. Par exemple, une entrevue publiée avec une infirmière en pratique avancée du service de santé d'Esk'etemc a permis de constater que le programme d'agrément de base d'Agrément Canada a permis au service de santé d'Esk'etemc d'évaluer ses services de soins de santé à un niveau systémique. L'exposition aux normes d'Agrément Canada a permis au Ministère de voir comment les services de santé de la Première Nation se comparent à ceux d'autres fournisseurs de soins de santé des Premières Nations et autres. Il a été souligné qu'« on met vraiment l'accent sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité en tant que processus »⁸².

Un sondage mené en 2020 par les gestionnaires et responsables régionaux de l'agrément de SAC ainsi que par des représentants de l'ASPN a permis d'évaluer si l'agrément avait renforcé la réponse des organisations à la COVID-19. Une proportion de 89 % des répondants a indiqué des améliorations importantes dans leur capacité de répondre efficacement à la pandémie⁸³.

⁸¹Tableau de bord des agréments de SAC, septembre 2020 [Examen de la documentation, réf. 2.7]; Rapport annuel 2020-2021 de la DGSPNI de SAC [Examen de la documentation, réf. 3.2]; Rapport final sur les données d'agrément de SAC, avril 2021 [Examen de la documentation, réf. 3.5]

⁸² Agrément Canada. 23 mai 2019. L'agrément est un « processus d'une valeur inestimable » que les communautés des Premières Nations devraient entreprendre, affirme une infirmière en pratique avancée d'Esk'etemc. <https://accreditation.ca/news/accreditation-invaluable-to-first-nations-communities/>

⁸³ Services aux Autochtones Canada; Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Données probantes appuyant l'agrément pour lutter contre la COVID-19 – y compris la vaccination dans les communautés, 31 mars 2021 [Examen de la documentation, réf. 4.4.05]

Résultats du PIC

Immédiats	Les Premières Nations et les fournisseurs de soins de santé ont accès à des technologies de cybersanté.
Intermédiaires	Amélioration de l'accès à des services de santé de qualité pour les Premières Nations.
Ultimes	Les Premières Nations et les Inuit conçoivent, offrent et gèrent leurs programmes et services de santé.

Bien que la valeur du PAQA ait été bien comprise et soulignée lors des entrevues avec les principaux intervenants, les partenaires ont fait remarquer que la demande a dépassé la capacité du programme en raison d'un financement très limité.

Selon la documentation interne du programme, le montant demandé pour l'agrément dans le cadre du financement n'a pas été renouvelé en 2017-2018, ce qui a entraîné un déficit de financement de 2,1 millions de dollars en 2021-2022⁸⁴. Un examen des données du programme a révélé qu'en septembre 2021, plus de 24 organismes supplémentaires⁸⁵ étaient sur la liste d'attente pour l'agrément. Par conséquent, malgré ce niveau remarquable de succès et l'intérêt croissant des Premières Nations et des Inuit, les partenaires ont souligné les limites découlant de l'insuffisance du financement et du soutien offerts par SAC.

Cette situation a une incidence importante sur le potentiel de réussite du programme, car le financement est essentiel pour appuyer sa croissance ainsi que le maintien de l'agrément lui-même. Les représentants des Premières Nations ont insisté sur le fait que des ressources considérables, tant humaines que financières, sont nécessaires pour maintenir les exigences en matière d'agrément, ce qui entraîne des défis supplémentaires quant à la durabilité du maintien de l'agrément.

Les partenaires internes ont exprimé leur frustration face à l'absence de reconnaissance par le Ministère de la valeur du programme d'agrément et de son incidence sur le renforcement de la capacité des Premières Nations et des Inuit à s'approprier leurs services.

CONSTATATION 11 : Depuis 2016-2017, le PIC a augmenté de 15 % le nombre de séances de télésanté offertes (lequel est passé de 15 682 à 18 106). La réduction du financement a créé un obstacle à l'amélioration de la connectivité et de l'accès aux systèmes de dossiers de santé numériques.

L'efficacité du PIC a été mesurée dans le cadre de la présente évaluation en fonction des objectifs énoncés du programme visant à accroître l'accès aux technologies de cybersanté.

Selon le PIR du PIC, le rendement du programme est mesuré par rapport aux indicateurs clés suivants :

- le pourcentage de Premières Nations qui utilisent Panorama ou un système provincial intégré d'information sur la santé publique équivalent;
- le pourcentage de séances de télésanté clinique offertes aux clients des Premières Nations;
- le nombre de systèmes de dossiers de santé numériques (p. ex. DME) dans les communautés;

⁸⁴ Services aux Autochtones Canada; Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Agrément et soins sécuritaires de haute qualité, 29 septembre 2021 [Examen de la documentation, réf. 4.4.02]

⁸⁵ Services aux Autochtones Canada; Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Données probantes appuyant l'agrément pour lutter contre la COVID-19 – y compris la vaccination dans les communautés, 31 mars 2021 [Examen de la documentation, réf. 4.4.05]

- le pourcentage de Premières Nations disposant d'une connectivité à large bande améliorée (vitesse égale ou supérieure à 5 Mbit/s);
- le nombre de séances de télésanté offertes dans chaque région par type (clinique, éducative, administration);
- le nombre de communautés dotées de systèmes de santé intégrés aux systèmes provinciaux (par type et par région);
- le nombre de communautés qui ont accès aux technologies à distance.

Dans le cadre des consultations avec les partenaires des programmes, on a constaté que, malgré l'inclusion des indicateurs ci-dessus dans le PIR du PIC, un seul indicateur fait l'objet d'un suivi régulier par le programme, et un autre indicateur unique fait l'objet d'un suivi par le Ministère.

Selon le Rapport sur les résultats ministériels de SAC, le PIC n'a pas atteint la cible de 320 systèmes de dossiers de santé numériques dans les communautés des Premières Nations, le nombre établi au cours des exercices 2019-2020 et 2020-2021 étant de 300⁸⁶.

Toutefois, les données du programme ont fourni des résultats pour l'indicateur en indiquant « le nombre de séances de télésanté offertes » au cours de la période d'évaluation, comme le montre le tableau 3.

Tableau 7 – Nombre de séances de télésanté offertes par types de séances

Type de séances de télésanté	Nombre de séances de télésanté offertes ⁸⁷									
	2016-2017		2017-2018		2018-2019		2019-2020		2020-2021	
	Cible	Résultats réels	Cible	Résultats réels	Cible	Résultats réels	Cible	Résultats réels	Cible	Résultats réels
Clinique	S. O.	10 501	11 026	13 059	13 712	14 092	14 398	14 922	15 117	15 073
Éducative	S. O.	2 171	2 280	2 757	2 895	3 260	3 040	3 059	3 192	2 582
Admin.	S. O.	1 592	1 672	1 134	1 191	1 055	1 250	1 317	1 313	451
Total	14 975	15 682	14 977	16 950	17 798	18 407	18 687	19 298	19 622	18 106

À l'exception de l'exercice 2020-2021, le PIC a constamment dépassé la cible établie, soit une augmentation annuelle de 5 % du nombre de séances offertes par rapport à l'exercice précédent. On a indiqué que cet écart était probablement attribuable aux répercussions de la pandémie sur l'accès aux communautés et à la disponibilité des ressources pour la prestation de séances.

Des partenaires internes et externes ont indiqué que le PIC a joué un rôle déterminant dans le soutien des Premières Nations pendant la pandémie, facilitant l'innovation et des soins de meilleure qualité. Les partenaires des programmes ont souligné des progrès importants dans l'atteinte de leurs objectifs visant à accroître l'accès aux services de santé au moyen d'initiatives comme la télémédecine et les soins virtuels (p. ex. « médecin d'un jour »). De plus, les personnes interrogées ont souligné un effort important pour élaborer la stratégie de connectivité (p. ex. financement pour améliorer la connectivité au sein des centres de données des Premières Nations). Les entrevues ont révélé que les technologies de cybersanté sont plus en demande que jamais et que le soutien fourni jusqu'à maintenant s'est révélé essentiel pour

⁸⁶ InfoBase du GC. (2023). Sommaire du Rapport sur les résultats ministériels. www.tbs-sct.canada.ca. <https://www.tbs-sct.canada.ca/ems-sgd/edb-bdd/index-fra.html#infographic/program/INDSC-BXP02/intro>

⁸⁷ Rapport récapitulatif de fin d'année – Administration centrale de la télésanté (7 septembre 2022). [Examen de la documentation, réf. 4.7.01]

améliorer l'accès aux services de soins de santé, y compris les programmes de santé mentale et de mieux-être.

Des entretiens avec des partenaires internes et externes ont permis de constater que les membres des communautés des Premières Nations éprouvent souvent des difficultés en matière de connectivité, de gestion des données, de protection des renseignements personnels, de cybersécurité et d'entretien des systèmes. On souligne que le financement actuel est insuffisant pour relever ces défis et couvrir les frais d'entretien à long terme et la hausse des coûts des matériaux. De plus, le manque de personnel adéquatement formé pour entretenir et exploiter les systèmes numériques constitue un obstacle majeur à l'atteinte des objectifs énoncés.

ÉTUDE DE CAS 5

Organisation : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Région : Québec et Labrador | Orientation du programme : Planification de la santé; FISS¹, PIC

La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador continue de réaliser des progrès considérables dans l'atteinte des objectifs du groupe, y compris la mise en place d'un réseau d'information, grâce aux activités menées dans les domaines suivants :

- la cybersécurité;
- le développement et/ou la mise en œuvre de systèmes de gestion de l'information;
- la téléophtalmologie;
- le dossier médical électronique.

De plus, l'organisation participe au développement et à la mise en œuvre de la télésanté, ainsi qu'au déploiement, à la mise en œuvre et à la programmation de services de qualité en matière de technologie de l'information et de sécurité. L'organisation continue de mettre de l'avant les principes de protection des données de l'OCAP® (propriété, contrôle, accès et possession), en accordant la priorité à la confidentialité, à l'accessibilité et à la vérifiabilité des données. Elle a également le mandat d'élaborer une stratégie régionale sur la gouvernance de l'information, en collaboration avec les communautés et les organisations des Premières Nations au Québec.

¹ Le financement provient du FISS, mais il est immédiatement versé aux Premières Nations.

Tout au long des entrevues, les partenaires ont mis l'accent sur la complexité du paysage de la cybersanté, en soulignant les divers niveaux associés à la réalisation des avantages de cette technologie, de la mise en œuvre de la technologie au déploiement des systèmes. Cependant, il a été souligné régulièrement que la pandémie a facilité d'importantes améliorations dans le déploiement, la mise en œuvre et l'adoption des soins virtuels et de la télémédecine. De plus, les partenaires ont souligné que la cybersanté a joué un rôle de premier plan dans le soutien du déploiement de la vaccination et du suivi des efforts pendant la pandémie de COVID-19, en renforçant les capacités de gestion et de transfert de données.

CONSTATATION 12 : Depuis 2015-2016, le programme des RHS a permis d'accroître le nombre d'Autochtones qui étudient et travaillent dans le domaine des soins de santé, de financer la formation de plus de 4 690 travailleurs de la santé communautaires et d'accorder plus de 3 725 bourses à des étudiants autochtones qui étudient dans le domaine de la santé.

Résultats du programme des RHS

Immédiats	Les Autochtones participent à des études postsecondaires menant à des carrières en santé; les travailleurs communautaires sont formés pour améliorer la qualité et l'uniformité des services de santé
Intermédiaires	Un meilleur accès à des services de santé qui sont adaptés à la culture, sûrs et de grande qualité.
Ultimes	Les Premières Nations et les Inuit conçoivent, offrent et gèrent leurs programmes et services de santé, les communautés sont en meilleure santé et les peuples autochtones disposent d'une infrastructure fiable et durable.

Compte tenu de l'objectif du programme des RHS d'augmenter le nombre d'étudiants autochtones poursuivant des études dans une profession de la santé ainsi que le nombre de travailleurs de la santé communautaires, cette évaluation a mesuré les progrès réalisés à l'égard de cet objectif depuis 2015. Le programme des RHS est divisé en deux volets, chacun ayant son propre objectif. Bien qu'il soit géré par la DGSPNI, le premier volet de ce programme est exécuté en partenariat avec Indspire, tandis que le deuxième est appuyé par des partenaires de mise en œuvre comme l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations (AGSPN) et d'autres entités.

Selon le PIR des RHS, le rendement du programme est mesuré par rapport aux indicateurs clés suivants :

- le nombre de bourses d'études et de bourses offertes aux étudiants inuits, métis et des Premières Nations dans un domaine d'études lié à la santé;
- le pourcentage de boursiers autochtones qui travaillent dans le secteur de la santé dans une communauté des Premières Nations ou inuite;
- le pourcentage de régions offrant de la formation aux travailleurs communautaires utilisant le financement de l'IRHSA;
- le pourcentage de membres des Premières Nations, d'Inuit et de Métis qui travaillent dans le secteur de la santé au Canada;
- le nombre de travailleurs communautaires qui ont terminé leur formation au cours de l'exercice.

Conformément aux autres programmes du groupe, un examen des données du programme a révélé un suivi incohérent des principaux points de données tout au long de la période d'évaluation. Toutefois, les données ont été fournies et examinées par rapport à la plupart des indicateurs susmentionnés. Les résultats sont décrits pour chaque volet ci-dessous.

Volet 1 : Bourses

Un examen des données du programme Indspire pour l'exercice 2019-2020⁸⁸ indique que des bourses ont été accordées à plus de 700 bénéficiaires autochtones, dont 49 % étaient des membres inscrits des Premières Nations, 3 % des membres non inscrits des Premières Nations, 4 % des Inuit et 44 % des Métis. Les bourses accordées en 2019-2020 totalisaient 2 550 000 \$⁸⁹.

⁸⁸ À compter de l'exercice 2020-2021, le volet 1 du programme des RHS a été transféré à Emploi et Développement social Canada (EDSC), qui en assurera l'administration et la gestion.

⁸⁹ Rapport final de Santé Canada 2019-2020, avril 2020 [Examen de la documentation, réf. 4.7.04]

Tableau 8 – Nombre de bourses d'études en santé attribuées de l'exercice 2015-2016 à l'exercice 2019-2020

Nombre de bourses d'études pratiques en santé attribuées de l'exercice 2015-2016 à l'exercice 2019-2020 ⁹⁰		
Exercice	Nombre de bourses allouées	Montants alloués
2015-2016	764	2 405 072 \$
2016-2017	709	2 380 113 \$
2017-2018	901	2 556 000 \$
2018-2019	646	2 550 000 \$
2019-2020	705	2 550 000 \$
Sur une période de 5 ans	3 725	12 441 185 \$

Tableau 9 – Nombre de bénéficiaires d'une bourse des exercices 2015-2016 à 2019-2020, par identité autochtone

Nombre de bénéficiaires d'une bourse des exercices 2015-2016 à 2019-2020, par identité autochtone ⁹¹				
Exercice	Nbre de bénéficiaires inscrits des Premières Nations	Nbre de bénéficiaires non inscrits des Premières Nations	Nbre de bénéficiaires inuits	Nbre de bénéficiaires métis
2015-2016	359	31	15	359
2016-2017	340	35	21	312
2017-2018	441	38	29	393
2018-2019	290	26	28	302
2019-2020	348	21	29	307
Sur une période de 5 ans	1 778	151	122	1 673

Le PIR du programme des RHS a établi un objectif d'attribution de plus de 650 bourses, qui a été dépassé chaque année, à l'exception de l'exercice 2018-2019⁹². Plus de 3 725 bourses ont été accordées à des étudiants autochtones dans des domaines liés à la santé depuis 2015.

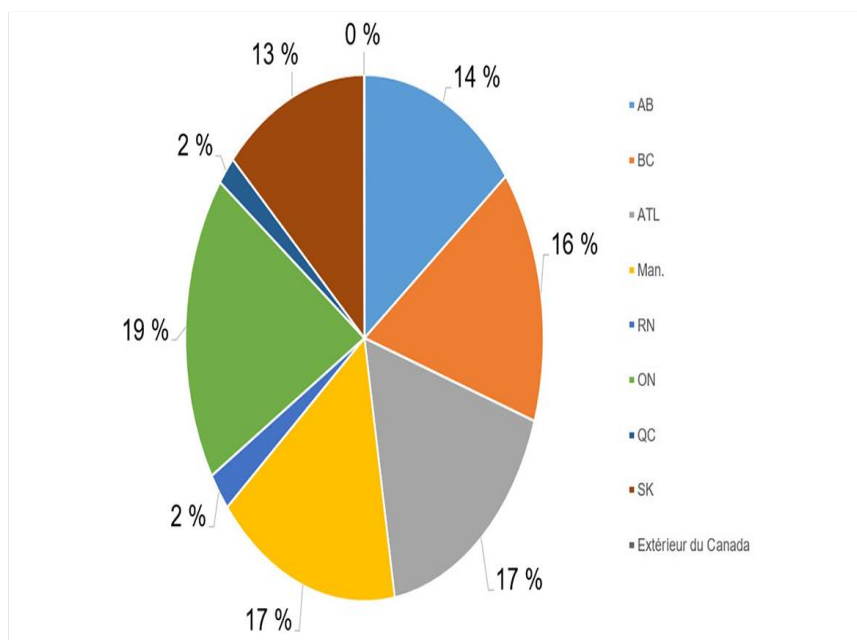
Les données sur le programme qui ont été reçues de l'exercice 2017-2018 à l'exercice 2019-2020 ont permis de mieux comprendre les profils des bénéficiaires du programme des RHS, ainsi que sa portée géographique.

⁹⁰ Évaluation par Services aux Autochtones Canada de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone de l'exercice 2013-2014 à l'exercice 2017-2018; Rapport de Santé Canada 2017-2018 [Examen de la documentation, réf. 4.7.2]; Rapport de Santé Canada 2018-2019 [Examen de la documentation, réf. 4.7.3]; Rapport de l'IRHSHA 2019-2020 [Examen de la documentation, réf. 4.7.4]

⁹¹ Évaluation par Services aux Autochtones Canada de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone de 2013-2014 à 2017-2018; Rapport de Santé Canada 2017-2018 [Examen de la documentation, réf. 4.7.2]; Rapport de Santé Canada 2018-2019 [Examen de la documentation, réf. 4.7.3]; Rapport de l'IRHSA 2019-2020 [Examen de la documentation, réf. 4.7.4]

⁹² PIP du programme des RHS, 2020 [Examen de la documentation. Réf. 5.15]

Figure 16 – Répartition des bénéficiaires de bourses par région

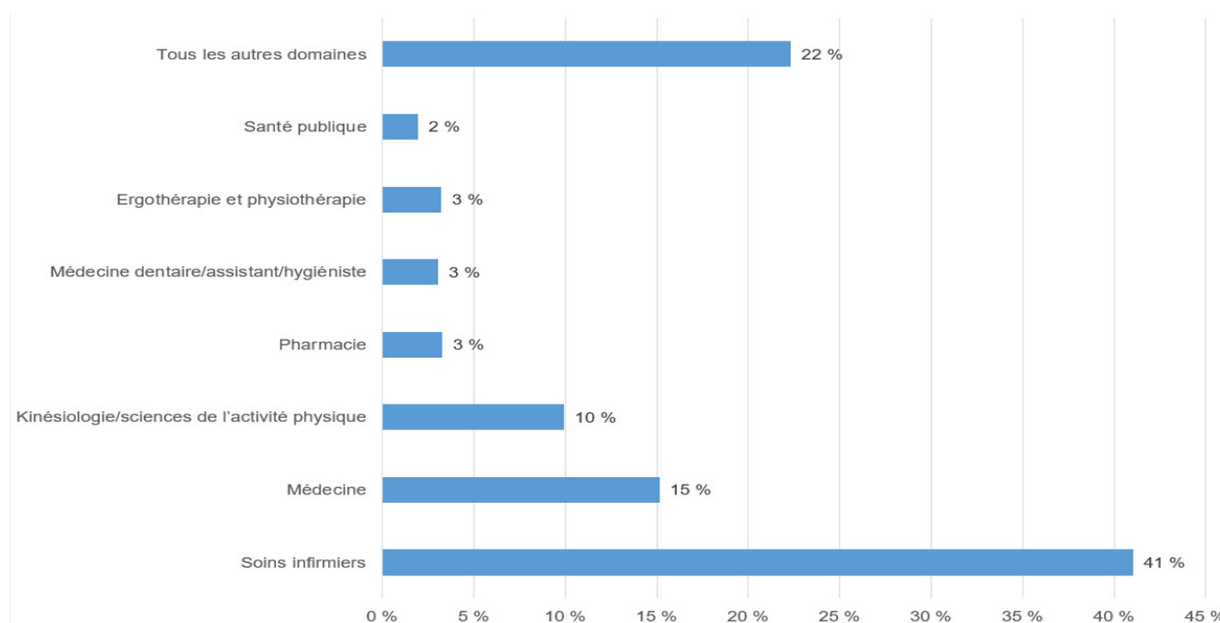


Par exemple, comme l'illustre la figure 16, les bourses accordées au cours de la période de trois ans allant de 2017 à 2020 l'ont été à des récipiendaires principalement dans les régions de l'Ontario, du Manitoba, de l'Atlantique et de la Colombie-Britannique, suivies de près par l'Alberta et la Saskatchewan⁹³.

De plus, les données indiquaient que les programmes d'études les plus courants dans le domaine de la santé pour les bénéficiaires du programme étaient les soins infirmiers, la médecine et la kinésiologie⁹⁴.

Source : Données du programme Indspire, extraits en 2022.

Figure 17 – Répartition des bénéficiaires de bourses par programme d'études



Source : Données du programme Indspire, extraits en 2022.

⁹³ Évaluation par Services aux Autochtones Canada de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone de l'exercice 2013-2014 à l'exercice 2017-2018; Rapport de Santé Canada 2017-2018 [Examen de la documentation, réf. 4.7.2]; Rapport de Santé Canada 2018-2019 [Examen de la documentation, réf. 4.7.3]; Rapport de l'IRHSHA 2019-2020 [Examen de la documentation, réf. 4.7.4]

⁹⁴ Évaluation par Services aux Autochtones Canada de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone de 2013-2014 à 2017-2018; Rapport de Santé Canada 2017-2018 [Examen de la documentation, réf. 4.7.2]; Rapport de Santé Canada 2018-2019 [Examen de la documentation, réf. 4.7.3]; Rapport de l'IRHSA 2019-2020 [Examen de la documentation, réf. 4.7.4]

Indspire mène des enquêtes périodiques dans le but d'évaluer dans quelle mesure le programme favorise l'atteinte des résultats escomptés en ce qui a trait au soutien de l'éducation des Autochtones et de l'emploi subséquent dans les domaines liés aux soins de santé. En 2017, les bénéficiaires de bourses ont déclaré un taux d'emploi de 42 %, et 53 % des diplômés ont poursuivi des études postsecondaires⁹⁵.

Selon ces mêmes rapports, en 2015, 80 % des diplômés de programmes liés à la santé occupaient des postes au service des populations autochtones. En 2017, les données n'ont pas été ventilées par domaine d'études, toutefois, parmi tous les bénéficiaires de bourses, 61 % des diplômés offraient des services aux populations autochtones.

Comme le financement n'a pas augmenté au fil des ans, le nombre de bénéficiaires de bourses a diminué depuis l'exercice 2015-2016, une tendance qui s'est poursuivie après 2018.

Dans l'ensemble, les bourses ont répondu à 20 % des besoins financiers, avec un écart de plus de 10 M\$ entre les montants demandés et les montants accordés au cours des cinq derniers exercices⁹⁶.

Les partenaires ont indiqué qu'il n'y avait pas eu de hausse marquée du nombre de membres des Premières Nations travaillant dans le système de soins de santé, soulignant que les membres des communautés des Premières Nations n'ont pas la capacité requise pour consacrer du temps à la formation et au perfectionnement professionnel.

Dans les entrevues menées avec les représentants de programmes de SAC, on a fait remarquer que le programme des RHS ne s'attaquait qu'à une partie des défis à relever en offrant une éducation aux élèves des Premières Nations, inuits et métis et en espérant qu'ils retournent dans leurs communautés pour répondre aux besoins en matière de santé. Cependant, d'après les personnes interrogées, l'écart réside dans le manque de fonds disponibles à allouer pour relever les défis actuels au chapitre de la dotation en personnel infirmier (p. ex. la capacité d'offrir des mesures d'adaptation, la rémunération), en médecins et en autres travailleurs de la santé dans la communauté.

De plus, les personnes interrogées ont souligné que le programme actuel soutient les étudiants autochtones en leur offrant du financement pour qu'ils puissent poursuivre des études ou exercer une profession; cependant, il n'y a pas d'évaluation de l'efficacité des programmes choisis. Cela indique une possibilité d'amélioration, compte tenu des besoins cernés en ce qui a trait au niveau de formation en santé requis, tant sur le plan médical que culturel.

Selon les entrevues, le financement limité offert dans le cadre du programme se traduit par une incapacité à répondre à la demande malgré le désir des étudiants autochtones de poursuivre des études en soins de santé.

Volet 2 : Formation des travailleurs communautaires

⁹⁵ Indspire. (Février 2015). Creating Positive Outcomes: Graduation and Employment Rates of Indspire's Financial Award Recipients. Consulté à l'adresse <https://indspire.ca/wp-content/uploads/2019/10/Indspire-Creating-Positive-Outcomes-REPORT-Feb2015.pdf>

⁹⁶ Rapport final de Santé Canada 2017-2018, 2018 [Examen de la documentation. Réf. 4.7.0.2]; Rapport final de Santé Canada 2018-2019, 2019 [Examen de la documentation. Réf. 4.7.0.3]; Rapport final de l'IRHSA 2019-2020, 2020 [Examen de la documentation. Réf. 4.7.0.4]

Le deuxième volet du programme des RHS offre du financement aux bénéficiaires afin de leur permettre de suivre une formation communautaire en soins de santé à l'appui des résultats immédiats, intermédiaires et ultimes du programme.

Un examen des données du programme des RHS tout au long de la période d'évaluation indique des progrès vers les résultats dans le cadre du deuxième volet, la formation ayant été offerte à près de 4 700 travailleurs communautaires depuis l'exercice 2015-2016.

Tableau 10 – Formation offerte aux travailleurs communautaires autochtones financée par l'intermédiaire du programme des RHS, de l'exercice 2015-2016 à l'exercice 2020-2021⁹⁷

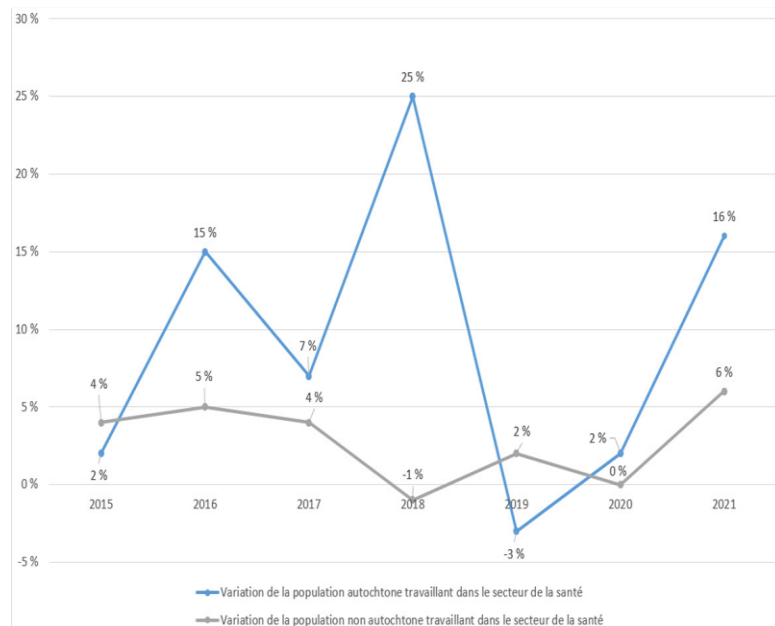
Formation offerte aux travailleurs communautaires autochtones financée par l'intermédiaire du programme des RHS, de l'exercice 2015-2016 à l'exercice 2020-2021 ⁹⁷									
Nombre total de travailleurs qui ont suivi la formation	Par province	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	Total	RE %
	Alb.	68	75	75	60	50	75	403	9 %
	Atl.	125	82	100	150	75	130	662	14 %
	Qué.	42	68	58	68	42	60	338	7 %
	Ont.	75	75	82	86	68	82	468	10 %
	Man.	185	169	153	196	100	190	993	21 %
	RN	112	78	86	115	150	119	660	14 %
	Sask.	224	200	180	196	142	224	1166	25 %
À l'échelle nationale		831	747	734	871	627	880	4690	

Le programme des RHS a atteint l'objectif de fournir de la formation dans 100 % des régions du Canada d'ici 2018.

L'un des principaux indicateurs suivis dans le cadre du programme des RHS est le pourcentage d'Autochtones qui travaillent dans le secteur de la santé au Canada. Depuis 2019-2020, la cible établie est de 2,9 %, et elle est dépassée de manière constante pour s'établir à 3 %. En raison de ce succès continu, la cible pour 2022-2023 a été augmentée à 3,3 %. Bien que l'objectif maintenu de 3 % et la hausse prometteuse du nombre d'Autochtones travaillant dans le domaine de la santé depuis 2015 soient des résultats positifs, le cadre de mesure du rendement existant ne comprend pas le niveau d'analyse nécessaire pour conclure que le programme des RHS joue un rôle important dans l'augmentation de ces chiffres.

⁹⁷ Outil de suivi de la formation de l'IRHSA [Examen de la documentation. Réf. 4.7.0.6]

Figure 18 – Variation annuelle en % du nombre d'Autochtones et de non-Autochtones travaillant dans le secteur des soins de santé au Canada



Un examen de la documentation a révélé que le nombre d'Autochtones travaillant dans le domaine de la santé a augmenté considérablement entre 2015 et 2021, passant de 28 300 à 50 200 (77 %). Comme l'illustre la figure 18⁹⁸, ce nombre a fluctué considérablement d'une année à l'autre, tandis que le nombre de non-Autochtones dans le secteur de la santé est comparativement plus stable.

Malgré cette augmentation, les Autochtones ne représentent que 3 % de la main-d'œuvre du secteur de la santé au Canada, alors qu'ils représentaient 5 % de la population canadienne totale (en 2021)⁹⁹. Les

Source : Statistique Canada, 2023

personnes interrogées ont également souligné les défis liés à la disponibilité et à la durabilité du financement, de même qu'à la capacité des membres des communautés des Premières Nations et des Inuit de participer à des activités de formation et de perfectionnement professionnel. De plus, il a été noté que les paramètres du type de formation que les participants au programme peuvent suivre (c.-à-d. formation pour les travailleurs non réglementés et les travailleurs communautaires en promotion de la santé et prévention des maladies) peuvent être restrictifs et limiter les possibilités d'acquérir une expertise pertinente pour répondre aux principaux besoins en matière de santé dans les communautés des Premières Nations et des Inuit.

EN	FR
Census Data Annual % Change in Number of Indigenous peoples and Non-Indigenous People Working in Health Care in Canada	Données de recensement Variation annuelle en % du nombre d'Autochtones et de non-Autochtones travaillant dans le secteur des soins de santé au Canada (2015-2021)
Change in Indigenous Population in Health Occupation	Variation de la population autochtone travaillant dans le secteur de la santé
Change in Non-Indigenous Population in Health Occupation	Variation de la population non autochtone travaillant dans le secteur de la santé

⁹⁸ Gouvernement du Canada, Statistique Canada (6 janvier 2023). *Emploi selon le groupe autochtone et la profession*. [www150.statcan.gc.ca](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410010401&pickMembers%5B0%5D=4.1&pickMembers%5B1%5D=5.1&cubeTimeFrame.startYear=2015&cubeTimeFrame.endYear=2021&referencePeriods=20150101%2C20210101&request_locale=fr). Consulté à l'adresse https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410010401&pickMembers%5B0%5D=4.1&pickMembers%5B1%5D=5.1&cubeTimeFrame.startYear=2015&cubeTimeFrame.endYear=2021&referencePeriods=20150101%2C20210101&request_locale=fr

⁹⁹ Gouvernement du Canada, Statistique Canada. (21 septembre 2022). *Le Quotidien – La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance*. [www150.statcan.gc.ca](https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/dq220921a-fra.htm). Consulté à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/dq220921a-fra.htm>

30%	30 %
-----	------

Au cours des entrevues, on a fait remarquer que le cycle annuel de décaissement du financement est mal aligné avec l'approche pluriannuelle qui sous-tend souvent les plans, ce qui crée des difficultés dans la capacité des Premières Nations et des Inuit d'augmenter de façon durable le nombre de travailleurs communautaires. Un intervenant a laissé entendre que la restriction du financement réservé exclusivement aux travailleurs communautaires a des répercussions positives et négatives sur l'atteinte des objectifs, étant donné que les petites communautés pourraient être en mesure de former du personnel externe et de l'intégrer plus efficacement à la communauté que de former le nombre limité de membres qui ne souhaitent peut-être pas suivre une formation en soins de santé.

ÉTUDE DE CAS 6

Organisation : Première Nation d'Onion Lake

Région : Saskatchewan et Alberta | Orientation du programme : Planification de la santé; FISS; PES; PIC

L'un des grands défis que doit relever la Première Nation est le volume restreint de ressources humaines en santé qui sont en mesure de fournir des services de santé et qui sont disponibles pour fournir ces services, y compris le manque d'effectifs de réserve qui peuvent soutenir l'équipe de base lorsqu'une situation exige des ressources supplémentaires. La charge de travail des professionnels de la santé qui fournissent des services aux personnes de --- est extraordinairement élevée, un seul médecin fournissant des soins à l'ensemble des 7 006 personnes. Dans la mesure du possible, la Première Nation s'est adaptée pour créer des solutions de contournement, mais il ne s'agit pas de solutions durables et à long terme qui permettent de garder les soins de santé des Premières Nations à l'avant-plan. Par exemple, lorsque --- n'a pas été en mesure d'obtenir le financement nécessaire pour ajouter des médecins, la Première Nation a plutôt utilisé le financement pour embaucher des infirmières praticiennes afin d'améliorer les services médicaux existants. Si la Première Nation réussit à obtenir du financement et, par la suite, à recruter des ressources, elle fait face à d'autres défis liés à la rétention du personnel. La norme de rémunération à l'acte du système de santé n'est pas considérée comme attrayante pour les praticiens, tandis que la lourde charge de travail et les ressources humaines limitées pourraient entraîner l'épuisement professionnel et empêcher les fournisseurs de soins de santé de prendre congé, l'ensemble de ces facteurs contribuant aux défis associés au maintien en poste des fournisseurs de services pour la Première Nation.

Un intervenant interne a signalé que le Ministère est souvent obligé d'embaucher des infirmières d'organismes tiers pour combler les pénuries actuelles de ressources humaines dans les communautés des Premières Nations et des Inuit, mais que ces ressources sont rarement formées sur le plan culturel. De plus, un responsable de programme a fait remarquer qu'il serait avantageux pour le gouvernement fédéral d'investir dans les possibilités d'éducation précoce afin d'accroître la sensibilisation et l'intérêt à l'égard des cheminements de carrière en soins de santé.

Le personnel régional de SAC a souligné une occasion d'accroître le niveau de promotion et de sensibilisation des programmes, afin d'accroître la participation au programme en clarifiant les types d'éducation et de formation qui sont admissibles. On suggère que le programme explore la mise en œuvre d'un guide national décrivant ces paramètres.

CONSTATATION 13 : Le PES a atteint un taux favorable de 84 % des installations des Premières Nations ayant reçu une cote d'état « bon » au cours de l'exercice 2020-2021; cependant, le PES n'a pas été en mesure d'atteindre les cibles dans d'autres secteurs critiques en raison du manque de ressources et d'un financement insuffisant, ainsi que de mesures de rendement mal alignées.

Résultats du PES

Immédiats	Les Premières Nations reçoivent du soutien pour planifier et concevoir leur infrastructure de santé et y faire de nouveaux investissements en immobilisations, et elles reçoivent aussi du soutien pour gérer et entretenir l'infrastructure de leurs établissements de santé.
Intermédiaires	Les lacunes de l'infrastructure des établissements de santé sont corrigées; les établissements de santé fournissent de l'espace pour la prestation de services de santé communautaires.
Ultimes	Les peuples autochtones disposent d'infrastructures fiables et durables.

Le PES vise à appuyer les Premières Nations dans la planification, la conception et l'investissement de capitaux visant l'infrastructure de leurs établissements de santé, ainsi que dans la gestion et l'entretien de cette infrastructure. L'évaluation examine dans quelle mesure ces objectifs ont été réalisés jusqu'à maintenant.

Le PIR du PES décrit 10 indicateurs de rendement originaux qui ont été approuvés en 2019; toutefois, le programme a depuis mis à jour le PIR pour y inclure 16 indicateurs de rendement proposés qui fournissent des renseignements plus utiles ou pertinents. Étant donné que ces nouveaux indicateurs de rendement ont été élaborés à mi-parcours de la période d'évaluation, bon nombre d'entre eux n'étaient pas entièrement applicables à cette évaluation ou les résultats ne seront disponibles qu'après la période visée par l'évaluation. Le suivi des données pour la version originale du PIR n'a pas été effectué de façon uniforme, et ne comprenait pas la liste exhaustive des indicateurs. Bien qu'on ne s'attende pas à ce que les résultats soient disponibles pour tous les indicateurs de rendement du PIR mis à jour, compte tenu du calendrier de sa mise à jour, certaines données étaient disponibles.

Selon le PIP du PES de 2019, le rendement du programme est mesuré selon les indicateurs suivants :

- le pourcentage des grands projets d'immobilisations du FSI qui ont signé des accords de contribution;
- le pourcentage des installations existantes du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves qui ont été réparées ou améliorées;
- le nombre de conceptions pour des établissements de santé nouveaux ou de remplacement qui ont été achevées au cours de l'exercice en cours;
- le pourcentage de bénéficiaires qui ont reçu du financement pour le fonctionnement et l'entretien des établissements de santé (FEE) et qui ont élaboré des plans pour gérer leur infrastructure de santé;
- le pourcentage de rapports de vérification de l'état des installations qui ont été communiqués aux propriétaires d'immeubles des Premières Nations au cours de l'année précédente;
- le pourcentage des établissements qui ont reçu du financement pour l'exploitation et l'entretien des établissements de santé (FEE) au cours de l'année précédente;
- le nombre d'établissements de santé qui ont été remplacés ou rénovés pour en améliorer la qualité;
- le pourcentage de recommandations « hautement prioritaires » des rapports de vérification de l'état des installations qui ont été traitées dans les délais prévus;
- le pourcentage d'établissements de santé qui ont fait l'objet d'une vérification de l'état des installations dans les trois ans;

- le pourcentage d'établissements de santé nouvellement construits ou ayant fait l'objet de rénovations majeures au cours des dix dernières années;
- le pourcentage d'établissements de santé inspectés qui ne présentaient aucun problème d'infrastructure important.

Dans le nouveau PIR de 2022 proposé, l'indicateur clé est :

- le pourcentage des établissements de santé des Premières Nations dont l'état est jugé « bon ».

Au cours des consultations, les partenaires des programmes du PES ont fait remarquer que les données étaient difficiles à trouver étant donné le temps écoulé depuis leur collecte et/ou la difficulté de trouver les données en raison d'emplacements de stockage non uniformes et variés. Il a été précisé que la majorité des indicateurs décrits dans le PIR précédent n'étaient plus suivis, car ils ne fournissaient pas de renseignements utiles ou pertinents sur le programme, tandis que ceux du PIR mis à jour n'étaient pas encore recueillis ou élaborés au-delà de la portée de la présente évaluation.

Reconnaissant les difficultés historiques liées au suivi et à la collecte de données associées aux indicateurs de rendement, le programme élabore actuellement un système et un processus de mesure et d'enregistrement du rendement plus robustes afin que toute l'information pertinente puisse être facilement accessible.

Voici certains des résultats ayant fait l'objet d'un suivi pour le PAR de 2019 à ce jour au cours de la période d'évaluation¹⁰⁰ :

¹⁰⁰ Résultats des indicateurs du PES pour 2022, octobre 2022 [Examen de la documentation, réf. 4.7.11]

Tableau 11 – Progrès du PES par rapport à certains indicateurs de rendement

Résultats des indicateurs de mesure du rendement selon les données du programme								
Indicateur de rendement	Pourcentage des établissements de santé des Premières Nations visés par une vérification de l'état des installations au cours des trois dernières années (deux ans après 2019) ¹⁰¹		Pourcentage des établissements de santé qui ont été nouvellement construits ou qui ont fait l'objet de rénovations importantes au cours des 10 dernières années		Pourcentage d'établissements de santé inspectés qui ne présentaient aucun problème d'infrastructure important		Pourcentage des établissements de santé dont l'état est jugé « bon » ¹⁰²	
Exercice	Cible	Résultats réels	Cible	Résultats réels	Cible	Résultats réels	Cible	Résultats réels
2015-2016	100 %	30 %	S. O.	-	65 %	53 %	S. O.	S. O.
2016-2017	100 %	85 %	S. O.	-	65 %	68 %	S. O.	94 %
2017-2018			S. O.	44 %	65 %	60 %	S. O.	80 %
2018-2019			S. O.	13 % ¹⁰³	65 %	S. O.	S. O.	87 %
2019-2020	100 %	40 %	S. O.	-	65 %	S. O.	S. O.	87 %
2020-2021			S. O.	-	65 %	S. O.	S. O.	84 %

Le PES a contribué à l'amélioration de l'infrastructure de la santé chez les Premières Nations, ayant constamment dépassé les cibles établies en ce qui a trait à l'évaluation de l'état général des établissements de santé des Premières Nations. Cependant, le programme a eu de la difficulté à enregistrer des progrès dans la réalisation de cibles clés concernant les établissements de santé qui présentent des problèmes importants, de même qu'à effectuer des vérifications et un suivi réguliers de l'état des projets de construction et de rénovation importants par rapport à l'inventaire.

La pandémie de COVID-19 a eu une incidence sur la capacité du PES à réaliser des progrès au titre de certains indicateurs. Par exemple, en 2020 et 2021, la plupart des vérifications et des inspections des installations ont été annulées. Les entrevues avec les partenaires ont également mis en évidence les défis liés à l'atteinte des objectifs en raison d'un manque de financement durable pour l'entretien et l'exploitation des bâtiments, surtout dans un contexte où les coûts des matériaux, de la livraison et des services publics ont augmenté. Des recherches externes indiquent que le coût de la

¹⁰¹ Cet indicateur fournit des renseignements sur la fréquence des inspections des établissements de santé et la mesure dans laquelle l'inventaire financé est assujéti à un tel exercice. Les vérifications de l'état des installations désignent les inspections effectuées pour produire des rapports sur l'état des installations admissibles à une inspection au cours de la période d'inspection en cours. Les établissements de santé admissibles comprennent les postes de soins infirmiers, les centres de santé, les bureaux de santé et les postes de santé, les centres de traitement du PNLAADA, les résidences et les logements pour professionnels de la santé, les bâtiments de soutien et les sites du PAPAR.

¹⁰² La cote de l'état général (CEG) d'une installation est fondée sur une évaluation globale de tous les composants de l'installation. Les inspections des installations de santé des Premières Nations sont effectuées selon un cycle triennal; par conséquent, les résultats représenteront une moyenne triennale. Une fois l'inspection terminée, un rapport indiquant l'état de l'installation est produit. L'inspecteur doit utiliser son expérience et ses connaissances pour déterminer la cote. La CEG pour tous les actifs est établie sur une échelle de (0 à 10, où : 0 désigne une installation FERMÉE (au grand public), 1 à 3 une installation en MAUVAIS état, 4 à 6 un état PASSABLE, 7 à 9 un état BON et 10, une installation NOUVELLE.

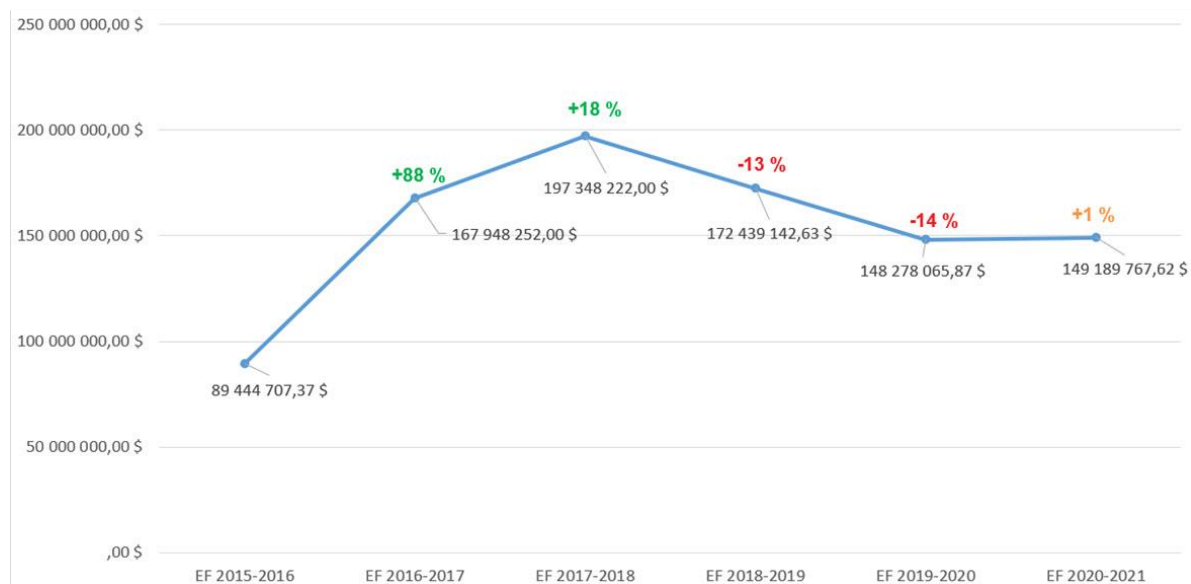
¹⁰³ Ce résultat est fondé uniquement sur les bâtiments nouvellement construits.

construction d'entreprises non résidentielles dans les régions métropolitaines de recensement (RMR) du Canada a augmenté de 15 % au cours de la période d'évaluation¹⁰⁴. De plus, les recherches montrent que l'inflation est passée de 1,13 % en 2015 à 3,4 % en 2021, et qu'on prévoit un taux de 6,9 % en 2023¹⁰⁵.

Les partenaires internes ont souligné que les budgets annuels du PES sont fondés sur des calculs effectués il y a 20 ans et n'ont jamais été rajustés pour tenir compte des changements économiques survenus au fil des ans. Il s'agit d'un obstacle particulier dans la foulée de la pandémie, laquelle a exacerbé de nombreux défis économiques. Un intervenant interne a même fait remarquer qu'une communauté a dû transférer de nouveau des services au programme en raison de son incapacité à assumer les coûts d'entretien des installations sans soutien supplémentaire.

La mesure des progrès réalisés dans le cadre de ce programme a été jugée difficile parce qu'il existe un écart perçu entre les résultats intermédiaires et ultimes du modèle logique, l'un étant axé sur l'infrastructure et l'autre sur les résultats en matière de santé. De plus, les partenaires des programmes se sont dits préoccupés par le fait qu'ils ne sont pas en mesure d'atteindre l'un ou l'autre des résultats en raison d'obstacles existants, plus particulièrement le manque de financement. Les dépenses du PES ont connu une baisse marquée depuis l'exercice 2017-2018, ce qui illustre les obstacles au fonctionnement du programme¹⁰⁶.

Figure 19 – Dépenses du programme du PES



Source : Données du programme PES, extraits en 2022.

Selon les entrevues, lorsque du financement est fourni aux communautés, il n'est souvent pas viable de l'affecter à l'entretien des installations existantes. Souvent, le financement fourni est limité dans le temps; par conséquent, il ne permet pas une planification à long terme. Ainsi, les partenaires des

¹⁰⁴ Gouvernement du Canada (février 2023). Indices des prix de la construction de bâtiments, variation en pourcentage, trimestriel.

www150.statcan.gc.ca. Consulté à l'adresse

https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1810013502&pickMembers%5B0%5D=2.8&cubeTimeFrame.startMonth=01&cubeTimeFrame.startYear=2021&referencePeriods=20210101%2C20210101&request_locale=fr

¹⁰⁵ O'Neill, A. (2014). Canada – Taux d'inflation 2014-2024 | Statistiques. Statista; Statista. Consulté à l'adresse

<https://www.statista.com/statistics/271247/inflation-rate-in-canada/>

¹⁰⁶ Services aux Autochtones Canada, Données financières des programmes du groupe de la santé, de septembre 2021 à avril 2023 [Examen de la documentation, réf. 4.8.8]

programmes ont indiqué qu'il est souvent plus faisable sur le plan financier de construire de nouvelles installations que de réparer celles qui existent déjà. Toutefois, le manque de financement demeure un défi de premier plan, car le financement disponible pour la construction de nouvelles installations est limité. Afin de mieux répartir le financement limité disponible, le PES a élaboré une matrice d'évaluation des besoins et d'établissement des priorités afin de déterminer et de cibler les communautés qui pourraient recevoir du financement pour leurs établissements de santé.

Il ressort clairement des entrevues que, malgré le besoin évident d'établissements de santé sûrs et accessibles pour les Premières Nations et les Inuit, l'exécution du programme n'est pas aussi efficace qu'elle pourrait l'être en raison des obstacles importants qu'il faut surmonter, en particulier le manque de financement disponible.

Question d'évaluation : Quelle a été l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur la prestation des programmes et leur capacité à soutenir les Premières Nations et les Inuit?

CONSTATATION 14 : La pandémie de COVID-19 a eu une incidence importante sur la prestation des services de santé, notamment en créant des obstacles à l'accès aux communautés et à l'obtention des ressources requises pour la prestation des programmes du groupe. Toutefois, de nouvelles occasions de prestation de services ont été repérées en raison de l'évolution de l'environnement opérationnel découlant de la pandémie. *Veuillez noter que la constatation n° 4 à la section Pertinence fait référence aux défis auxquels font face les Premières Nations et les Inuit en raison de la COVID-19.*

Répercussions de la COVID-19 sur la prestation des programmes

Les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les besoins de base en matière de santé des Premières Nations et des Inuit ont été explorées dans la section Pertinence du présent rapport. Dans cette section, l'évaluation évalue l'incidence de la pandémie sur la capacité des programmes du groupe à offrir efficacement leurs services.

Au cours des entretiens, les partenaires ont indiqué que la pandémie avait créé plusieurs obstacles à la prestation des programmes, notamment :

- un accès limité aux communautés pour dispenser des soins et mobiliser les Premières Nations et les Inuit;
- le détournement des ressources au profit de la réponse à la COVID-19, au détriment des autres besoins et priorités en matière de santé;
- l'épuisement professionnel du personnel dans les communautés et au sein du Ministère, le fardeau supplémentaire de la réponse à la COVID-19 s'ajoutant à leur charge de travail déjà excessive;
- des retards dans l'exécution des projets financés par les programmes du groupe.

Malgré la crise, les entretiens ont souligné que la pandémie a également entraîné des résultats positifs, notamment :

- un intérêt accru à l'égard des lacunes et des besoins en matière d'infrastructure de santé des Premières Nations;
- une attention particulière accordée à la valeur des technologies de cybersanté (p. ex. accès aux soins virtuels);
- une attention particulière accordée à la valeur de l'agrément (p. ex. structures de gouvernance, politiques et procédures établies);

- l'adaptation des Premières Nations à l'urgence de la pandémie, ce qui a permis d'améliorer l'efficacité de la prestation des services et d'accélérer les processus administratifs;
- la collaboration avec d'autres partenaires (p. ex. RHS avec la Croix-Rouge);
- la présence de l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) en Colombie-Britannique, qui a facilité une réponse rapide à la COVID-19 dans la province et a permis de coordonner le déploiement de mesures de soutien aux Premières Nations de la Colombie-Britannique.

Accès aux communautés

Plusieurs personnes interrogées ont fait remarquer que l'accès aux communautés des Premières Nations et des Inuit constituait un défi majeur pour la prestation des services de santé tout au long de la pandémie. Pour lutter contre la propagation du virus, les communautés ont dû rester isolées complètement pendant des mois, ce qui a créé des obstacles accrus à la prestation des soins. De plus, le maintien de la communication avec les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit a été jugé particulièrement difficile, ce qui a entraîné une collaboration limitée avec les partenaires.

Détournement des ressources

Lorsque la pandémie a frappé en mars 2020, elle est devenue la principale priorité en matière de santé à l'échelle mondiale, et les Premières Nations et les Inuit ne faisaient pas exception. Selon les entretiens, la réponse à la pandémie a nécessité une approche tous azimuts pour gérer les quarantaines, les fermetures de communautés, la vaccination et le traitement du virus. Cette mobilisation massive laissait peu de temps et encore moins de ressources à consacrer à d'autres défis en matière de santé. Toutefois, ces autres besoins en matière de santé n'ont pas cessé d'exister lorsque la pandémie a frappé. En fait, de nombreuses conditions existantes ont été gravement exacerbées par le virus ou par les répercussions de la réponse à la pandémie. Cependant, les personnes interrogées ont indiqué que les centres de soins de santé n'avaient aucune capacité, et qu'il n'y avait aucun personnel disponible pour faire face à quoi que ce soit d'autre que les menaces les plus imminentes pour la santé.

La pénurie de travailleurs de la santé était un défi dans les communautés des Premières Nations et des Inuit bien avant la pandémie; toutefois, cette pénurie a été exacerbée par le détournement des ressources vers les efforts de lutte contre la pandémie. De plus, la demande de main-d'œuvre pour les professionnels de la santé a été importante pendant la pandémie. Tant les travailleurs de première ligne que les travailleurs administratifs de la santé étaient submergés par l'urgence constante de la crise et étaient débordés. De ce fait, le personnel n'a pas été en mesure de poursuivre d'autres activités de formation non plus.

En outre, en raison du détournement de ressources vers les efforts de secours pendant la pandémie, certaines activités du programme ont été suspendues, comme l'élaboration de plans de santé communautaire. Les partenaires du programme de PSGQ ont fait remarquer que cela avait entraîné des retards importants dans la mise à jour ou l'élaboration prévue des plans.

Il convient de souligner que le Ministère a fourni des fonds supplémentaires aux membres des communautés des Premières Nations et des Inuit pour appuyer la réponse à la COVID-19. Sans cette injection de fonds supplémentaires, les programmes et les services de santé existants auraient été encore plus touchés. Les répercussions du financement supplémentaire lié à la COVID-19 sont décrites plus en détail ci-dessous.

Efficacité de la prestation des programmes

Tout au long des entretiens, les partenaires internes et externes ont expliqué comment les Premières Nations ont pu s'adapter à la crise de la pandémie et s'unir pour offrir les soins nécessaires à leurs communautés.

Malgré les pénuries de ressources de tous les points de vue (financières, humaines et matérielles), les personnes interrogées ont fait remarquer que les Premières Nations étaient capables de réaliser des exploits remarquables et d'appliquer leurs approches adaptatives pour fonctionner plus efficacement. Ce point a mis en évidence la capacité qui existe déjà dans les communautés des Premières Nations, et les partenaires de programme internes et externes ont continuellement exprimé qu'avec un meilleur accès au financement et aux ressources, les Premières Nations et les Inuit pourraient accomplir beaucoup plus.

Les entretiens ont rehaussé le fait que, pendant la pandémie, le Ministère a également été en mesure de travailler efficacement afin d'offrir rapidement un soutien à court terme. Un certain nombre de personnes interrogées (14 %) ont cité en exemple l'acquisition par le Ministère de caravanes à court terme et d'autres éléments physiques d'infrastructures ou de mesures (p. ex. adaptation d'écoles, location d'hôtels) destinées à servir de caravanes d'isolement pour les personnes infectées par le virus, d'unités de triage pour traiter les patients atteints de la COVID et de logements de débordement pour le personnel de santé.

De plus, le personnel régional de SAC a souligné que l'allègement des attentes en matière de production de rapports au cours des premières années de la pandémie a favorisé une plus grande souplesse dans la prestation des programmes parce qu'ils ont été en mesure de concentrer leurs efforts sur les interventions d'urgence et les besoins immédiats plutôt que sur les tâches administratives.

Leçons apprises pour les crises sanitaires futures

Cette évaluation visait également à déterminer si les partenaires des programmes avaient tiré des leçons afin d'être mieux préparés à faire face à de futures crises sanitaires.

Préparation aux situations d'urgence

Un nombre important (20 %) des personnes interrogées ont indiqué que l'une des principales leçons apprises tout au long de la pandémie était l'importance d'avoir en place des plans de préparation aux situations d'urgence. En particulier, les partenaires ont souligné la nécessité de mettre en œuvre des processus et des mécanismes de gestion de crise afin de répondre à toute catastrophe potentielle sans précédent (p. ex. inondations, incendies, etc.). De plus, les partenaires ont indiqué qu'il faudrait tenir compte de la distribution des médicaments, des programmes de vaccination et de la prestation des services de santé dans un contexte autre que celui des centres de santé (c.-à-d. les unités de triage). La recherche de structures supplémentaires pour fournir des soins, des vaccins et un espace d'isolement fait partie des défis évoqués par de nombreuses personnes. Un responsable de programme a suggéré d'intégrer des éléments comme des « espaces sûrs » avec des entrées distinctes qui pourraient être utilisés pour la vaccination à l'avenir.

Un certain nombre de partenaires ont souligné l'importance de l'engagement communautaire à l'égard d'éléments comme la vaccination pour lutter contre l'hésitation à se faire vacciner. Les communautés des Premières Nations et des Inuit ont reçu un accès prioritaire aux vaccins contre la COVID-19, ce qui a été très apprécié par les personnes interrogées. Toutefois, le processus aurait pu être encore plus efficace si les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit avaient eu facilement accès à des ressources éducatives sur la valeur et le processus des vaccinations dans un contexte de pandémie.

Comme mentionné précédemment, l'inclusion de la planification de la préparation aux situations d'urgence et aux catastrophes dans le programme d'agrément a été particulièrement jugée utile. En fait, lors d'un sondage mené par le programme a révélé que les centres de santé des communautés accréditées étaient mieux équipés pour fonctionner avec succès pendant la pandémie, et 89 % des organismes ont répondu en ce sens¹⁰⁷. L'examen des résultats documentés du sondage montre que les Premières Nations et les Inuit estimaient que l'agrément soutenait les opérations en veillant à ce que des politiques et des procédures soient en place et à ce que les protocoles soient respectés, en donnant une assurance aux clients qui se sentaient plus en sécurité en sachant que les établissements étaient accrédités, en ayant accès à des renseignements fiables et à des webinaires, et en donnant globalement aux membres des communautés des Premières Nations et des Inuit un sentiment de confiance dans leur capacité à fournir des soins de qualité pendant toute la durée de la crise¹⁰⁸.

L'évaluation reconnaît que l'un des principaux défis de la mise en œuvre de l'un ou l'autre de ces enseignements demeure l'obtention d'un financement adéquat. Les personnes interrogées ont constamment souligné la difficulté de planifier l'avenir lorsqu'elles s'efforcent constamment de faire face aux situations d'urgence actuelles tout en souffrant d'un manque chronique de personnel et de fonds.

ÉTUDE DE CAS 7

Organisation : Conseil tribal de File Hills Qu'Appelle (FHQTC)

Région : Territoire visé par le Traité no 4 (Sask.) | Orientation du programme : Planification de la santé; FISS

La façon dont SAC a réagi à la pandémie de COVID-19 est largement considérée comme efficace et efficiente pour répondre aux besoins des communautés. Toutefois, la réponse à la pandémie a obligé les communautés à délaisser les services et les programmes habituels qui seraient habituellement offerts en dehors d'une situation d'urgence. Par conséquent, des défis comme l'insécurité alimentaire et la lutte contre les maladies ont souvent été exacerbés par la pandémie et sont maintenant devenus des enjeux plus importants qui nécessitent des efforts considérables. Plus précisément, les traitements contre le cancer ont souvent été interrompus ou reportés afin que le système de santé puisse répondre aux besoins immédiats liés à la COVID-19, ce qui est très préoccupant à l'heure où le système de santé s'efforce de résorber l'arriéré de personnes qui ont besoin d'un traitement et qui sont confrontées à des conditions de plus en plus graves parce qu'elles n'ont pas pu recevoir de traitement pendant un certain nombre d'années.

La réponse à la pandémie de SAC comprenait un dialogue régulier et des réunions hebdomadaires avec SAC, le conseil tribal et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de la Saskatchewan pour discuter des besoins du Conseil et de la façon dont SAC et le MSSLD pourraient répondre à ces besoins. SAC a également fourni le financement plus rapidement qu'avant la pandémie. L'approche adoptée en réponse à la COVID-19, dans le cadre de laquelle la communication était opportune, centrale et intégrée à tous les intervenants, a été considérée comme une pratique exemplaire pour continuer à renforcer la relation entre SAC et les Premières Nations.

Perceptions du financement lié à la COVID-19

En réponse à la pandémie de COVID-19, SAC s'est engagé à fournir¹⁰⁹ :

- un montant supplémentaire de 285,1 millions de dollars pour soutenir l'intervention en santé publique dirigée par les Premières Nations;
- des ressources supplémentaires en soins de santé, y compris des fournitures et du matériel médicaux;
- 160 unités d'évaluation temporaire, de dépistage et d'isolement supplémentaires;

¹⁰⁷ Services aux Autochtones Canada; Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Données probantes appuyant l'agrément pour lutter contre la COVID-19 – y compris la vaccination dans les communautés, 31 mars 2021 [Examen de la documentation, réf. 4.4.05]

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Gouvernement du Canada; Services aux Autochtones Canada. (2020, octobre). Santé des Autochtones – gestion et initiatives. Gouvernement du Canada; Services aux Autochtones Canada. Retrieved from <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1581897443592/1581897469233>

- un soutien à la capacité de pointe aux services communautaires dans les communautés des Premières Nations et des Inuit.

De nombreux programmes du groupe ont reçu des fonds supplémentaires pour répondre aux mesures de secours liées à la COVID-19. Les dépenses liées à la COVID-19 par programme sont décrites ci-dessous. Par conséquent, au moyen d'entretiens, cette évaluation a permis d'évaluer dans quelle mesure le financement supplémentaire soutenait les efforts déployés dans les communautés.

Tableau 12 – Résumé des dépenses spéciales liées à la COVID-19 par programme du groupe

Résumé des dépenses spéciales liées à la COVID-19 par programme du groupe¹¹⁰

Programme du groupe	Dépenses spéciales liées à la COVID-19		
	EF 2019-2020	EF 2020-2021	Total
Planification de la santé et gestion de la qualité	5 775,09 \$	10 942 708,70 \$	10 948 483,79 \$
Fonds d'intégration des services de santé (FISS)	1 027,47 \$	79 080,00 \$	80 107,47 \$
Amélioration de la qualité et agrément	-	21 805,24 \$	21 805,24 \$
Programme des établissements de santé (PES)	6 827 592,91 \$	184 821 281,23 \$	191 648 874,14 \$
Programme d'infrastructure de la cybersanté	10 568,39 \$	17 175 536,55 \$	17 186 131,94 \$
Ressources humaines en santé	811,89 \$	-	811,89 \$

Les entretiens menés auprès de partenaires internes et externes ont mis en évidence les perceptions suivantes à l'égard du financement lié à la COVID-19 :

- Les fonds ont été attribués et reçus avec une plus grande efficacité.
- Le financement a été très précieux pour répondre aux besoins liés à la COVID-19.

Selon le programme, la région et la communauté, les perceptions concernant l'utilité du financement lié à la COVID-19 variaient. Cependant, une grande partie des partenaires internes en avait une perception favorable.

L'examen des données du programme de cybersanté confirme ce point de vue favorable, ce qui indique que le programme a été en mesure d'affecter les première et deuxième vagues de financement supplémentaire hors cycle de 17,4 millions de dollars à un certain nombre d'initiatives utiles à l'échelle du Canada, notamment le lancement d'une clinique de soins virtuels autochtones en Alberta, l'expansion de la télésanté à quatre autres sites en Ontario, la couverture des frais de licence de mise en œuvre du DME, et plus encore¹¹¹. De plus, les quelque 200 millions de dollars fournis dans le cadre du PES ont été utilisés pour fournir une infrastructure de pointe et d'autres solutions appliquées dans les communautés afin d'assurer une réponse rapide à la COVID-19.

¹¹⁰ Services aux Autochtones Canada, Données financières des programmes du groupe de la santé, de septembre 2021 à avril 2023 [Examen de la documentation, réf. 4.8.8]

¹¹¹ Financement d'appoint des vagues 1 et 2, mars 2021 [Examen de la documentation, réf. 4.4.16]

Un responsable de programme a discuté de la façon dont il a été en mesure d'atténuer les problèmes de financement, notamment en planifiant les coûts ligne par ligne afin d'optimiser le financement. Certains représentants du programme ont souligné que le financement supplémentaire a facilité la gestion de la pandémie ainsi que l'atténuation des répercussions sur la santé et le bien-être, comme les traumatismes liés à la pandémie. De plus, les partenaires ont indiqué qu'ils ont été en mesure de s'adapter avec agilité pour réagir aux situations de crise immédiates, décrivant le financement comme étant souple, urgent et bien accueilli par les Premières Nations. Toutefois, ils ont également souligné que le financement des programmes existants était souvent réaffecté aux initiatives de secours pour la pandémie par nécessité, et que, par conséquent, le financement supplémentaire lié à la COVID-19 ne pouvait souvent pas combler l'écart existant et a exacerbé davantage l'écart de ressources.

CONSTATATION 15 : Les programmes d'agrément et de cybersanté ont joué un rôle essentiel pour aider les Premières Nations à gérer la crise de la pandémie.

Comme nous en avons discuté précédemment, la pandémie a mis en évidence le besoin dans les communautés des Premières Nations et des Inuits, ainsi que la valeur des services offerts dans le cadre des programmes du groupe. De plus, la pandémie a entraîné une augmentation de la demande pour des programmes précis, notamment les programmes d'agrément et de cybersanté. La valeur de l'agrément était particulièrement évidente étant donné que le processus d'agrément exige souvent des organisations qu'elles élaborent des plans de sécurité ainsi que des politiques et des procédures pour les fermetures d'urgence ou le contrôle des infections. Par conséquent, les personnes interrogées ont souligné l'importance d'avoir de tels plans en place pendant la pandémie.

Un examen antérieur du PAQA a révélé une grande efficacité du programme. L'examen comprenait un sondage qui a révélé ce qui suit¹¹² :

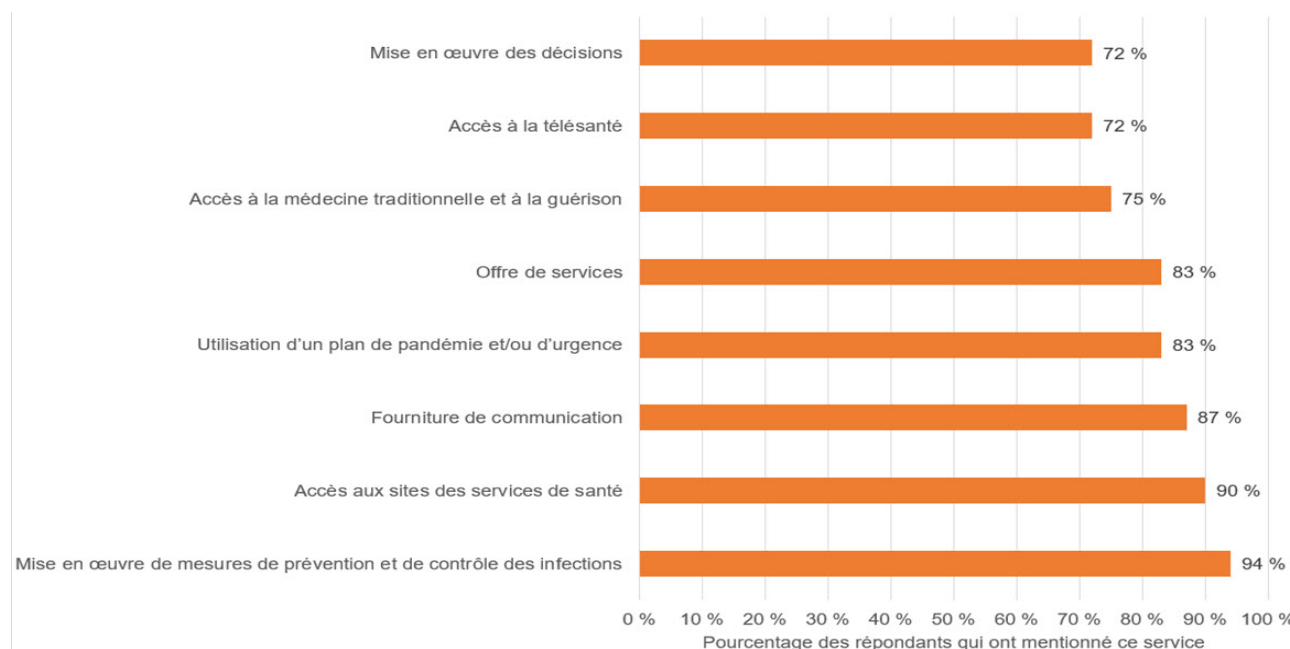
- Un total de 89 % des communautés ont indiqué que l'agrément les avait aidées à gérer la crise de la pandémie
 - Un total de 81 % des organisations aidées ont indiqué que l'agrément a amélioré la sécurité des clients
 - Un total de 85 % des organisations aidées ont indiqué que l'agrément a amélioré la qualité des soins

La plupart des répondants, internes et externes, ont indiqué que l'agrément les avait aidés à faire face à la pandémie en permettant la prestation de services clés¹¹³.

¹¹² Services aux Autochtones Canada; Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Données probantes appuyant l'agrément pour lutter contre la COVID-19 – y compris la vaccination dans les communautés, 31 mars 2021 [Examen de la documentation, réf. 4.4.05]

¹¹³ Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits et Régie de la santé des Premières Nations. (25 juin 2021). *Report on the Analysis of Accreditation in First Nations Health Services*. Extrait de <https://www.fnha.ca/Documents/FNIHB-FNHA-Report-on-the-Analysis-of-Accreditation-in-First-Nations-Health-Services.pdf> [en anglais]

Figure 20 – Services rendus possibles par l'agrément



Source : Données du programme PAQA, extraits en 2022.

De plus, le programme de cybersanté a été à très sollicité pendant la pandémie, étant donné qu'il fallait limiter les contacts physiques tout en continuant à fournir des soins de santé en pleine période de confinement et d'isolement. La valeur des soins virtuels et de la télémédecine est devenue évidente. Non seulement ces technologies appuyaient-elles la prestation de soins standard et liés à la COVID-19, mais les personnes interrogées ont également indiqué qu'elles étaient mises à profit pour fournir un accès à des soins de santé mentale, ce qui était particulièrement important compte tenu du stress psychologique et du traumatisme que bon nombre d'entre elles ont subis pendant la pandémie.

Au cours des entretiens, les partenaires du programme de cybersanté ont indiqué que les technologies de cybersanté avaient été mises à profit lors de la campagne de vaccination pendant la pandémie, en soutenant la gestion des données pour suivre le nombre de membres des Premières Nations qui avaient été vaccinés et leur fournir les documents appropriés pour prouver leur statut vaccinal. Un partenaire du programme a indiqué qu'il avait été en mesure de collaborer avec COVaxON (le système utilisé pour faire le suivi des renseignements sur la vaccination contre la COVID-19 en Ontario) en tirant parti de son DME pour transférer facilement les données sur la vaccination vers COVaxON. Son initiative a permis de s'assurer que le statut vaccinal des membres des Premières Nations faisait l'objet d'un suivi précis et était conservé dans le système provincial élargi.

D'autres programmes ont également fait preuve d'innovation dans leur capacité de s'adapter à la pandémie afin d'optimiser les possibilités, y compris les RHS. Selon les entretiens avec les partenaires des programmes dans une région, les RHS ont établi un partenariat avec la Croix-Rouge et le service d'assistance pour les dirigeants autochtones de l'AGSPN afin de fournir aux Premières Nations un moyen de communication fiable par lequel elles pourraient obtenir des conseils ou être dirigées vers les ressources nécessaires pour les aider à traverser la pandémie, indépendamment du gouvernement. De plus, les partenaires du PES ont fait remarquer que les organisations utilisaient

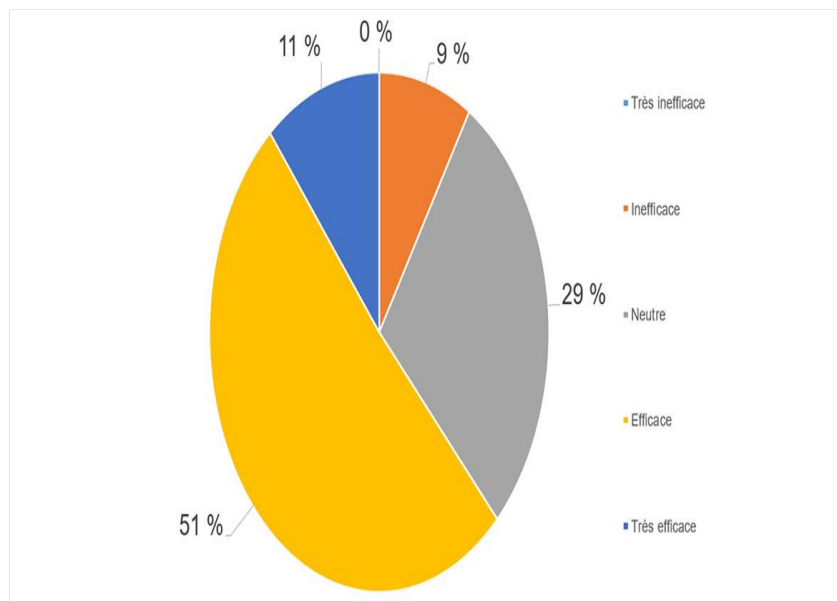
les périodes de confinement partiel ou complet pour effectuer des travaux de construction dans leurs établissements de santé (p. ex. centres de traitement) afin de réaliser des changements structurels fort nécessaires.

Bien que l'augmentation de la demande pour les programmes du groupe soit un résultat positif de la pandémie, cela a eu une incidence sur la capacité déjà limitée de certaines Premières Nations à fournir des services et des programmes de soins de santé pour répondre à la demande, étant donné que le financement est resté insuffisant et que les Premières Nations ont continué à composer avec des pénuries de personnel.

Question d'évaluation : Dans quelle mesure les relations entre les partenaires de chacun des programmes (p. ex. entre l'AC de SAC et les bureaux régionaux, les Premières Nations et les Inuit, les partenaires de mise en œuvre, les gouvernements provinciaux et municipaux, etc.) et entre les programmes sont-elles efficaces ou productives?

CONSTATATION 16 : Les relations entre les partenaires des programmes ont été perçues comme étant généralement efficaces (même si elles variaient selon la région, le programme et le groupe d'intervenants). Cependant, des défis ont été cernés en ce qui concerne le roulement du personnel et la capacité, ainsi que la communication entre l'AC de SAC et les régions de SAC.

Figure 21 – Efficacité globale des relations entre les partenaires des programmes



Des relations solides constituent un élément clé d'un partenariat fructueux. Cette évaluation visait à comprendre la perception des relations entre les divers partenaires des programmes.

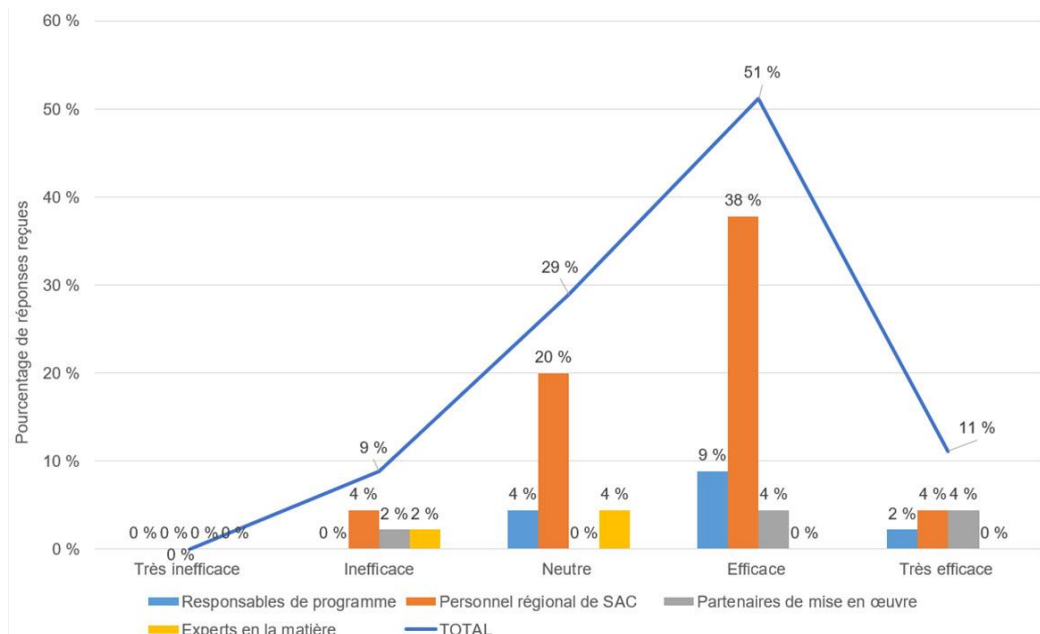
Au cours des entretiens, les partenaires (responsables de programme, personnel régional de SAC, partenaires de mise en œuvre, experts en la matière) ont été invités à faire part de leurs perceptions sur l'efficacité des relations entre les partenaires des programmes.

Source : Entrevues de SAC Evaluation, 2022-2023.

Dans l'ensemble, les résultats ont indiqué que les perceptions des relations entre tous les partenaires des programmes (dans l'ensemble) dans tous les groupes d'intervenants interrogés étaient positives, 51 % ayant attribué la cote « Efficace », 29 % la cote « Neutre » et 11 % la cote « Très efficace ». Cependant, 9 % des répondants ont indiqué que les relations étaient inefficaces.

Lorsque les données sont ventilées par groupes d'intervenants, elles indiquent que les points de vue sont harmonisés, car les cotes proportionnelles de chaque groupe suivent la même tendance (plus grand nombre de cotes pour Efficace, moins grand nombre de cotes pour Inefficace).

Figure 22 – Efficacité globale des relations entre les partenaires des programmes



Source : Entrevues de SAC Evaluation, 2022-2023.

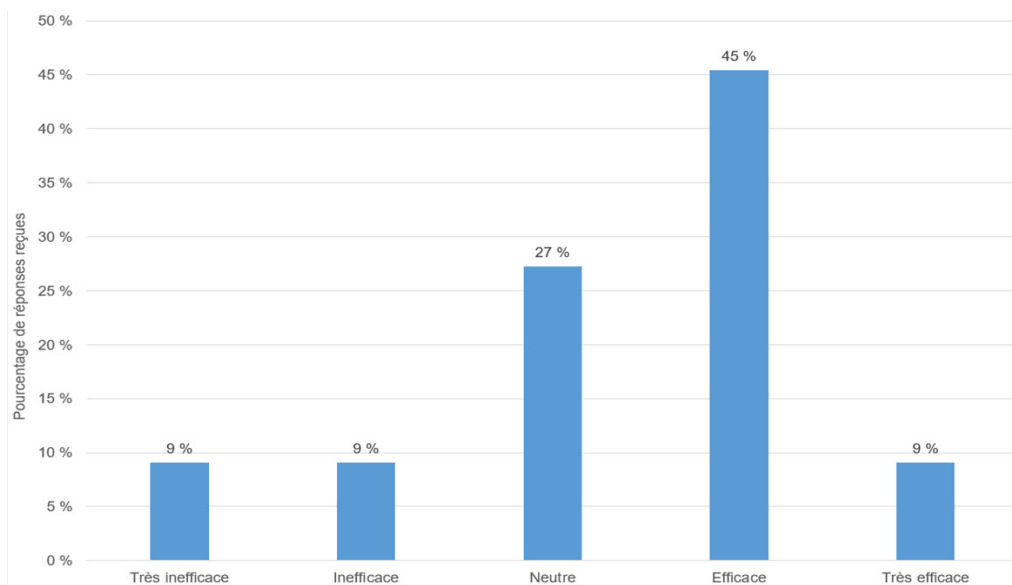
L'efficacité des relations a été jugée particulièrement difficile à évaluer par les partenaires lors des entretiens, et bon nombre d'entre eux ont précisé qu'elle variait souvent d'une personne à l'autre. La plupart des personnes interrogées ont indiqué qu'il existait des relations à la fois très fortes et très difficiles au sein de leurs programmes.

Dans certains groupes de discussion et entretiens, la question a été décomposée de façon à distinguer l'efficacité des relations entre l'AC de SAC et les régions, entre les régions et les Premières Nations et Inuit, entre les partenaires de mise en œuvre et SAC, et entre divers partenaires de mise en œuvre. Les principales constatations pour chacune de ces relations sont présentées plus en détail ci-dessous.

Relations entre l'AC de SAC et les régions de SAC

Les perceptions des partenaires au sujet de la relation entre l'AC de SAC et les régions variaient d'un entretien à l'autre. Parmi les partenaires régionaux interrogés sur l'efficacité de leurs relations avec l'AC de SAC, une grande partie des répondants l'ont jugée Efficace (45 %) ou Neutre (27 %), tandis que les autres ont donné une note égale (9 %) aux trois autres options.

Figure 23 – Efficacité des relations entre l'AC de SAC et les régions de SAC



Source : Entrevues de SAC Evaluation, 2022-2023.

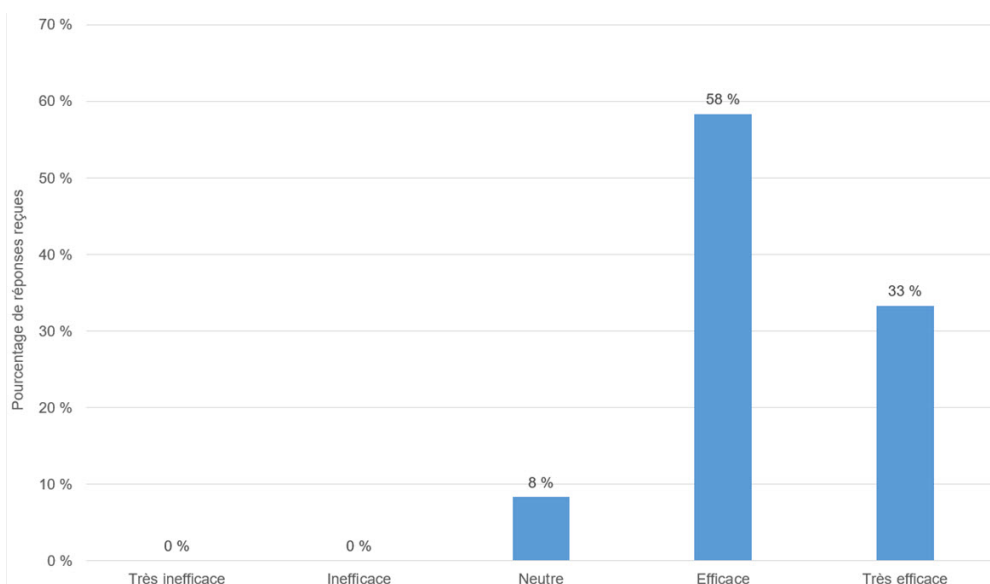
Lorsqu'on leur a demandé de fournir des précisions, les partenaires internes ont indiqué que les relations étaient bonnes, mais qu'il y avait des points à améliorer, particulièrement dans les domaines de la culture organisationnelle et de la communication. Il a été mentionné que la nature du mandat de SAC en matière de transfert de services et la transformation à grande échelle que cela entraînerait posent des défis naturels pour certains employés de SAC qui pourraient être plus réticents au changement. Un nombre important de personnes interrogées ont souligné l'absence de la culture organisationnelle nécessaire au changement.

En ce qui concerne la communication, les partenaires ont fait remarquer que la communication interne continue de poser problème, parce que le rôle de l'AC de SAC dans la prestation des programmes a changé au fil des ans. Selon les entretiens, le soutien requis de la part de l'AC de SAC aux régions en ce qui concerne des directives claires et des ressources durables fait défaut. Certains programmes du groupe, comme le PES, ont récemment déployé des efforts pour améliorer la relation entre l'AC de SAC et les régions en organisant des réunions bilatérales deux fois par mois et en acquérant une meilleure compréhension des défis et des leçons apprises par leurs groupes respectifs. Au cours des entretiens, on a également fait remarquer que l'AC de SAC envoie des messages cohérents aux régions pour veiller à ce que les régions et, par la suite, les gens des communautés des Premières Nations et des Inuit qu'ils soutiennent comprennent mieux le financement disponible afin de pouvoir mieux aider les Premières Nations et les Inuit à affirmer leur vision de la maîtrise de la situation.

Relations entre les régions et les Premières Nations et Inuit

Dans l'ensemble, les perceptions des relations entre les régions de SAC et les Premières Nations et Inuit étaient positives. Parmi les représentants régionaux à qui on a demandé de formuler des commentaires précis sur leurs relations avec les Premières Nations et les Inuit, la majorité a attribué la cote « Efficace » (58 %) ou « Très efficace » (33 %) aux relations.

Figure 24 – Efficacité des relations entre les régions de SAC et les Premières Nations et les Inuit



Source : Entrevues de SAC Evaluation, 2022-2023.

Les représentants régionaux ont souligné l'importance de la transparence, de l'honnêteté et de la communication collaborative dans leur capacité à établir des relations durables avec les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit. La nécessité de gérer les attentes et de faire la distinction entre ce que les Premières Nations et les Inuit veulent faire et ce qu'ils doivent faire a été jugée particulièrement difficile. Les personnes interrogées ont souligné que l'établissement de relations significatives permet aux Premières Nations et aux Inuit de se sentir à l'aise de présenter leurs priorités aux régions. Cependant, il a été noté au cours des entretiens que la capacité limitée et les pénuries de personnel au sein des régions de SAC et des communautés créent des obstacles qui empêchent les deux groupes de consacrer du temps à un engagement et à une collaboration significatifs.

Un certain nombre d'entretiens ont révélé que les relations étaient tendues pendant la pandémie en raison de la perte de contacts et d'engagements réguliers en face à face. Toutefois, on s'attend à ce que cela change à mesure que les communautés rouvriront leurs portes et que les déplacements reprendront.

Les partenaires ont souligné que tout changement du côté des responsables régionaux de programme devrait nécessiter une orientation, de la formation et l'établissement de relations afin de maintenir les relations établies entre les régions de SAC et les Premières Nations et les Inuit; toutefois, les ressources adéquates pour veiller à ce que cela se produise ne sont pas fournies à l'heure actuelle.

Relations entre les Premières Nations et les Inuit et les partenaires de mise en œuvre

Au cours des entretiens, on a remarqué que les relations entre les Premières Nations et les Inuit et les partenaires de mise en œuvre sont solides et efficaces. Les personnes interrogées ont fait part de leur souhait d'accroître le niveau d'intégration entre les établissements communautaires et les

partenaires de prestation potentiels, comme les régies régionales de la santé ou les organismes comme les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones¹¹⁴.

Les partenaires des RHS et du PAQA ont noté des relations efficaces entre les Premières Nations et les Inuit et les organismes d'agrément, ainsi que des relations solides avec les groupes partenaires, y compris l'ITK et l'APN. Les partenaires des organismes d'agrément interrogés ont mis en évidence des relations extrêmement efficaces avec les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit, ce qui leur permet de mieux comprendre leurs besoins et d'y répondre.

Relations entre les partenaires de mise en œuvre et SAC

Un partenaire de mise en œuvre a souligné que le renforcement de sa relation avec SAC pendant la pandémie lui a permis de fonctionner de façon plus efficace et efficiente (c.-à-d. d'obtenir des approbations plus facilement).

Les partenaires de mise en œuvre ont également souligné la valeur de la formation sur la compétence culturelle dispensée au personnel de SAC pour assurer le niveau approprié de compréhension permettant de fonctionner efficacement. Il a été souligné que, dans certains cas, les partenaires de mise en œuvre estiment qu'ils doivent prendre l'initiative de « ré-enseigner » cette formation au personnel en l'absence de la formation et de la compétence culturelle requises.

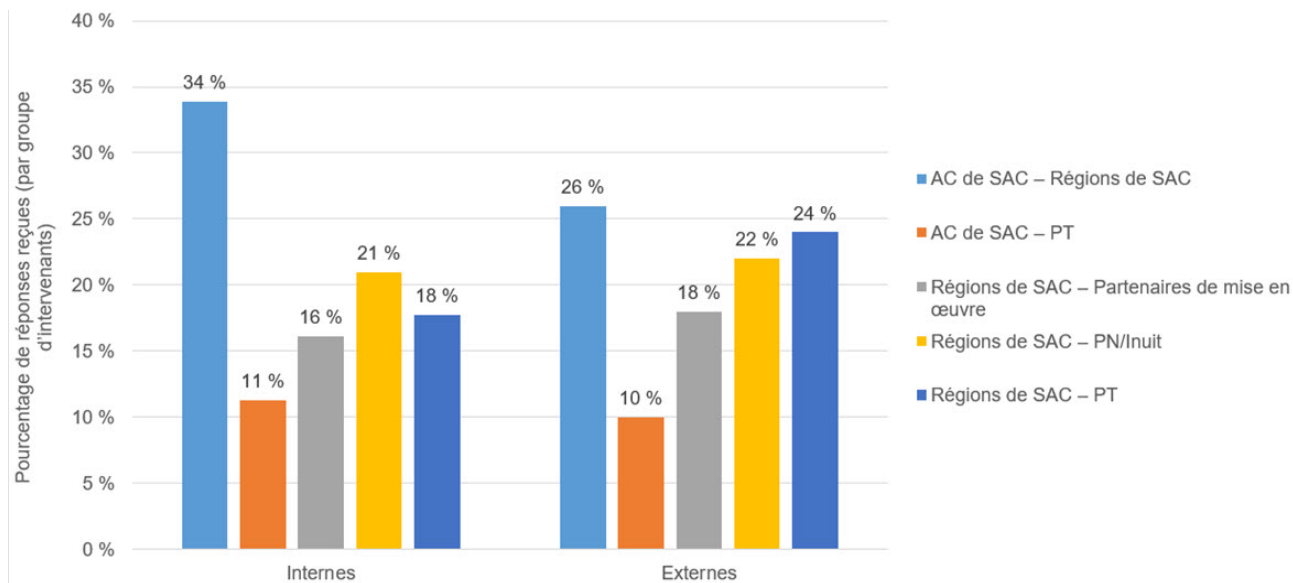
Relations entre les partenaires de mise en œuvre

Un certain nombre de partenaires de mise en œuvre ont fait état de lacunes dans la collaboration avec d'autres partenaires de mise en œuvre dans le même domaine, en soulignant la valeur potentielle de travailler ensemble pour soutenir les Premières Nations et les Inuit plutôt que comme concurrents. De plus, les partenaires de mise en œuvre ont souligné que ces programmes s'inscrivent dans un ensemble complexe de relations avec divers ministères connexes (p. ex. Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada, Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada, etc.), et que la communication entre ces parties devrait être améliorée afin de clarifier les rôles et les responsabilités (c.-à-d. appuyer une approche pangouvernementale).

Pour compléter l'information recueillie au cours des entretiens, on a demandé aux répondants d'indiquer quelles relations devaient être renforcées afin d'améliorer les fonctions des programmes du groupe. Conformément aux données des entretiens susmentionnées, les résultats du sondage laissent entrevoir des occasions d'améliorer les relations entre tous les partenaires des programmes, bien que la relation entre l'AC de SAC et les régions de SAC ait été soulignée le plus souvent, suivie de la relation entre les régions de SAC et les Premières Nations et les Inuit, puis suivie de près par la relation entre les régions de SAC et les provinces et territoires (PT).

¹¹⁴ Les Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA) sont des organismes de soins de santé primaires dirigés par la communauté autochtone en Ontario. (Extrait de <https://www.ontario.ca/fr/page/centres-dacces-aux-services-de-sante-pour-les-autochtones>)

Figure 25 – Quelles relations doivent être renforcées pour améliorer la fonction du programme?



Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022

Tout au long des entretiens, plusieurs partenaires ont mentionné un sentiment de frustration lié à l'incapacité de dépasser les relations superficielles et de réaliser des progrès substantiels vers un changement réel. De plus, les entretiens ont mis en évidence que SAC a connu un roulement constant, et un examen des données internes de SAC¹ a révélé que, au cours des dernières années, le taux de roulement du personnel de l'AC et des programmes régionaux travaillant dans les programmes du groupe est passé de 4 % au cours de l'exercice 2020-2021 à 12,8 % au cours de l'exercice 2021-2022. Au cours de l'exercice 2020-2021, le taux de roulement a été particulièrement élevé au sein du programme d'infrastructure de la cybersanté (6,2 %) et dans l'ensemble, dans les régions de l'Alberta (13,1 %) et du Manitoba (8,7 %).

Cela posait particulièrement problème après la transition de la DGSPNI de Santé Canada à SAC, compte tenu de l'important roulement et de la période d'ajustement requise pour les nouveaux employés. Cette situation a été exacerbée par la pandémie, qui a entraîné un taux de roulement encore plus élevé, ainsi que des problèmes de capacité et d'aptitude à s'engager et à collaborer avec d'autres partenaires, potentiellement en raison des difficultés liées à la limitation des interactions en personne.

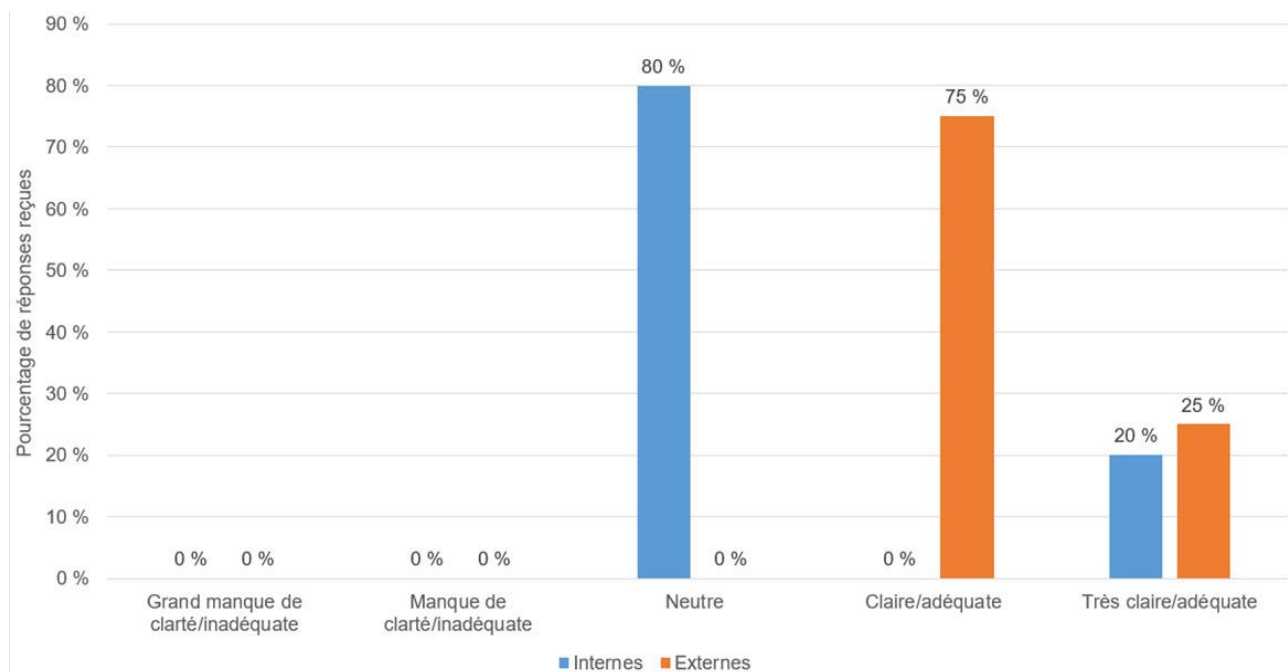
CONSTATATION 17 : Il faut clarifier la communication au sujet 1) des rôles et des responsabilités et 2) du mandat ministériel de transfert de services entre les partenaires de programme.

La communication est un élément essentiel d'une relation efficace. Cette évaluation comprenait une évaluation de la clarté et de la pertinence de la communication avec les principaux partenaires.

Interrogés sur leur perception de la clarté globale et de la pertinence de la communication entre les principaux partenaires des programmes, les répondants internes se sont montrés essentiellement neutres (80 %), un cinquième (20 %) indiquant une communication claire/pertinente. Les répondants

externes étaient plus positifs, la majorité indiquant que la communication est claire/adéquate (75 %) et le quart (25 %) indiquant que la communication est très claire/pertinente¹¹⁵.

Figure 26 – Perception globale de la clarté et de la pertinence de la communication entre les principaux intervenants du programme



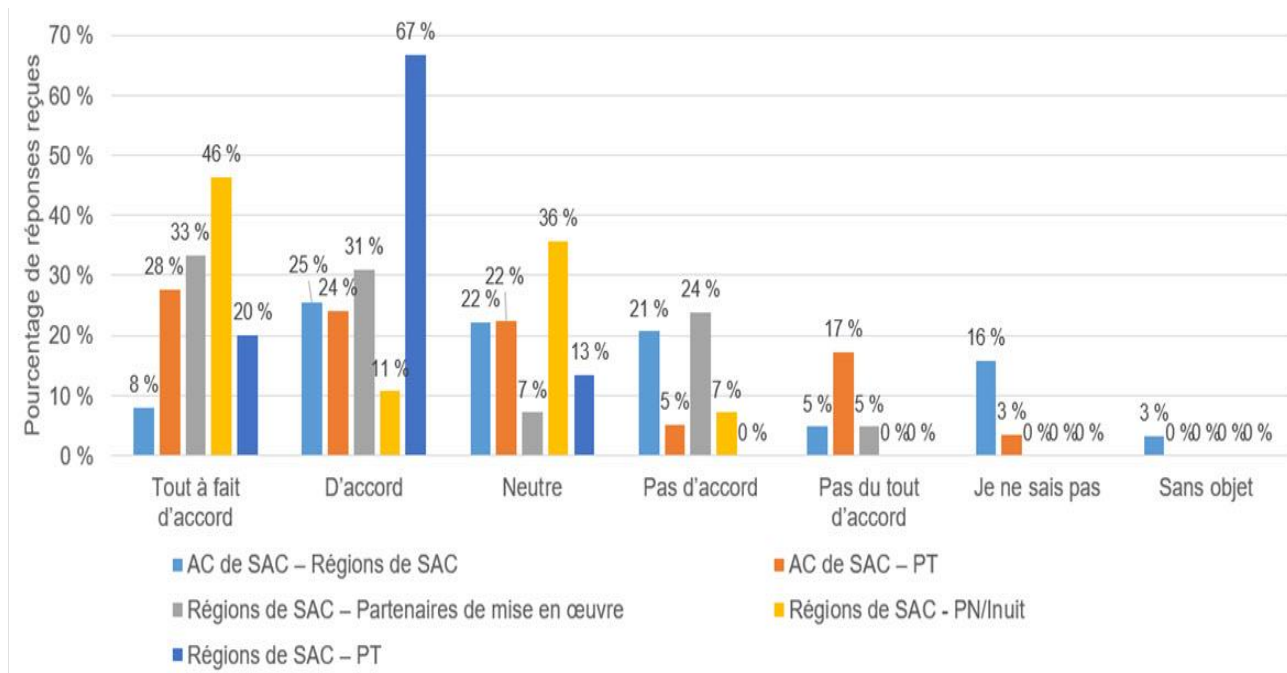
Source : Entrevues de SAC Evaluation, 2022-2023.

Le sondage a révélé qu'un plus grand nombre de partenaires sont d'accord ou tout à fait d'accord (32 %) que la communication entre partenaires est efficace comparativement à ceux qui sont en désaccord ou fortement en désaccord (21 %). Cependant, une proportion notable de répondants ont indiqué qu'ils ne savaient pas (23 %).

Les résultats du sondage ont démontré la nuance entre les relations avec les partenaires et la façon dont elles diffèrent selon la région, le programme et le groupe d'intervenants. Le graphique ci-dessous indique que la communication est la plus forte entre l'AC de SAC et les provinces et territoires, ainsi qu'entre les régions de SAC et les Premières Nations et les Inuit, et la plus faible entre l'AC de SAC et les régions de SAC.

¹¹⁵ À noter que cette question de type Likert regroupait les principaux partenaires des programmes dans l'ensemble pour les perceptions globales; par conséquent, les réponses ne sont pas représentatives des nuances possibles dans des relations particulières.

Figure 27 – Perception des partenaires quant à l'efficacité de la communication entre les partenaires des programmes



Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

Pour compléter l'information quantitative recueillie au moyen d'entretiens et de sondages sur la pertinence de la communication entre les partenaires, les entretiens ont fait ressortir des commentaires précis :

Les entretiens ont montré qu'une communication constante a lieu entre l'AC de SAC et les régions de SAC, que des réunions régulières des comités ont lieu avec les groupes nationaux des Premières Nations, comme l'APN, et que l'information circule efficacement. Les responsables des programmes ont donné des exemples de différents canaux de communication au cours des entretiens. Par exemple, les responsables du programme de cybersanté ont indiqué qu'ils participaient régulièrement à la conférence de Digital Health Canada afin de se tenir au courant des changements émergents dans le secteur et de poursuivre les conversations avec les principaux intervenants. Toutefois, il a été souligné que les canaux de communication utilisés avant la pandémie étaient plus solides grâce aux réunions en personne et aux présentations régulières des projets, ce qui, selon les personnes interrogées, facilitait une communication et une compréhension plus claires.

Lors de discussions avec des partenaires externes, un certain nombre de personnes interrogées ont soulevé des préoccupations au sujet de leur capacité à communiquer avec les représentants du programme de SAC. Ces personnes ont mentionné qu'il serait avantageux de pouvoir compter sur des représentants plus accessibles et qui peuvent se rendre dans la communauté pour donner des conseils et partager les connaissances.

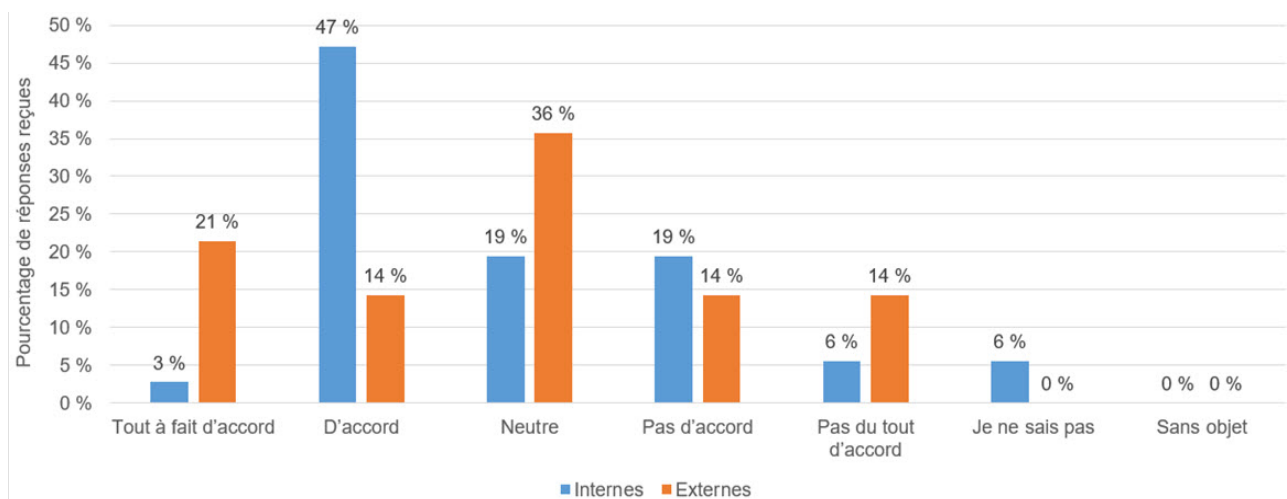
Le roulement susmentionné du personnel de SAC a été souligné pendant les entretiens en réponse à la question sur la pertinence de la communication, les personnes interrogées insistant sur le fait que le roulement entraîne une rupture majeure des communications. Sans la présence constante du personnel de SAC dans les régions, la capacité des régions de SAC de comprendre les priorités et les besoins des Premières Nations et des Inuit est affectée et peut entraîner un manque de promotion adéquate du financement pour répondre à ces besoins.

Malgré les résultats surtout positifs du sondage et des entretiens sur la communication, des défis particuliers ont été relevés dans les entretiens avec les partenaires internes et externes au sujet des rôles et des responsabilités et du mandat ministériel de transfert de services.

CLARTÉ ET RÉPARTITION DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS

Les données du sondage indiquent que les partenaires ont une perception différente de la clarté et de la pertinence des rôles et des responsabilités au sein de leurs programmes respectifs. Les partenaires internes sont les plus d'accord (47 %), tandis que les partenaires externes sont neutres (36 %).

Figure 28 – Le rôle et les responsabilités de ce programme et de son personnel sont clairement définis, bien compris et communiqués efficacement



Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

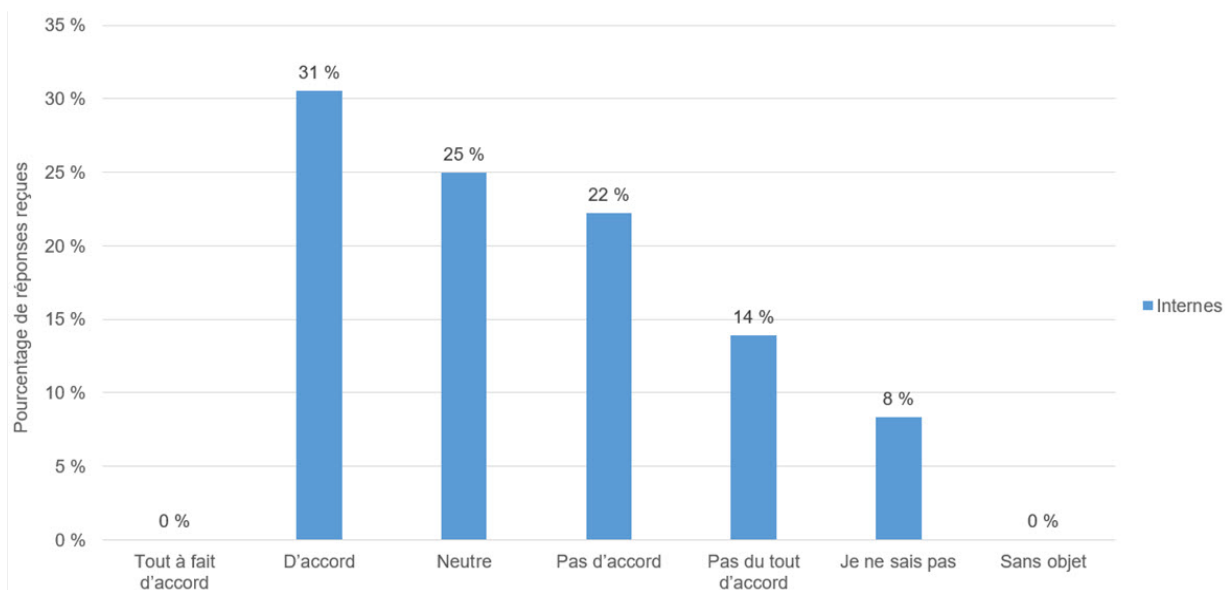
Bien que les partenaires internes aient généralement répondu positivement au sondage en ce qui concerne la clarté des rôles et des responsabilités, les personnes interrogées ont souligné la nécessité d'améliorer la clarté de la répartition des rôles et des responsabilités entre l'AC et les régions de SAC, en particulier lorsqu'elles sont confrontées à des défis associés à un financement insuffisant. Selon les entretiens, l'AC de SAC était auparavant responsable de la gestion des budgets des programmes et de l'affectation des fonds aux régions en fonction des plans de travail présentés par les régions. Cependant, les rôles ont changé depuis, et l'AC de SAC n'exerce maintenant qu'un contrôle minimal sur les affectations de fonds; ce sont les régions qui détiennent le pouvoir et qui déterminent comment le financement est attribué dans la région. En raison de changements internes comme celui-ci, on a fait remarquer dans un groupe de discussion qu'il y a parfois de la confusion à l'interne quant aux personnes à contacter lorsque des questions sont soulevées au sujet des processus administratifs et des approbations du programme. De plus, les partenaires ont souligné que les changements de leadership qui surviennent à la fois à l'interne au sein de SAC et à l'externe au sein des communautés des Premières Nations et des Inuit peuvent entraîner des changements dans les priorités ou les approches pour répondre à ces priorités. Il peut donc être difficile de maintenir la clarté des rôles et des responsabilités à l'interne entre l'AC et les régions, et par la suite entre les régions et les Premières Nations et les Inuit. En particulier, les partenaires internes ont souligné le besoin de clarifier les rôles et les responsabilités dans le cadre du transfert de services, y compris le soutien après le transfert aux Premières Nations et aux Inuit. Ce pourrait être l'occasion

de veiller à ce que les processus internes fondamentaux de SAC qui appuient l'atteinte des objectifs du Ministère liés aux programmes du groupe soient clairement définis, documentés et communiqués. Ces processus doivent permettre une certaine souplesse en cas de changement des priorités, mais ils devraient également favoriser une meilleure harmonisation des attentes entre les partenaires des programmes et les Premières Nations et les Inuit en ce qui concerne les rôles et les responsabilités liés au programme.

COMMUNICATION SUR LE TRANSFERT DE SERVICES

Dans le sondage, on a demandé aux partenaires internes s'ils croyaient que l'information sur le transfert de services avait été communiquée efficacement à leurs équipes. Les résultats variaient, une grande partie des répondants indiquant qu'ils étaient d'accord (31 %), neutres (25 %) ou en désaccord (22 %) avec cet énoncé.

Figure 29 – Les renseignements sur le transfert de services sont communiqués efficacement à mon équipe et à moi-même.



Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

Au cours des entretiens, le manque de clarté de la communication au sujet du mandat ministériel de transfert de services a été attribué aux facteurs suivants :

- Le transfert ministériel de programmes de Santé Canada à SAC et le roulement qui en a résulté ont entraîné un manque de compréhension du mandat du Ministère, particulièrement en ce qui concerne la façon dont les programmes du groupe sont censés appuyer la réalisation d'un transfert de services élargi aux Premières Nations et aux Inuit. Il a également été noté qu'il y a un manque de clarté concernant le « transfert avec un petit 't' » de programmes et de services de santé particuliers par rapport au « transfert avec un grand 'T' » à grande échelle de moyens de systèmes de santé complets, tant pour SAC que pour les membres des communautés des Premières Nations, en particulier en ce qui a trait à la manière dont le premier peut constituer un obstacle au second, ou à la manière dont le premier peut être utilisé pour soutenir la réalisation du second.
- Le cloisonnement des programmes du groupe entraîne un manque d'harmonisation de l'approche du transfert de services, ce qui crée des difficultés d'opérationnalisation.

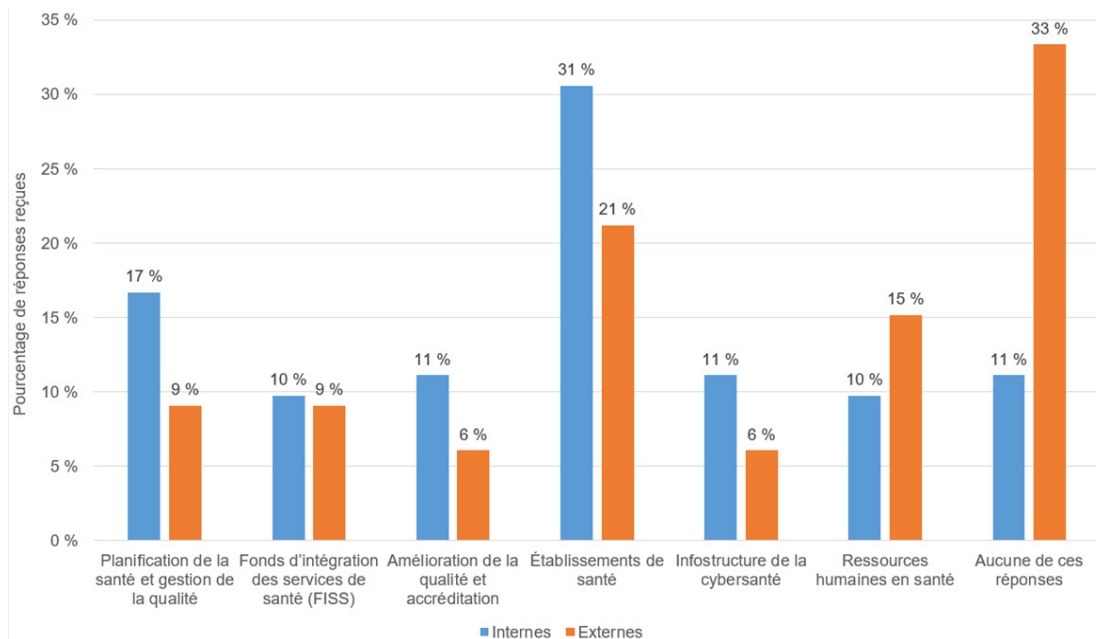
- Les protocoles d'échange de renseignements constituent un obstacle, car les documents classifiés ne peuvent pas être communiqués par les partenaires internes de SAC et les partenaires de mise en œuvre externes (c.-à-d. la RSPN) conformément à la *Loi sur la protection de l'information*, qui limite les personnes avec lesquelles il est possible de communiquer, ce qui empêche les conversations et les efforts d'établissement de relations avec les partenaires clés.

Les partenaires ont fait remarquer qu'une collaboration accrue entre les programmes du groupe autour des messages sur le transfert de services améliorerait l'harmonisation de l'approche, surtout parce que les objectifs des programmes du groupe sont déjà bien harmonisés les uns avec les autres (c.-à-d. du point de vue de la conception des programmes). D'autres détails sur la collaboration entre les programmes du groupe sont fournis dans la prochaine constatation.

CONSTATATION 18 : Les partenaires des programmes ont l'impression que les programmes du groupe fonctionnent en vase clos, ce qui nuit à la productivité et à l'efficacité de la conception et de l'exécution du programme. Il est possible d'améliorer la collaboration entre les programmes et de la rendre plus intentionnelle.

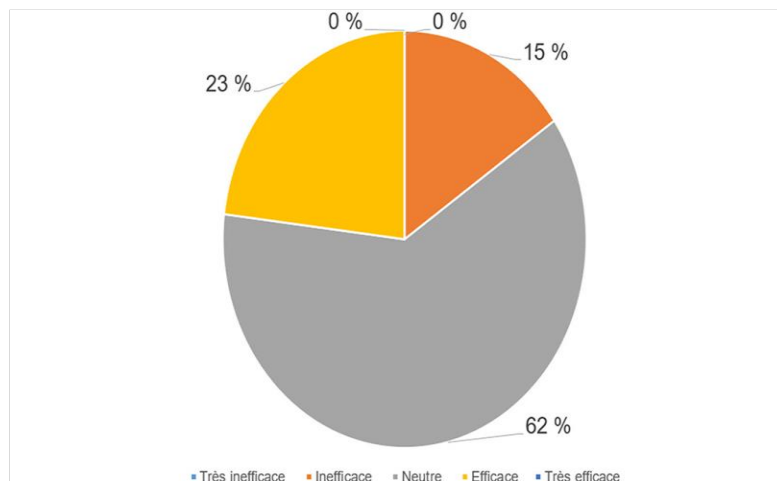
Les personnes interrogées ont souligné qu'il existe des liens clairs entre tous les programmes du groupe parce qu'ils visent tous des objectifs communs et qu'ils sont essentiels à la réalisation d'un éventuel transfert de services. Certains partenaires ont fait remarquer que le programme de PSGQ et l'agrément sont les éléments constitutifs du groupe, en ce sens qu'ils aident les Premières Nations et les Inuit à jeter des bases efficaces pour la prestation de programmes et de services de santé qui répondent à leurs besoins uniques (p. ex. déterminer les besoins et les priorités des Premières Nations et des Inuit, élaborer des politiques et des procédures, établir des mécanismes de gouvernance, définir les rôles et les responsabilités, etc.). Ce point a été mis en évidence dans le sondage mené auprès des partenaires à qui on a demandé d'indiquer les autres services d'infrastructure de la santé avec lesquels ils collaborent dans l'exercice de leurs fonctions. Ce sont 31 % des partenaires internes qui ont indiqué que le PES est le service d'infrastructure de santé avec lequel ils ont collaboré pour s'acquitter de leurs tâches, suivi du programme de PSGQ (17 %), du PAQA et de la cybersanté (11 % chacun), puis du FISS et des RHS (10 % chacun). Cependant, 11 % des partenaires internes sondés ont indiqué « aucune de ces réponses ».

Figure 30 – Avec quels autres services de soutien de l'infrastructure de la santé collaborez-vous pour accomplir vos tâches?



Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

Figure 31 – Efficacité et productivité des relations entre les programmes



Pour compléter l'information recueillie dans le cadre des sondages, on a demandé aux partenaires au cours des entretiens de donner leur perception de l'efficacité et de la productivité des relations entre les programmes. La majorité des répondants ont indiqué un point de vue neutre (62 %); 23 % ont indiqué que les relations étaient efficaces, et 15 %, inefficaces. Les résultats confirment les commentaires généraux recueillis lors des entretiens concernant le manque

Source : Entrevues de SAC Evaluation, 2022-2023.

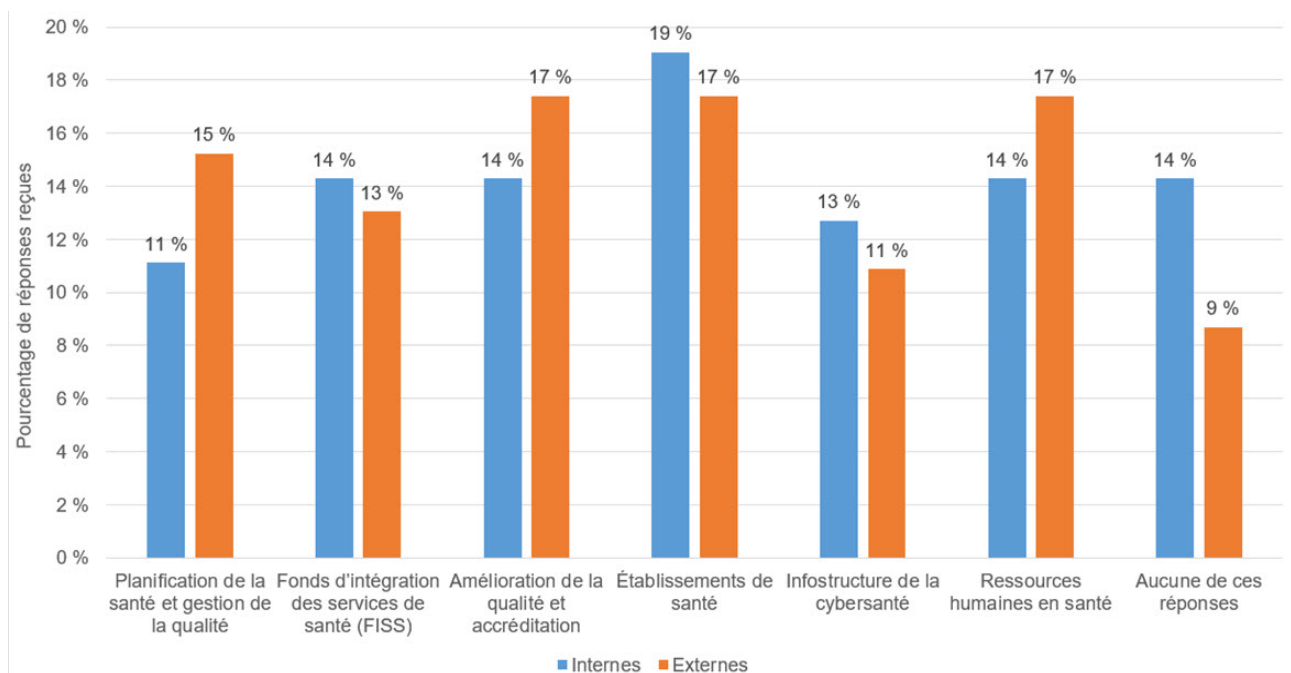
d'interaction significative entre les programmes. Selon les entretiens, les programmes n'ont pas beaucoup d'occasions de collaborer, et certaines personnes interrogées qui ont indiqué avoir un point de vue neutre à l'égard de cette question l'ont fait parce qu'elles estimaient qu'il n'y avait pas de véritable lien entre les programmes du groupe sur lequel formuler des commentaires. Un représentant régional du programme a souligné que les relations entre les programmes ont tendance à être informatives, mais pas très collaboratives. Il a également été souligné que la régionalisation des programmes du groupe crée des cloisonnements, ce qui complique la détermination des points communs possibles entre les programmes ou l'exploitation des gains d'efficacité potentiels. Le sentiment commun partagé pendant les entretiens était que les programmes fonctionnent bien dans

le même écosystème; cependant, il y a peu de communication ou de collaboration intentionnelle entre les programmes.

Il est important de noter qu'il y a eu des variations dans les réponses entre les programmes et les régions; des partenaires ont fait remarquer que la complémentarité de certains programmes du groupe pourrait être mise davantage à profit dans certains domaines que dans d'autres. Par exemple, les représentants des programmes ont souligné que la cybersanté a collaboré étroitement avec le PES et le programme de PSGQ, particulièrement pendant la pandémie, pour veiller à ce que les installations d'isolement, y compris des aspects tels que la connectivité à large bande et l'équipement de protection individuelle, soient mises à la disposition des membres des communautés des Premières Nations et des Inuit dans le cadre de l'intervention en cas de pandémie.

Dans le cadre du sondage, on a demandé aux répondants internes et externes s'il y avait d'autres programmes du groupe avec lesquels la collaboration augmenterait les avantages pour les Premières Nations et les Inuit. Les réponses variaient presque uniformément dans les deux groupes, la réponse la plus fréquemment indiquée pour les partenaires internes étant le PES (19 %). Les réponses PAQA, FISS, RHS et Aucune de ces réponses ont été choisies uniformément (14 % chacune), suivies de la cybersanté (13 %) et du programme de PSGQ (11 %). Les partenaires externes affichaient des tendances semblables, le PES, le PAQA et les RHS (17 %) étant choisis aussi souvent les uns que les autres, suivis du programme de PSGQ (15 %), du FISS (13 %) et de la cybersanté (11 %).

Figure 32 – Y a-t-il d'autres services de soutien de l'infrastructure de la santé avec lesquels la collaboration augmenterait les avantages pour les Premières Nations et les Inuit?



Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

Il convient de noter que ces données sont influencées par les programmes auxquels le répondant participe (c.-à-d. que si la plupart des répondants participent au programme de PSGQ, ils le sélectionneront moins comme un programme avec lequel collaborer).

Les entretiens ont fait ressortir que le concept du groupe a le potentiel de fonctionner très efficacement, mais, dans la pratique, les partenaires des programmes perçoivent que les programmes du groupe fonctionnent généralement en vase clos. Dans l'ensemble, les partenaires ont souligné que les programmes sont harmonisés et qu'il est donc possible de collaborer entre les programmes.

Il convient de noter que, bien que cela ait été fait en dehors de la période visée par l'évaluation, le Ministère a apporté des changements importants au répertoire des programmes de SAC pour l'exercice 2023-2024 afin d'améliorer l'harmonisation des programmes de SAC qui contribuent à des résultats semblables. En particulier, cette réorganisation a pour objectif global de renforcer la mesure du rendement aux niveaux des programmes et des ministères et de rationaliser les programmes et les activités du Ministère afin d'en améliorer l'efficacité¹¹⁶. Dans le cadre de la nouvelle structure proposée, le programme de cybersanté relèvera des soins de santé primaires; le programme de PSGQ, le FISS, le PAQA, RHS et l'accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique relèveront tous du Soutien aux systèmes de santé; et le PES relèvera de l'Infrastructure communautaire. Ces changements indiquent une évolution dans une direction efficace; cependant, les avantages potentiels de ces changements au répertoire des programmes, comme l'efficacité accrue de la collaboration entre les sous-programmes, se situent en dehors de la période visée par l'évaluation.

3.3 Transfert de services

Question d'évaluation : L'objectif ministériel de transfert de services correspond-il aux besoins des Premières Nations et des Inuit?

CONSTATATION 19 : L'objectif du transfert de services est aligné sur le besoin d'autonomie et de soutien en santé des Premières Nations, mais il faut soutenir le renforcement des capacités et le financement durable pour la planification à long terme.

Le mandat de SAC est de travailler en collaboration avec ses partenaires pour améliorer l'accès des Premières Nations, des Inuit et des Métis à des services de grande qualité. La vision du Ministère consiste à donner aux peuples autochtones les moyens de fournir indépendamment des services et de gérer les conditions socioéconomiques dans leurs communautés. À ce titre, l'un des principaux objectifs du Ministère est de réussir le transfert de services aux peuples autochtones. Le présent rapport porte plus particulièrement sur le transfert de services de santé aux Premières Nations et aux Inuit.

Dans le contexte de la présente évaluation, SAC définit le transfert de services¹¹⁷ comme le transfert ou le déplacement du contrôle des programmes, des politiques et des services administrés par le gouvernement fédéral aux organisations dirigées par les Premières Nations et les Inuit, en soutenant l'autodétermination et le contrôle des Premières Nations et des Inuit dans la conception, l'élaboration

¹¹⁶ Responsables du programme de désignation pour le répertoire de programmes 2023-2024 de SAC, 2023 [Examen de la documentation, réf. 4.8.2]

¹¹⁷ À noter que le transfert de services est aussi communément appelé transformation de la santé, autonomie gouvernementale, autodétermination et dévolution.

et la mise en œuvre de leurs propres programmes, services et politiques afin de répondre à leurs besoins et priorités uniques et de respecter leurs pratiques culturelles distinctes.

Étant donné que le transfert de services vise à améliorer la qualité des services de santé offerts aux Premières Nations et aux Inuit, il est essentiel de se demander si cet objectif correspond aux besoins des Premières Nations et des Inuit.

Au cours des entretiens, il en est ressorti clairement que le transfert de services correspond aux besoins cernés des Premières Nations en matière de prise en charge de leurs propres services et d'élaboration de programmes qui répondent à leurs besoins uniques en matière de santé. La plupart des entretiens avec les représentants des Premières Nations (77 %) et les responsables de programme (71 %) ont mis en évidence cette harmonisation, en exprimant particulièrement le désir d'accorder la priorité à leurs propres communautés d'une manière qui n'est pas sous le contrôle du gouvernement fédéral et en affectant des ressources à des programmes qui répondent aux besoins particuliers de leurs propres communautés.

Cependant, il a également été souligné que, bien que la majorité des Premières Nations souhaitent que les services soient transférés, le défi réside dans le niveau de ressources requis pour qu'un transfert soit réussi. En particulier, les personnes interrogées ont fait état d'un manque de capacité suffisante et d'un grave manque de financement durable qui a une incidence sur la capacité des Premières Nations et des Inuit de prendre en charge des services. Par conséquent, certaines communautés résistent au transfert à l'heure actuelle, car cela ne ferait qu'alourdir la charge des services de santé déjà surchargés.

De nombreuses personnes interrogées ont également indiqué que la taille d'une communauté est un facteur déterminant de son intérêt et de sa volonté d'accepter un transfert de services. Un certain nombre de personnes interrogées ont fait la distinction entre le transfert de services directement aux Premières Nations et le transfert de services à une organisation dirigée par les Premières Nations, semblable à la RSPN. Cette dernière solution a été jugée prometteuse pour combler les lacunes en matière de capacité et d'expertise qui peuvent exister dans les petites communautés, tout en garantissant l'harmonisation avec les besoins des Premières Nations. Cependant, les discussions avec les représentants des Premières Nations en milieu urbain ont fait ressortir un point de vue différent. Un certain nombre de défis soulignés dans ce rapport sont centrés sur les expériences des Premières Nations au sein de la communauté. Cependant, une grande partie de la population des Premières Nations vit à l'extérieur des communautés, dans les centres urbains.

Lors des discussions avec les représentants des Premières Nations et les partenaires de mise en œuvre, on a fait remarquer que le transfert de services présentait des défis uniques pour les Premières Nations en milieu urbain. Plus précisément, on s'est inquiété du fait qu'avec un transfert complet des services, les Premières Nations en milieu urbain ne bénéficieront plus du financement nécessaire à l'amélioration des services de santé, car les soins de santé des Premières Nations ne seront plus du ressort des gouvernements provincial ou fédéral, mais plutôt des organisations des Premières Nations, dont les priorités pourraient être les membres des communautés vivant

dans les réserves. Par conséquent, il est important de tenir compte des répercussions du transfert de services sur l'accès à des services de santé de qualité pour toutes les Premières Nations et tous les Inuit. Une analyse plus approfondie des conditions nécessaires au transfert de services et des obstacles actuellement en place est décrite plus en détail dans les sections suivantes.

ÉTUDE DE CAS 8

Organisation : Giishkaandagot'lkwe Health Services (Autorité de santé de la zone tribale de Fort Frances)

Région : Ontario | Orientation du programme : Planification de la santé; FISS

Giishkaandagot'lkwe Health Services ont vu leur programme de santé environnementale et publique leur être dévolu, qui a été financé par le FISS.

Le programme de santé environnementale et publique a mobilisé 10 Premières Nations du district pour les aider à évaluer leur santé et leur bien-être. Le programme repose sur sept piliers :

- Contrôle des maladies transmissibles
- Eau potable
- Logement sain
- Gestion de l'eau et des eaux usées
- Préparation et intervention en cas d'urgence
- Salubrité des aliments
- Inspections des établissements

Depuis la prise en charge de ce programme, Giishkaandagot'lkwe Health Services ont embauché un analyste de la qualité de l'eau et effectué des analyses et des opérations liées à l'eau. Ils ont créé et adopté des politiques et des procédures liées aux travaux d'infrastructure physique (champs d'épuration, codage, morsures d'animaux), ainsi que des efforts d'éducation et de planification communautaire pour accroître la sensibilisation et l'éducation à leur système d'approvisionnement en eau.

Conditions nécessaires au transfert de services

Tout au long de cette évaluation, les partenaires ont été invités à partager leurs points de vue sur les conditions qui doivent être réunies dans une communauté pour qu'elle soit prête pour le transfert de services. La plupart des personnes interrogées ont convenu que pour réussir le transfert de services, les Premières Nations et les Inuit doivent pouvoir compter sur un financement durable, l'accès au soutien et à la formation, des relations efficaces avec les partenaires des programmes, plus précisément le personnel de SAC, et des structures de gouvernance. On souligne également que l'approche choisie pour le transfert de services est essentielle à son succès éventuel.

Relations efficaces et adhésion des intervenants

D'abord et avant tout, pour être en mesure de transférer efficacement les services, les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit doivent avoir la capacité de gérer ces services à long terme. Par conséquent, la transition entre l'état actuel et un état de transfert exige des relations efficaces entre les partenaires des programmes et les Premières Nations et les Inuit pour permettre le renforcement des capacités nécessaires.

Les personnes interrogées ont souligné le besoin d'ouverture, de sensibilisation à la culture et à la sécurité, et de communication ouverte dans les relations afin de s'assurer que les partenaires comprennent l'image globale des éléments qui doivent être intégrés pour que les services soient appropriés pour les Premières Nations et les Inuit. Pour qu'une relation soit fructueuse, les partenaires des programmes doivent collaborer avec les Premières Nations et les Inuit d'une manière cohérente et significative afin d'instaurer un climat de confiance, de mieux comprendre les

besoins définis et d'aider les Premières Nations et les Inuit à assumer un véritable contrôle sur l'allocation des ressources. Cette confiance doit également être présente dans les relations financières et se manifester par une réduction des exigences en matière de rapports et de planification. Les entretiens ont mis l'accent sur le fait que les membres des Premières Nations ont besoin de la liberté d'affecter les ressources fournies là où ils le jugent bon.

De plus, il a été souligné que le transfert ne peut se faire uniquement en fonction du désir des membres des communautés des Premières Nations et des Inuit, mais que l'adhésion de tous les partenaires, y compris le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, et d'autres entités de santé concernées est nécessaire pour que les Premières Nations et les Inuit puissent avoir accès aux ressources appropriées pour assurer le renforcement des capacités et une transition efficace.

Les représentants régionaux font remarquer qu'il faudrait envisager de maintenir des rôles résiduels clés au sein des régions de SAC afin de continuer à offrir du soutien pendant le transfert du contrôle des services. Il faudrait mobiliser les Premières Nations et les Inuit afin de comprendre et de confirmer qu'il y a un besoin de soutien plus léger, mais continu, de la part des régions de SAC pendant le processus de transfert de services.

ÉTUDE DE CAS #9

Organisation des chefs du Sud (OCS)

Région: Manitoba | Programme : FISS

L'Organisation des chefs du Sud fait remarquer qu'ils sont à la phase de planification et de conception du transfert des services de transformation de la santé et que, lorsque les données ont été recueillies pour cette évaluation, aucun programme de SAC ne lui avait été activement dévolu. Le OCS demande une responsabilité accrue en matière de programmation et de financement alors qu'il dirige le processus de transfert des services. Si les organisations, y compris OCS, n'étaient pas obligées de se faire concurrence pour obtenir des fonds à partir de la même enveloppe budgétaire, on pourrait s'attendre à ce qu'elles soient davantage en mesure d'offrir des programmes et des services globaux aux collectivités des Premières nations du Sud du Manitoba.

Le système tel qu'il fonctionne actuellement ne favorise pas la collaboration au sein des Premières nations parce que souvent les gouvernements provinciaux ou fédéraux fournissent des fonds à la fois à de grandes organisations pour mener à bien de grandes possibilités de changement de système et à des entités plus petites pour effectuer une partie de ce travail, ce qui crée de

Connaissances et expertise

Une autre condition nécessaire à la réussite du transfert de services, liée à des relations efficaces, est la connaissance et l'expertise requises dans les rôles clés (p. ex. directeurs de la santé, administrateurs de la santé, rôles de gestion, etc.) au sein des communautés des Premières Nations et des Inuit pour permettre la prestation des services transférés. Les entretiens ont mis en évidence la valeur des partenaires des programmes à l'extérieur des communautés des Premières Nations et des Inuit, qui peuvent partager leurs connaissances et leur expertise et offrir la formation nécessaire dans les domaines où la capacité n'est peut-être pas aussi développée.

Des sentiments semblables ont été exprimés au sujet de l'accès aux ressources et à l'information. Afin de transférer efficacement les services, les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit doivent comprendre ce qui est en jeu et la meilleure façon de se préparer au transfert de services. Selon les entretiens, on s'attend à ce que SAC aide les Premières Nations et les Inuit à obtenir cette information. Cela pourrait comprendre la facilitation du partage des connaissances, où les pratiques exemplaires et les leçons apprises de SAC et des partenaires de programme pertinents sont communiquées de façon uniforme et généralisée aux Premières Nations et aux Inuit.

Financement durable

Le financement est nécessaire pour renforcer la capacité des Premières Nations et des Inuit et assurer la sécurité des patients, tant du point de vue de l'infrastructure physique (p. ex. entretien des établissements de santé, équipement approprié) que du point de vue du personnel (p. ex. formation et expertise). Ce n'est que lorsque les Premières Nations et les Inuit pourront planifier en toute confiance des programmes et des projets en sachant que le financement continuera à soutenir ces initiatives, en tenant compte des besoins essentiels en matière de santé, qu'ils pourront compter sur les meilleures conditions pour transférer les services.

L'importance d'investir dans l'infrastructure (c.-à-d. physique, technologique, de gouvernance, etc.) afin de réaliser le transfert de services a été soulignée à plusieurs reprises par les groupes d'intervenants; un intervenant interne a précisé qu'une grande partie de son succès jusqu'à présent est attribuable aux dépenses dans l'infrastructure. L'infrastructure est un élément crucial de la capacité des Premières Nations et des Inuit de fournir des soins adéquats et sécuritaires et est considérée comme une condition nécessaire au transfert de services.

Structures de gouvernance

Une autre condition nécessaire fréquemment relevée parmi les divers groupes d'intervenants était la mise en place d'une structure de gouvernance appropriée.

Le transfert de services est plus qu'un simple transfert de contrôle du financement aux Premières Nations et aux Inuit; il doit plutôt s'agir d'un transfert de propriété des programmes et des services. Les personnes interrogées ont souligné la nécessité d'établir des structures de gouvernance appropriées avec une reddition de comptes bidirectionnelle (c.-à-d. reddition de comptes de SAC et reddition de comptes des Premières Nations et des Inuit). afin de s'assurer que les ressources sont allouées de façon efficiente et efficace pour atteindre les objectifs des programmes et des services destinés aux Premières Nations et aux Inuit. Selon les entretiens, il est impératif que les cadres de reddition de comptes et de rapport soient définis et élaborés en partenariat avec les Premières Nations et les Inuit. La valeur d'une gouvernance solide réside dans la capacité d'assurer la surveillance des programmes et des services au moyen de processus et de procédures, de rôles et de responsabilités, et de résultats attendus clairement définis, ainsi que d'indicateurs définis pour mesurer le rendement par rapport à ces résultats. La mise en place de ces systèmes permet d'améliorer le partage des connaissances, de rehausser les normes de qualité et de mieux comprendre les forces et les faiblesses pour favoriser la planification stratégique.

Au cours des discussions avec les représentants de la RSPN, il a été précisé que les structures de gouvernance en place, y compris les mécanismes officiels de production de rapports (rapports financiers et narratifs), la participation aux tables de partenariat, et les voies de communication informelles entre les partenaires clés sont essentielles à leur succès continu. D'autres conditions liées à la gouvernance peuvent également faciliter le transfert de services fructueux, comme des politiques et des procédures définies, des stratégies de gouvernance des données et des plans de gestion du changement.

Cette condition renvoie à la valeur accordée par les partenaires des programmes à la poursuite de l'agrément, étant donné que, lorsqu'ils sont agréments, les établissements sont considérés comme capables d'exploiter des systèmes de santé conformes à un ensemble de normes clairement définies, approuvées et acceptées. Comme bon nombre de ces éléments de gouvernance sont déjà en place grâce à l'agrément, les partenaires du PAQA ont fait remarquer que le transfert de services se fait de façon plus harmonieuse.

Approche à l'égard du transfert

Il est mentionné ci-dessus que, bien que l'intention derrière le transfert de services soit alignée sur les besoins des Premières Nations, des préoccupations ont été soulevées au sujet de l'approche de transfert de services. Plus particulièrement, les personnes interrogées ont souligné la nécessité de collaborer avec les Premières Nations pour comprendre de quels services elles veulent assumer le plein contrôle, et sont actuellement capables de le faire, afin de mieux se concentrer sur le renforcement des capacités dans ces domaines.

Un certain nombre de partenaires internes ont également souligné que l'objectif ne doit pas toujours être un transfert immédiat et complet des services. Les petites victoires (c.-à-d. le transfert à petite échelle) qui peuvent contribuer à une plus grande transformation des services

de santé sont aussi importantes. Cependant, cette affirmation a été quelque peu contredite dans d'autres entretiens, où l'on a fait remarquer que la nature décousue du transfert à petite échelle peut créer des silos et un possible désalignement stratégique lorsque la transformation de la santé en général est l'objectif final.

Malgré l'incohérence des points de vue exprimés lors des entretiens, il est apparu clairement qu'il était important de prendre en compte l'approche de transfert afin de bien comprendre son succès ou ses pièges potentiels. Si le transfert à petite échelle, axé sur des projets, est la meilleure façon d'aller de l'avant pour certaines Premières Nations et certains Inuit, il faudrait tenir compte de la façon dont cela peut être fait et des répercussions pour d'autres projets, entités et partenaires connexes. De façon plus générale, pour contribuer à la réussite du transfert de services, quelle qu'en soit l'ampleur, des efforts devraient être déployés pour s'assurer que les conditions nécessaires au transfert de services décrites dans la présente section sont en place.

Obstacles potentiels au transfert de services

Financement insuffisant

Selon la majorité des personnes interrogées (45 %), le principal obstacle au transfert de services est l'absence de financement durable. Les Premières Nations et les Inuit sont parfois dissuadés de prendre le contrôle des services parce qu'ils n'ont pas accès à un financement suffisant pour maintenir les services à long terme.

Tout au long des entretiens, il a été largement mentionné que le manque de financement pour les programmes du groupe, et par la suite pour les gens des communautés des Premières Nations et des Inuit qu'ils desservent, est insuffisant pour atteindre l'objectif des programmes individuels et, par extension, l'objectif plus général du Ministère en matière de transfert de services¹¹⁸.

ÉTUDE DE CAS 10

Première Nation d'Onion Lake

Région : Saskatchewan et Alberta | Orientation du programme : FISS

Onion Lake a pris le plein contrôle des programmes de santé communautaire, des programmes et des services de santé non assurés, et des soins ambulatoires. La Nation a négocié avec la province de la Saskatchewan pour établir un service d'ambulance dédié pour les membres de sa communauté. Elle a également négocié avec les anciennes autorités régionales de la santé avant leur dissolution pour former la seule qui reste, l'autorité de la santé de Saskatchewan -----, ce qui a permis de négocier les services au niveau provincial.

Les programmes de santé communautaire offerts par Onion Lake comprennent les soins prénataux et postnataux, l'imagerie médicale par rayons X, une pharmacie et un service de clinique doté de médecins et d'infirmières praticiennes. Ces initiatives ont été appuyées en partie par le Fonds d'intégration des services de santé. La Nation élabore actuellement son propre système de soins de santé pour la prestation de soins de santé primaires.

¹¹⁸ Des détails supplémentaires sur les niveaux de financement sont décrits dans la constatation n° 21 du présent rapport.

En raison de niveaux de financement insuffisants, les Premières Nations et les Inuit sont incapables de répondre adéquatement à tous les besoins les plus importants. Lorsqu'on tient compte des déterminants sociaux de la santé, des besoins en matière d'infrastructure et des services de santé d'urgence, il est souvent difficile de déterminer quel domaine est le plus prioritaire, en particulier lorsque les ressources financières sont limitées pour soutenir tous les besoins. D'une part, les services d'urgence sont nécessaires pour faire face aux crises actuelles; d'autre part, il faut s'attaquer aux problèmes fondamentaux, comme les déterminants sociaux de la santé, pour réduire ou prévenir le nombre d'urgences en santé.

Un certain nombre de personnes interrogées (6 %) ont aussi signalé l'absence de soins de santé complets, car certains membres du personnel de la santé peuvent être financés par diverses voies (à titre d'exemple, les médecins pourraient être financés à la fois par le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial, les membres du personnel infirmier pourraient être des employés fédéraux, et d'autres membres du personnel des soins de santé pourraient provenir directement de la communauté). Le défi posé par le fait que plusieurs administrations fournissent des services de soins de santé dans les réserves peut entraîner un manque de soins intégrés, particulièrement lorsque les rôles et les responsabilités ne sont pas clairement définis et que les politiques et les procédures globales (p. ex. le partage de données et de renseignements sur les patients entre diverses parties d'un système de santé ou entre différents types de soins de santé qui fonctionnent) ne sont pas en place pour guider l'ensemble de la prestation de services de soins de santé dans les communautés. Par conséquent, un financement suffisant est nécessaire non seulement pour répondre à la vaste gamme de besoins des Premières Nations et des Inuit, mais aussi pour favoriser une plus grande intégration des services de soins de santé, un aspect qui constitue l'objectif principal du FISS.

Roulement du personnel de SAC

Comme il est indiqué ci-dessus dans la constatation n° 16, selon les entretiens, le taux de roulement du personnel à SAC a créé des obstacles à la capacité des membres des communautés des Premières Nations d'établir des relations et d'accéder à du soutien dans des domaines clés. Par exemple, un représentant des Premières Nations a mentionné qu'il recevait du soutien pour l'analyse des données et l'accès du personnel régional de SAC; cependant, lorsque le représentant de SAC a changé de poste, la Première Nation n'était plus en mesure de recevoir ce soutien. Le besoin constant de rebâtir les relations érode la confiance que les Premières Nations et les Inuit ont dans la capacité de réaliser des progrès et de rester alignés avec SAC dans une voie commune vers un éventuel transfert de services.

Diverses étapes de préparation

En ce qui concerne le transfert avec un petit « t », le défi qui découle des différentes tailles des communautés ainsi que des diverses étapes de leur préparation au transfert de services a souvent été mentionné. Pour le transfert avec un grand « T », le transfert intégral des programmes et des services de santé à une région ou à une province entière peut être difficile à réaliser lorsque toutes les communautés de cette région ne sont pas encore équipées pour prendre en charge les services, ou si la capacité d'un organe de gouvernance représentatif des Premières Nations ou des Inuit qui fournira les services est limitée.

Certains représentants de programme ont fait remarquer qu'il est important de reconnaître que les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit peuvent avoir besoin de différents niveaux de soutien pour la prestation de services, étant donné que certaines communautés fonctionnent déjà de manière indépendante, tandis que d'autres peuvent être en mesure d'assumer certains services, mais pas tous. Dans l'ensemble, il faut soutenir le renforcement des capacités au sein des communautés afin d'améliorer l'état de préparation général au transfert. Cependant, le défi

demeure que le transfert de services n'est pas une approche universelle et qu'il faut faire preuve de souplesse pour répondre aux besoins uniques des Premières Nations et des Inuit à l'approche du transfert de services. Il convient également de souligner que les programmes et les services qui seront éventuellement transférés aux Premières Nations et aux Inuit doivent eux-mêmes être prêts à être transférés (p. ex. ils doivent être suffisamment financés, des mécanismes de gouvernance doivent être établis, des mécanismes de partage et de transfert des connaissances doivent être mis en place, etc.). Il est important que SAC s'efforce d'atteindre un niveau de préparation dans ses programmes et services de santé afin que les Premières Nations et les Inuit ne soient pas confrontés au fardeau supplémentaire de la « réadaptation » des programmes et des services avant qu'ils puissent en assumer pleinement le contrôle.

Question d'évaluation : Comment les programmes du groupe ont-ils travaillé pour assurer le transfert éventuel des responsabilités ministérielles aux Premières Nations et aux Inuit?

Dans la constatation n° 19, ce rapport a évalué le niveau d'harmonisation entre l'objectif de transfert de services du Ministère et les besoins en santé des Premières Nations et des Inuit. Les entretiens ont permis de constater que l'objectif global consistant à transférer le contrôle des principaux services de santé aux communautés correspondait très bien à leurs besoins; toutefois, la façon dont ce transfert serait effectué est essentielle à l'harmonisation et à la durabilité des services après le transfert. Compte tenu de ces résultats, la présente section examine le rôle que les programmes du groupe ont joué et continuent de jouer dans le renforcement de la capacité nécessaire dans les communautés pour prendre en charge les services et assurer le transfert éventuel des responsabilités ministérielles aux Premières Nations et aux Inuit.

CONSTATATION 20 : Chaque programme du groupe contribue au renforcement de la capacité pour faciliter le transfert de services. Bien que les programmes du groupe aient progressé vers l'atteinte de leurs résultats immédiats prévus respectifs, il existe des lacunes importantes dans la durabilité requise pour produire des résultats systémiques à long terme.

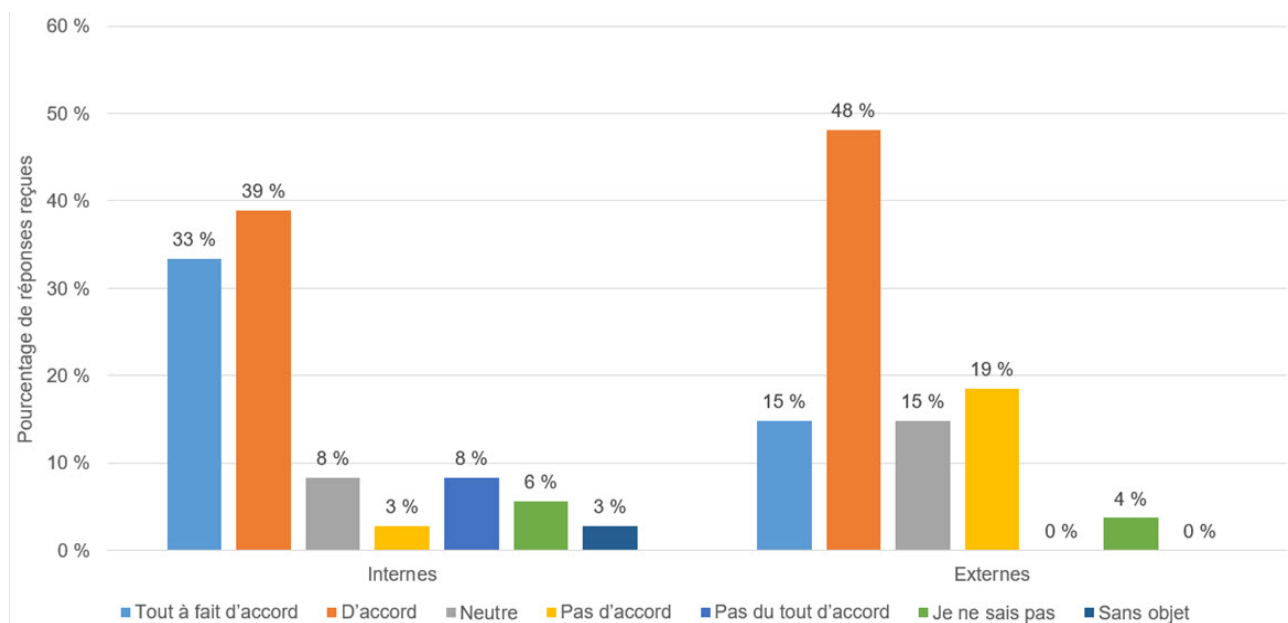
Au moyen d'entretiens, cette évaluation a examiné la mesure dans laquelle les programmes du groupe contribuent au changement systémique dans la façon dont le gouvernement fédéral offre des services de santé aux Premières Nations et aux Inuit. Compte tenu du mandat du Ministère en matière de transfert de services et de la façon dont la dévolution des services aurait une incidence sur la prestation des services de santé aux Premières Nations et aux Inuit, la présente section vise à déterminer si les programmes collaborent efficacement pour atteindre cet objectif.

Les répondants avaient des perceptions variées du rôle du groupe dans le transfert de services et la création de changements systémiques. Les entretiens ont mis en évidence le fait que l'objectif ultime du groupe est que ces programmes soient contrôlés et conçus par les établissements autochtones. Selon les entretiens, cela nécessite un changement de l'état d'esprit courant des programmes nationaux vers une compréhension de la localisation potentielle nécessaire pour répondre aux besoins de chaque région ou nation. Les partenaires des programmes ont souligné l'importance de ne pas intégrer davantage les programmes dans le système fédéral en veillant à ce que la prise de décisions soit entre les mains des Premières Nations et des Inuit.

Lorsqu'on leur a demandé de partager leur avis au sujet de si les Premières Nations et les Inuit sont traités comme des partenaires égaux dans les services de santé, la plupart des répondants au sondage ont répondu par l'affirmative; toutefois, 15 % des répondants externes étaient neutres et 19 % des répondants externes ont indiqué qu'il y avait encore place à l'amélioration. Il convient

également de noter que, bien que les deux groupes aient répondu positivement, les répondants internes ont indiqué beaucoup plus rapidement que les répondants externes qu'ils étaient « fortement d'accord » pour dire que les Premières Nations et les Inuit étaient des partenaires égaux. Cela témoigne d'un décalage de perception, les Premières Nations et les Inuit se sentant moins des partenaires égaux que les partenaires internes le croient. D'après les renseignements recueillis au cours des entretiens et des sondages, l'évaluation a permis de constater qu'il peut être difficile pour les Premières Nations et les Inuit de se sentir comme des partenaires égaux en raison des nombreux obstacles et défis relevés dans les constatations précédentes, tels que l'insuffisance du financement et le manque de soutien au renforcement des capacités.

Figure 33 – Les Premières Nations et les Inuit qui ont accès à des infrastructures de santé sont des partenaires égaux dans la planification, le développement et la surveillance pour s'assurer que les infrastructures répondent à leurs besoins et leur procurent les meilleurs résultats



Source : Enquête de SAC Evaluation, 2022.

Interrogés particulièrement sur leur perception de la collaboration des programmes du groupe pour réaliser le transfert de services, les réponses des intervenants varient là encore, notamment en fonction du programme concerné. Les personnes interrogées ont fait remarquer que les programmes offrent des possibilités de collaboration; cependant, il y a peu de financement disponible pour permettre une planification durable globale entre les programmes. Le manque de durabilité suggère une incapacité à apporter des changements systémiques durables. La constatation n° 18 ci-dessus contient de plus amples renseignements sur les possibilités d'améliorer la collaboration entre les programmes du groupe.

Malgré ces difficultés, il est important de noter que les programmes du groupe ont permis un transfert de services à petite échelle dans plusieurs communautés en renforçant les capacités au sein de ces communautés et en continuant d'offrir du soutien au besoin. Les entretiens ont mis l'accent sur la relation entre le renforcement des capacités dans les communautés par la planification de la santé, la participation au programme d'agrément, l'embauche de personnel communautaire compétent sur le plan culturel et médical, le maintien d'établissements de santé sécuritaires où fournir des services, et la mise en place d'une infrastructure technologique pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins. Les programmes du groupe sont tous axés sur la mise en place des éléments de base

nécessaires pour que les services de santé des Premières Nations et des Inuit soient conformes aux normes nationales canadiennes, et pour que les Premières Nations et les Inuit disposent du soutien nécessaire pour rendre leurs systèmes de soins de santé sûrs et accessibles. Les personnes interrogées ont également fait remarquer que l'accent est actuellement mis sur l'établissement de partenariats et de relations significatifs plutôt que sur la réalisation d'un transfert à grande échelle. Les représentants régionaux ont souligné qu'ils travaillent avec de nombreux organismes, comités et nations pour faire participer les Premières Nations et les Inuit à la conception et à la prestation des services.

3.4 Efficacité

Question d'évaluation : Dans quelle mesure la conception et la prestation des programmes de ce groupe de l'infrastructure de la santé sont-elles rentables?

a. Y a-t-il des façons de les rendre plus rentables?

b. L'affectation de fonds à chacun des programmes et au sein de chacun d'eux est-elle appropriée pour atteindre les résultats attendus?

CONSTATATION 21 : Le niveau actuel de financement est insuffisant et insoutenable pour aider les programmes à atteindre leurs objectifs.

La plupart des partenaires (74 %) consultés tout au long de la présente évaluation ont souligné un grave manque de financement pour les programmes du groupe et, par extension, pour les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit, afin de remédier aux inégalités en santé et d'atteindre les objectifs du programme. Comme l'indiquent la constatation n° 7 et, de façon plus générale, la section sur l'efficacité ci-dessus, les programmes du groupe ont pu progresser vers l'atteinte des objectifs prévus au cours de la période d'évaluation; toutefois, l'ampleur de l'impact des programmes du groupe a été entravée par le manque de ressources financières et humaines disponibles. La section suivante décrit certains des principaux défis liés aux niveaux de financement des programmes du groupe.

Figure 34 – Dépenses annuelles du programme



Source : Dossiers financiers de SAC, extraits en 2023.

Tout au long des entretiens, les partenaires ont fait remarquer que les changements dans la situation économique, en particulier l'inflation, n'étaient pas pris en compte dans les affectations de fonds. L'inflation entraîne une hausse du coût de la vie et du coût des matériaux, deux facteurs qui ont une incidence sur les ressources disponibles pour répondre efficacement aux besoins en santé (p. ex. augmentation des salaires requis, prix de l'équipement, etc.). L'examen des dépenses de programme au cours de la période visée par l'évaluation le confirme. Comme le montre le graphique

ci-dessus, les niveaux de financement des programmes du groupe sont demeurés en grande partie stagnants au cours des six dernières années¹¹⁹.

Outre l'absence générale d'augmentation du financement des programmes du groupe d'une année à l'autre, les défis propres aux programmes suivants ont été relevés :

PES

Au cours des discussions avec les représentants du PES, les personnes interrogées ont mentionné les diverses sources de financement qui ont été allouées au programme au cours des dernières années, y compris l'ordonnance 41 du Tribunal canadien des droits de la personne (TCDP) de 2021, qui prévoit des ordonnances pour que le Canada fournisse des fonds pour l'achat et la construction d'immobilisations pour la prestation de services et de services à l'enfance et à la famille des Premières Nations associés au principe de Jordan^{120,121}. De plus, on mentionne que le financement est reçu en vertu du cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones (AGJEE) qui est affecté à des projets d'immobilisations mineurs. Cependant, les partenaires du PES ont souligné le manque de prise en compte suffisante des changements dans les coûts de construction et ont noté que la situation économique actuelle n'a pas été correctement reflétée dans les affectations de financement annuelles du programme.

Un nombre important (45 %) des personnes interrogées ont insisté sur l'incidence du financement non durable, en particulier sur l'incapacité d'investir dans les activités d'exploitation et d'entretien. Selon les entretiens, la majorité des fonds reçus dans le cadre du PES sont affectés à des projets d'immobilisations, y compris des réparations mineures et des projets de construction d'envergure, et peu d'argent est disponible pour le maintien des installations à long terme.

FISS

À l'instar du PES, les partenaires internes et externes ont signalé un défi lié à la durabilité du financement du FISS. Par exemple, les demandeurs soumettent des propositions pour obtenir du financement par l'intermédiaire du FISS. Toutefois, le financement est limité dans le temps, ce qui signifie que les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit sont tenus d'utiliser les ressources pour élaborer régulièrement des propositions afin d'obtenir un financement supplémentaire dans le but de continuer à progresser dans la réalisation de leurs objectifs et de répondre aux besoins de leurs communautés respectives. Cette situation a également une incidence sur la capacité des Premières Nations et des Inuit de planifier efficacement à long terme, car ce n'est qu'avec un financement durable que les projets et les initiatives communautaires peuvent être maintenus et procurer des avantages aux Premières Nations et aux Inuit à plus long terme.

Programme de PSGQ

Au cours des entretiens, un certain nombre de partenaires ont fait remarquer que le financement du programme de PSGQ est parfois utilisé comme incitatif pour les Premières Nations et les Inuit qui ont pris davantage le contrôle des services de santé. Cela se traduit par une diminution du financement et des ressources alloués aux Premières Nations et aux Inuit qui n'ont pas la capacité d'élaborer un plan de santé. Il s'agit d'un défi unique, car les communautés qui n'ont pas de plan de santé en place ou qui n'exercent peut-être pas un grand contrôle sur la prestation de leurs services

¹¹⁹ Services aux Autochtones Canada, Données financières des programmes du groupe de la santé, de septembre 2021 à avril 2023 [Examen de la documentation, réf. 4.8.9]

¹²⁰ Principe de Jordan : Nommé en mémoire de Jordan River Anderson, ce principe de l'enfant d'abord a été adopté en 2007 par la Chambre des communes afin que tous les enfants des Premières Nations vivant au Canada aient accès à tous les produits, services et soutiens dont ils ont besoin lorsqu'ils en ont besoin. (Extrait de <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1583703111205/1583703134432>)

¹²¹ Gouvernement du Canada, Services aux Autochtones Canada. (17 février 2022) 2021 Tribunal canadien des droits de la personne 41 : Ordonnance. Extrait de <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1644607163941/1644607214188>

de santé sont souvent celles qui ont le plus besoin d'un soutien financier pour réaliser les activités de planification de la santé afin d'établir une base plus solide sur laquelle fournir des services de santé qui répondent aux besoins uniques de leurs communautés respectives.

PAQA

Le montant du financement pour le Programme d'amélioration de la qualité et d'agrément dans le budget de 2018 était de 22,5 M\$ pour l'exercice 2018-2021, avec un financement permanent de 4,5 M\$¹²². Les partenaires du PAQA ont indiqué qu'aucun nouveau financement n'a été reçu depuis 2017-2018, année où le financement du programme d'agrément a été réduit de 75 %. Un nombre important de partenaires (43 %) et la plupart des responsables de programme (71 %) ont souligné que le financement ne soutient pas adéquatement les programmes de PAQA ni de PSGQ. Malgré le succès mentionné, les responsables de programme ont indiqué qu'ils avaient mis fin aux efforts de marketing et de sensibilisation, car le manque de financement entraîne une incapacité à répondre à la demande croissante d'activités d'agrément.

RHS

Bien que de nombreux besoins en matière de santé soient associés aux RHS, le financement du programme ne peut pas être affecté à des domaines de formation plus vastes, y compris la formation continue pour les professionnels de la santé réglementés, l'élaboration ou la modification de programmes d'études, les salaires des travailleurs communautaires et les coûts de remplacement du personnel pour participer à la formation¹²³. Les entretiens avec les représentants des Premières Nations ont permis de constater que le soutien de ces domaines serait bénéfique pour les Premières Nations afin de répondre à leurs besoins en ressources humaines en santé. Malgré cela, et à l'instar du PAQA, la demande pour ce programme demeure élevée. Cependant, en raison des affectations de financement limitées du programme, le programme des RHS n'a pu répondre qu'à environ 50 % de la demande.

Cybersanté

Les partenaires participant au programme de cybersanté ont souligné que les niveaux de financement disponibles pour les Premières Nations sont insuffisants par rapport aux dépenses continues et à long terme liées aux technologies de cybersanté. Les personnes interrogées ont fait remarquer que les Premières Nations sont souvent tenues de fournir leurs propres fonds pour être en mesure de maintenir les systèmes mis en œuvre (c.-à-d. le DME), même si elles disposent de ressources très limitées pour le faire. Les partenaires des programmes ont souligné que, bien qu'il y ait eu des cas de réussite dans le cadre desquels les Premières Nations ont réussi à obtenir du financement supplémentaire ou à autofinancer des activités d'entretien, les Premières Nations ne devraient pas être tenues d'assumer ces coûts, particulièrement lorsqu'il y a souvent de nombreux autres besoins essentiels en matière de santé que les Premières Nations cherchent à combler.

Il a également été souligné que l'accès au financement peut fluctuer en raison de changements dans les rôles de leadership, y compris ceux des partis politiques. Les partenaires ont donné des exemples de progrès réalisés sous un certain leadership, progrès qui est ensuite détourné lorsque le poste est transféré, ce qui démontre une variation des priorités et des perspectives.

Outre les défis de financement propres au programme mentionnés ci-dessus, les répondants ont également fait état de problèmes plus généraux dans les domaines suivants :

¹²² Services aux Autochtones Canada; Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Données probantes appuyant l'agrément pour lutter contre la COVID-19 – y compris la vaccination dans les communautés, 31 mars 2021 [Examen de la documentation, réf. 4.4.05]

¹²³ Lignes directrices sur la formation des travailleurs de la santé communautaires et des gestionnaires de la santé, octobre 2020 [Examen de la documentation, réf. 3.1]

Sécurité culturelle et humilité : Comme mentionné précédemment, il ne suffit pas d'allouer des fonds pour améliorer l'accès à un établissement de santé ou à des services de santé. Les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit doivent avoir accès à des soins sécuritaires d'un point de vue culturel pour être à l'aise de chercher et de recevoir des services. Au cours des entretiens, un certain nombre de partenaires ont fait remarquer que, même lorsque des niveaux de financement adéquats sont alloués aux activités de programme, ils ne tiennent souvent pas compte des activités supplémentaires nécessaires pour intégrer les pratiques culturelles ou traditionnelles dans la prestation de services plus vastes. D'autres partenaires des programmes ont fait état de niveaux de financement inadéquats pour assurer le respect des exigences en matière de soins sécuritaires d'un point de vue culturel et de qualité, comme les exigences en matière de santé et de sécurité au travail et les intervenants pivots.

Financement fondé sur les besoins : Selon un examen des modalités normalisées des paiements de transfert de SAC en vertu de l'Autorité relative au soutien à l'infrastructure de santé (c.-à-d. l'autorité de programme dont relèvent les programmes du groupe), les bénéficiaires de financement se voient attribuer des fonds en fonction de la réalisation d'une évaluation de l'état de préparation, y compris une évaluation générale visant à élaborer un profil de risque pour les bénéficiaires qui décrit les attentes relatives au niveau de surveillance requis, au type de plan prévu et au modèle de financement approprié à choisir. Le financement est versé au moyen de l'un des quatre modèles de financement suivants :

- Préétabli : Entente de financement offrant le moins de souplesse possible lorsque les bénéficiaires offrent les programmes et les services établis par la DGSPNI. Les bénéficiaires ne peuvent réaffecter des fonds dans le cadre d'une même activité budgétaire qu'avec l'approbation écrite du ministre au cours de la période de rapport de l'exercice.
- Fixe : Permet de réaffecter des fonds à d'autres secteurs fonctionnels dans le cadre de la même activité budgétaire. Les fonds non dépensés ne peuvent être reportés au prochain exercice financier que pour mener à bien des activités qui avaient déjà été amorcées.
- Souple : Le bénéficiaire établit un plan de travail pluriannuel qui comprend une structure de gestion de la santé, des priorités, des objectifs, des activités et un plan budgétaire. Les bénéficiaires peuvent reporter annuellement le financement du programme pour la durée de l'entente, bien que les fonds non dépensés à la fin de l'entente doivent être retournés.
- Global : Le bénéficiaire établit un plan de santé qui comprend une structure de gestion de la santé, des priorités, des objectifs, des activités, des exigences en matière de rapports et des programmes et services de santé. Les bénéficiaires sont en mesure de réaffecter des fonds entre les administrations et peuvent conserver les excédents pour les réinvestir dans les priorités en matière de santé.

Le financement est prévu pour soutenir l'élaboration de ces plans en fonction des estimations fournies par les régions respectives. Un intervenant a fait remarquer que, dans les ententes de financement globales, le nombre d'habitants est utilisé pour allouer les montants de financement; cependant, lorsque l'entente est renouvelée, il n'est pas possible d'ajuster le montant de l'entente pour tenir compte d'une population plus importante ou de tout nouveau besoin qui a surgi. De plus, l'intervenant a souligné que les calculs démographiques ne tiennent souvent pas compte des personnes qui vivent hors réserve, mais qui utilisent quand même les services fournis par les Premières Nations.

Les partenaires ont l'impression que l'affectation des fonds peut être améliorée pour accroître l'efficacité des montants. En particulier, on a fait remarquer que le financement devrait être attribué en fonction des besoins, plutôt qu'en fonction d'une formule par habitant. Les répondants ont insisté sur le fait que les besoins ne sont pas uniformes d'une Première Nation à l'autre et que, par conséquent, une communauté peut avoir besoin d'une plus grande proportion de financement pour un domaine de santé particulier, tandis qu'une autre peut ne pas avoir besoin d'autant dans ce même domaine, mais avoir besoin de plus dans un autre domaine. Les gouvernements provinciaux peuvent indiquer certains besoins primordiaux, pour lesquels des fonds sont ensuite obtenus et distribués selon la taille de la population, ce qui laisse aux Premières Nations le soin de planifier en fonction de ce qui est reçu. Tout au long des entretiens, un nombre important de représentants de programme (43 %) ont indiqué que les formules actuelles d'affectation des fonds ne conviennent pas à la mesure précise des besoins, car elles ont tendance à accorder la priorité à des paramètres comme la taille de la population qui ne sont pas toujours révélateurs des besoins pertinents en matière de santé. Les personnes interrogées ont fait remarquer que cela ne permet pas aux Premières Nations de mettre en évidence les besoins fondamentaux pour lesquels elles ont besoin de financement, et que la taille de la population n'indique pas toujours le niveau de besoin le plus élevé.

Il convient de noter que le PES a mis en place un cadre de hiérarchisation des priorités axé sur les besoins pendant la période d'évaluation. Les représentants du programme ont fait remarquer qu'il y avait auparavant un problème de priorisation du financement, qui se traduisait historiquement par l'affectation de fonds aux communautés qui sont prêtes, mais pas à celles qui présentent les besoins les plus importants, ce qui n'est pas nécessairement la meilleure manière de procéder. Pour régler ce problème, le programme a mis en place un cadre d'évaluation des besoins dans le but de mettre en œuvre un processus plus uniforme pour l'évaluation, l'établissement des coûts et l'établissement des priorités pour les grands investissements en immobilisations. Le cadre permet au programme de mieux orienter les investissements vers les communautés et les projets qui en ont le plus besoin (p. ex. les projets qui répondent aux besoins en matière de vie, de santé et de sécurité sont désignés comme hautement prioritaires)¹²⁴. Les autres programmes du groupe pourraient en profiter pour partager leurs pratiques exemplaires, leurs leçons apprises et leurs connaissances avec l'approche du PES afin de déterminer si certains aspects peuvent être adoptés dans leurs formules de financement respectives pour soutenir les allocations de fonds fondées sur les besoins.

¹²⁴ Services aux Autochtones Canada, Cadre de planification et de gestion des contributions pour dépenses en capital de la DGSPNI, avril 2018 [Examen de la documentation, réf. 4.4.24]

Dans l'ensemble, la rentabilité et l'incidence du groupe sur les résultats pourraient être améliorées si les programmes de soutien de l'infrastructure de la santé étaient mieux appuyés. Par exemple, les centres de santé agréés ont démontré des gains d'efficacité dans la prestation globale des programmes, ce qui a permis de réduire les coûts et de doter les centres de santé et les Premières Nations des bons outils pour répondre aux besoins en matière de santé de façon efficiente et efficace. En outre, l'évaluation de l'accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations (2019) souligne que la position stratégique et les partenariats de la RSPN avec les

gouvernements fédéral et provinciaux ont facilité de nouveaux investissements des deux ordres de gouvernement pour favoriser le transfert de services de la DGSPNI à la RSPN. En particulier, un financement suffisant, tant sur le plan de l'ampleur que de l'échéancier, est nécessaire pour permettre un processus plus harmonieux de transfert de services.

Les programmes du groupe ont continué de progresser vers la réalisation de leurs résultats attendus respectifs, malgré des augmentations limitées des niveaux de financement globaux. Toutefois, les programmes du groupe pourraient réaliser des progrès plus importants à cet égard avec un financement suffisant.

CONSTATATION 22 : Le niveau de ressources humaines et le type de personnel disponible pour les programmes et les Premières Nations ne sont pas suffisants pour fournir les services de soutien en santé requis aux Premières Nations.

Un examen des données du programme a mis en évidence le nombre annuel d'ETP travaillant dans les régions par programme du groupe au cours de la période d'évaluation¹²⁵.

Veuillez noter qu'après la publication de ce rapport, des problèmes avec les données sur les ETP déclarées pour le programme de cybersanté ont été notés. Ce rapport contient des renseignements mis à jour sur la cybersanté et le personnel régional du Québec.

ÉTUDE DE CAS 11

Organisation : Giishkaandagot'lkwe Health Services (Services de santé de la zone tribale de Fort Frances)

Région : Ontario | Orientation du programme : Planification de la santé; FISS; PES; cybersanté

Le manque de financement durable et à long terme pose de nombreux défis aux organisations. Certains de ces défis ont été relevés par Giishkaandagot'lkwe Health Services.

Le manque d'espace de bureau permanent, adéquat et physique pose de nombreux défis pour ce qui est de soutenir les employés avec un espace de travail convenable, d'accueillir les chefs et d'autres membres de la communauté sur place, d'avoir un espace de stockage fiable et de collaborer avec les membres de l'équipe.

La diminution du financement a gravement grevé les budgets opérationnels de l'organisation, qui éprouve des difficultés à offrir des salaires concurrentiels pour recruter et retenir les talents en soins de santé. Le manque de financement durable à long terme signifie aussi que l'organisation doit constamment proposer des postes à durée déterminée et des emplois instables pour doter les fonctions clés de l'organisation, notamment les employés chargés de la gestion des salaires.

Giishkaandagot'lkwe a vu son programme de soins infirmiers et ses programmes de santé environnementale lui être dévolus. Toutefois, la lenteur du financement annuel et le fardeau administratif associé à la présentation d'une nouvelle demande de financement annuelle ont posé de grands défis. De plus, le repositionnement et/ou l'adaptation des programmes qui sont requis pour présenter une nouvelle demande de financement supplémentaire pour un programme qui a déjà reçu du financement ont également contribué à l'augmentation du fardeau administratif pour l'organisation.

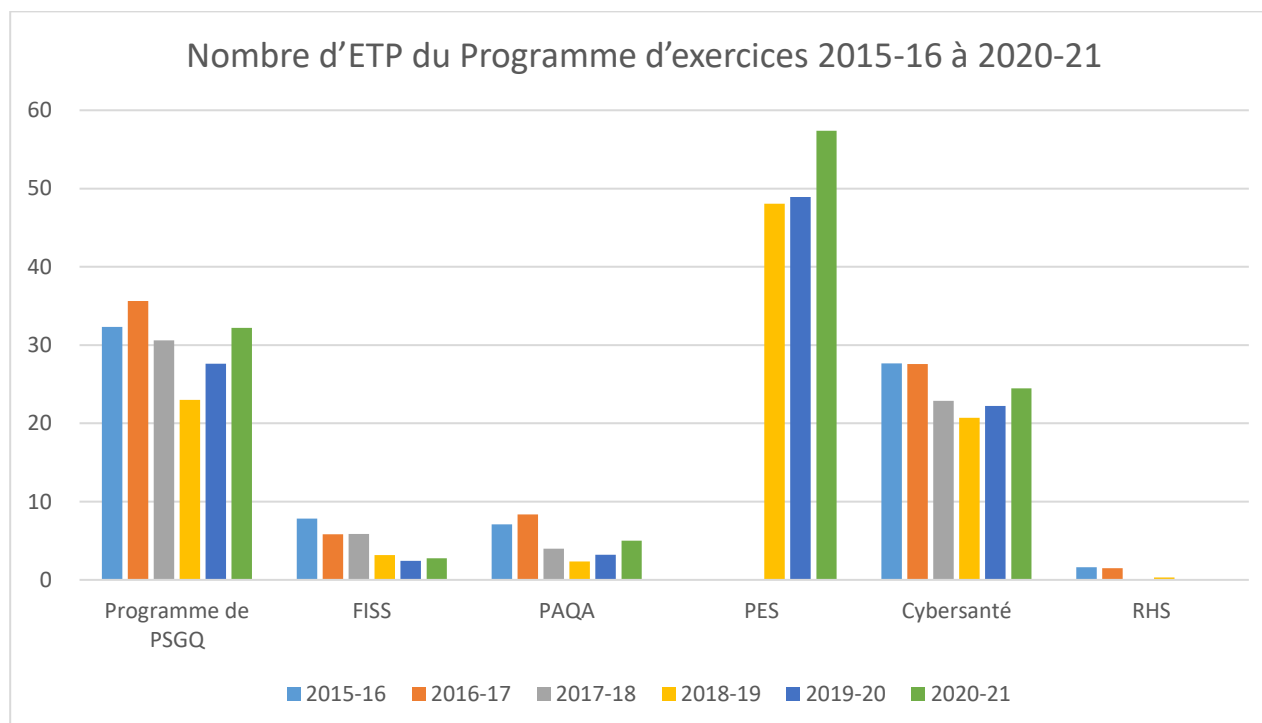
¹²⁵ Données sur les équivalents temps plein (ETP) par programme du groupe et région (2015 à 2021) [Examen de la documentation, réf. 4.8.4]

Tableau 13 – Sommaire des ETP par programme du groupe et variation en pourcentage d'une année à l'autre

Sommaire des ETP par programme du groupe et variation en pourcentage d'une année à l'autre¹²⁶

Programme du groupe	EF 2016-2017		EF 2017-2018		EF 2018-2019		EF 2019-2020		EF 2020-2021	
Programme de PSGQ	35,64	10 %	30,61	-14 %	23,00	-25 %	27,60	20 %	32,20	17 %
FISS	5,82	-26 %	5,87	1 %	3,17	-46 %	2,45	-23 %	2,76	13 %
PAQA	8,36	18 %	4,00	-52 %	2,35	-41 %	3,22	37 %	5,00	55 %
PES	-	-	-	-	48,08	-	48,94	2 %	57,39	17 %
Cybersanté	27,58	0 %	22,88	-17 %	20,69	-10 %	22,21	7 %	24,46	10 %
RHS	1,50	-6 %	0,02	-99 %	0,31	1724 %	0,00	-100 %	0,00	-

Figure 35 – Nombre d'ETP par programme du groupe de l'exercice 2015-2016 à l'exercice 2020-2021

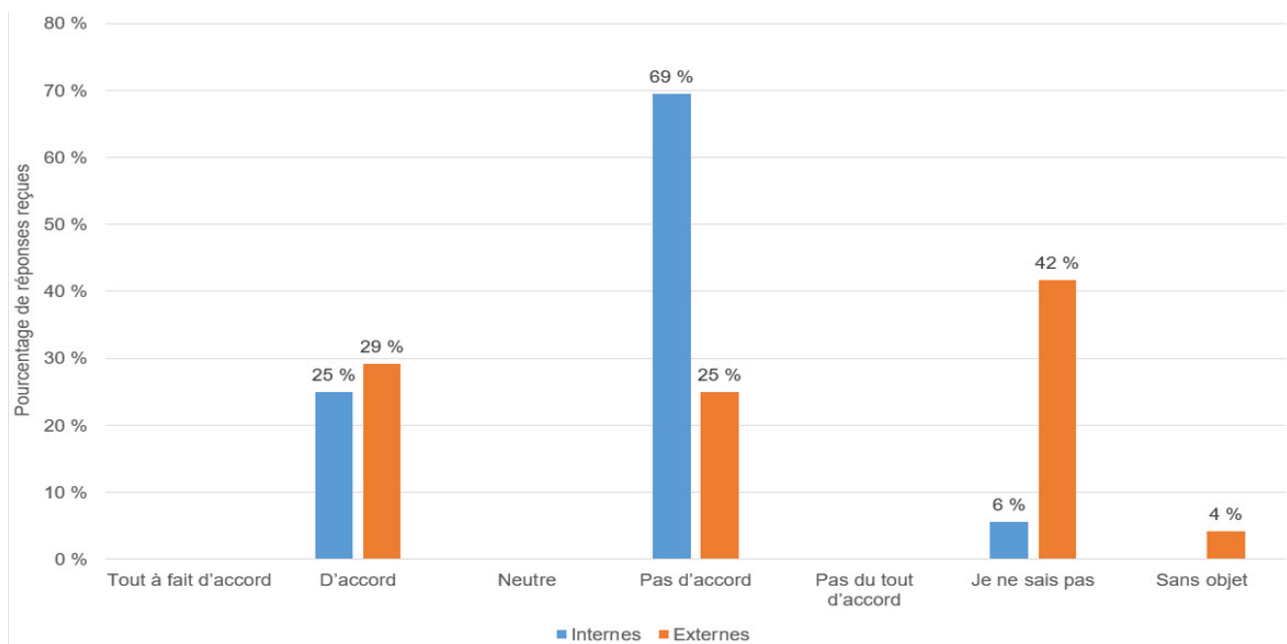


¹²⁶ Services aux Autochtones Canada, Données financières des programmes du groupe de la santé, de septembre 2021 à avril 2023 [Examen de la documentation, réf. 4.8.9]

Source : Données du programme de ressources humaines de SAC, extraits en 2024..

Tout au long de la période d'évaluation, le nombre total d'ETP dans l'ensemble du groupe a augmenté de 59 % depuis l'exercice 2015-2016. Cependant, lorsque les données sont ventilées par programme, elles indiquent des écarts importants entre les niveaux de personnel d'une année à l'autre. Cela comprend notamment le programme de PES, qui a augmenté son nombre d'ETP de 19 % depuis l'exercice 2018-2019, tandis que les ressources humaines de la santé ont diminué de 100 %.

Figure 37 – La dotation est adéquate dans les bureaux régionaux de SAC pour appuyer la prestation des services de santé



Source : Enquête de SAC Évaluation, 2022

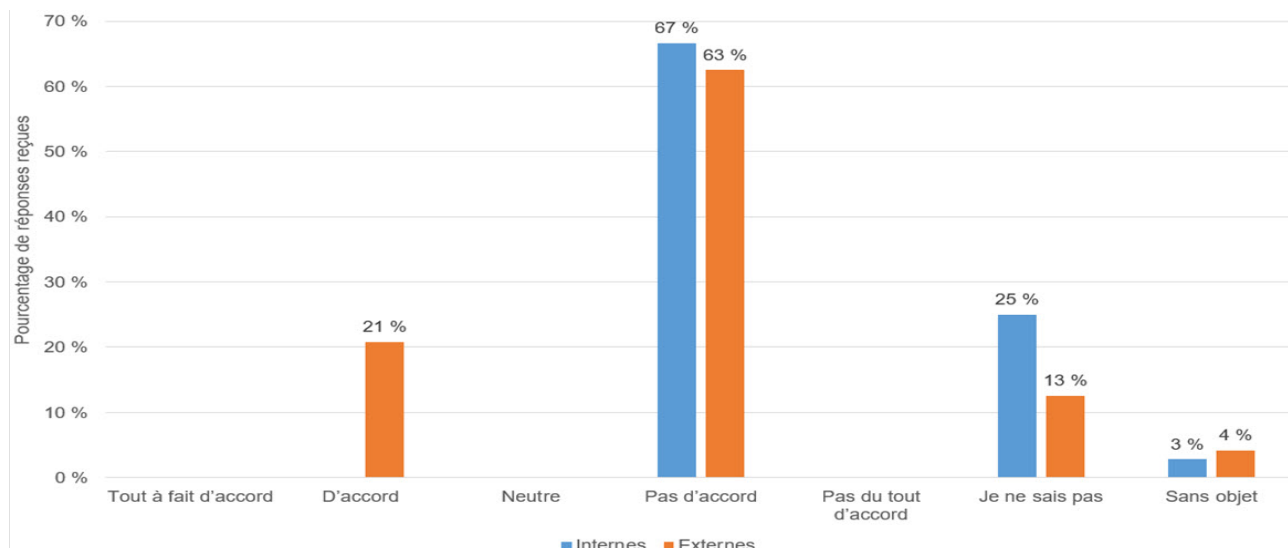
Afin de mieux comprendre l'écart, on a demandé aux répondants internes et externes au sondage d'indiquer si la dotation était adéquate dans les bureaux régionaux de SAC, ainsi que directement dans les communautés des Premières Nations.

Conformément aux données du programme, les répondants internes n'étaient généralement pas d'accord (69 %) pour dire que la dotation était adéquate dans les régions de SAC, tandis qu'une plus petite proportion a indiqué qu'ils étaient d'accord (25 %) avec cette affirmation. Les réponses des intervenants externes étaient plus variées, 42 % indiquant qu'ils ne le savaient pas, 29 % étant d'accord et 25 % en désaccord avec l'affirmation.

Lorsqu'on leur a posé les mêmes questions au sujet de la dotation au sein des communautés, les réponses des répondants internes et externes concordaient; ils étaient en désaccord avec l'affirmation (à 67 % et à 63 %, respectivement). Pour les répondants internes, la deuxième réponse

la plus fréquente était « Je ne sais pas », tandis que pour les répondants externes, la deuxième réponse la plus fréquente était « D'accord »¹²⁷.

Figure 38 – La dotation est adéquate dans les communautés des Premières Nations et des Inuit pour appuyer la prestation de services de santé



Source : Enquête de SAC Évaluation, 2022

Les entretiens avec des représentants des Premières Nations ont fait ressortir les défis à relever pour atteindre une dotation adéquate (58 %), y compris, surtout, le manque de fonds disponibles pour embaucher et maintenir en poste du personnel. Cette lacune a été relevée par tous les domaines des ressources humaines de la santé, y compris les fournisseurs de soins de santé de première ligne et le personnel d'administration et de gestion de la santé.

Dans le sondage, on a demandé aux répondants de préciser quels types de ressources humaines seraient nécessaires pour fournir adéquatement les services prévus par les programmes du groupe. Les répondants ont souligné les besoins en ressources suivants :

- Infirmières autorisées (IA)
- Services de soins infirmiers à domicile et en milieu communautaire
- Travailleurs de soutien en santé mentale
- Coordonnateurs de programme
- Travailleurs de la santé spécialisés
- Médecins
- Analystes de données/informatique de la santé
- Professionnels des TI et de la cybersécurité
- Soutien des systèmes de santé numérique et de DME
- Administrateurs de bases de données et de santé
- Réceptionnistes/préposés à l'accueil
- Professionnels des finances
- Gestionnaires des RH et du personnel

¹²⁷ Il convient de noter que, dans les deux questions, le groupe à l'extérieur du secteur en question a choisi le plus souvent la réponse « Je ne sais pas » (c.-à-d. que les représentants des Premières Nations ont indiqué qu'ils ne savaient pas si la dotation en personnel était adéquate dans les bureaux régionaux de SAC, et vice versa).

- Gestionnaires de la formation
- Responsables du soutien culturel
- Professionnels de la sécurité des patients

Les répondants ont insisté sur le fait que les ressources humaines nécessaires pour combler les lacunes de l'infrastructure de la santé ne se limitent pas aux prestataires directs de soins de santé (c.-à-d. infirmières, médecins, etc.); elles couvrent de nombreux ensembles de compétences et de capacités qui sont nécessaires pour soutenir un écosystème de la santé holistique.

Tout au long des entretiens, les partenaires ont insisté sur le manque de capacité et de main-d'œuvre dans les communautés, soulignant qu'il n'est pas rare qu'un ou deux employés seulement soient responsables de la gestion de l'ensemble du service de santé d'une communauté.

ÉTUDE DE CAS #12

Organisation des chefs du Sud (OCS)

Région: Manitoba | Programme : FISS

La OCS note que la pandémie a mis en évidence le peu de soutien disponible dans la communauté et que la nécessité d'une intervention immédiate sur le terrain a mis en évidence la présence de ces lacunes pour les gouvernements provinciaux et fédéraux. Parmi ces lacunes, on peut citer le fait de disposer d'un personnel suffisant pour répondre à la pandémie et de disposer de l'espace physique et de l'infrastructure nécessaires pour stocker les vaccins de manière appropriée.

Afin de fournir des services d'aide aussi efficacement que possible, la OCS a adopté une approche "tout le monde sur le pont", dans le cadre de laquelle de nombreux membres du personnel ont été réaffectés pour soutenir les mesures de lutte contre COVID-19. Les Premières nations du Manitoba ont été félicitées pour leur réaction au COVID-19 et ont souvent été désignées comme le centre régional des efforts d'aide, notamment pour leur capacité à vacciner leurs communautés et les personnes non autochtones qui travaillent dans les communautés représentées par l'OCS.

CONSTATATION 23 : Bien qu'il n'y ait pas de « groupes » de la santé comparables, les pratiques exemplaires visant à améliorer la qualité et l'accès des services de santé pour les Autochtones ont été mises en évidence dans les entretiens et la recension des écrits. Il s'agit notamment de cultiver des relations respectueuses et de longue date, de réduire le cloisonnement et de soutenir la souveraineté des données des Premières Nations et des Inuit.

L'évaluation a mené des recherches externes sur les cadres, les programmes et les initiatives ayant des objectifs et des populations cibles semblables à ceux du groupe afin d'évaluer les pratiques exemplaires et les leçons tirées des stratégies de conception ou de prestation du groupe. La recension des écrits et les entretiens ont permis de mettre en lumière les initiatives suivantes :

Régie de la santé des Premières Nations en C.-B.

Bien que le programme du plan tripartite en Colombie-Britannique n'ait pas été évalué officiellement dans le cadre de cette évaluation groupée, il a été inclus dans le but de tirer des leçons de son modèle de conception et de prestation et de dégager des pratiques exemplaires et des leçons apprises.

Le transfert de services et des programmes de santé de la DGSPNI de la région de la C.-B. à la RSPN est généralement considéré comme un succès, et a été mentionné dans les entretiens et la recension des écrits comme un modèle de transfert de services. L'évaluation récente de

l'accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations a fait ressortir plusieurs facteurs qui ont contribué au succès du transfert, notamment :

- de solides partenariats entre les Premières Nations de la Colombie-Britannique, la RSPN, le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial, y compris un niveau élevé de collaboration;
- les engagements de toutes les parties à l'égard de la sécurité et de l'humilité culturelles, les sept directives¹²⁸, ainsi que la vision et les principes de l'accord-cadre;
- la souplesse de l'approche pour réussir le transfert de services;
- un financement réservé et suffisant pour les divers aspects du transfert de services, comme le financement réservé aux activités d'engagement communautaire ou à l'élaboration et à la maintenance de systèmes de gestion de l'information et de technologie de l'information.

Les principales leçons tirées du transfert de services de santé des programmes à la RSPN ont été soulignées dans l'évaluation précédente et dans les entretiens avec les partenaires des programmes. En voici des exemples :

- Le transfert de services ne se fait pas du jour au lendemain. Le processus et la transition peuvent prendre beaucoup de temps pour s'assurer que tous les aspects d'un transfert de services réussi ont été pris en compte, mis en œuvre et mûris (p. ex. systèmes de GI-TI, structures de gouvernance et d'organisation, etc.).
- L'intégration de diverses administrations et de divers ordres de gouvernement est nécessaire à la réussite du transfert de services. L'adhésion de tous les partenaires clés est notamment requise, ainsi que des responsabilités et des obligations de rendre compte clairement définies qui sont activement respectées.
- La viabilité à long terme du financement et des ressources est nécessaire pour assurer le succès du transfert de services pendant de nombreuses années. Des efforts de planification à long terme sont requis à divers niveaux de la communauté et du gouvernement pour mieux garantir la viabilité des programmes et des services de santé.
- Des données solides sur la santé sont requises pour aider les Premières Nations à demander un financement ciblé en fonction de leurs besoins et de leurs priorités.

Dans l'ensemble, le transfert à la RSPN a été considéré comme réussi pour diverses raisons. Les deux principales raisons mises en évidence dans l'évaluation précédente et les entretiens étaient les suivantes : Premièrement, le transfert a permis aux Premières Nations de la Colombie-Britannique de créer une structure de gouvernance des Premières Nations. C'est en accordant la priorité à l'importance de la gouvernance des Premières Nations que les Premières Nations de la Colombie-Britannique peuvent s'autodéterminer dans le domaine des services de santé. Une structure de gouvernance des Premières Nations clairement établie a également permis un meilleur accès au financement fédéral et provincial dans le domaine des services de santé. Deuxièmement, le degré élevé d'engagement de tous les ordres de gouvernement a été considéré comme un grand succès, car il a permis un processus plus harmonieux de transfert de services en Colombie-Britannique tout en demeurant souple et adaptable aux besoins des Premières Nations de la province. Les relations entre la RSPN, les Premières Nations de la Colombie-Britannique et les divers ordres de gouvernement se sont améliorées, et un certain degré de confiance a été établi.

National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan (NATSIHP)

¹²⁸ Les Premières Nations de la Colombie-Britannique ont élaboré les sept directives pour orienter les travaux sur la gouvernance de la santé des Premières Nations. Les directives sont les suivantes : être axé sur les communautés et les nations; accroître la prise de décisions et le contrôle par les Premières Nations; améliorer les services; favoriser une collaboration et un partenariat significatifs; développer les capacités humaines et économiques; être sans préjudice à l'égard des intérêts des Premières Nations; et fonctionner selon une norme opérationnelle plus élevée. (Extrait de <https://www.fnha.ca/about/fnha-overview/directives>; en anglais)

Le gouvernement fédéral de l'Australie a élaboré le *National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan* (NATSIHP) (« Plan national de santé des Autochtones et des insulaires du détroit de Torres ») en partenariat avec les peuples autochtones et insulaires du détroit de Torres dans le but d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé en accordant la priorité aux services de santé communautaires.

Le plan met l'accent sur l'importance de tenir compte des facteurs sociaux et environnementaux qui ont une incidence sur la santé des Autochtones, de veiller à ce que la prestation des soins de santé soit culturellement sécuritaire pour les peuples autochtones et de parvenir à l'égalité de l'état de santé et de l'espérance de vie entre les Autochtones et les habitants des îles du détroit de Torres et les Australiens non autochtones d'ici à 2031¹²⁹. Le NATSIHP et ses résultats escomptés ont été élaborés pour compléter le *National Agreement on Closing the Gap* (« Accord national visant à combler l'écart »), qui a été élaboré pour remédier aux inégalités vécues par les Autochtones et les insulaires du détroit de Torres.

Un plan de mise en œuvre a été élaboré pour définir le rôle du gouvernement australien dans l'exécution du NATSIHP. Ce plan établissait 20 objectifs, dont l'augmentation de la proportion de femmes autochtones et insulaires du détroit de Torres se rendant à au moins une visite prénatale au cours du premier trimestre de leur grossesse, l'augmentation du taux d'enfants autochtones et insulaires du détroit de Torres bénéficiant d'au moins un bilan de santé annuel, et la réduction du taux de jeunes autochtones et insulaires du détroit de Torres qui fument. Le plan de mise en œuvre établissait également des indicateurs pour chaque objectif, ainsi que des données historiques, des sources de données, des projections et des limites potentielles¹³⁰. Le gouvernement australien considère l'atteinte de ces 20 objectifs comme gage du succès du NATSIHP; cependant, il est également important de noter qu'une série de stratégies définies dans le plan de mise en œuvre sous-tend le NATSIHP et son objectif global. Ces stratégies peuvent être considérées comme des pratiques exemplaires pour les cas où les gouvernements fédéraux cherchent à établir des partenariats avec les peuples autochtones pour lutter contre les inégalités en matière de santé, et comprennent, sans s'y limiter :

- une mobilisation et des partenariats significatifs avec les peuples autochtones et insulaires du détroit de Torres, y compris leurs organismes représentatifs, dans tous les aspects du NATSIHP et de son plan de mise en œuvre, y compris la planification, la prestation de services et l'évaluation;
- des investissements ciblés pour renforcer la capacité des organismes de santé contrôlés par les communautés autochtones afin de répondre aux besoins des Autochtones et des insulaires du détroit de Torres;
- la prise en compte des déterminants sociaux et culturels de la santé, y compris l'amélioration de la fréquentation scolaire et de la participation au marché du travail, ainsi que la création de communautés sécuritaires;
- l'établissement de partenariats clairs et de mécanismes de responsabilisation, y compris une évaluation régulière des progrès et du rendement du plan¹³¹.

Stratégie de santé des Māori de Nouvelle-Zélande – He Korowai Oranga

¹²⁹ Gouvernement australien. (2013). *National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan 2013-2023*. Extrait de <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/02/national-aboriginal-and-torres-strait-islander-health-plan-2013-2023.pdf>

¹³⁰ Gouvernement australien - Australian Institute of Health and Welfare. (2015). *Implementation Plan goals for the Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan 2013-2023 - Technical companion document*. Extrait de <https://www.aihw.gov.au/getmedia/099f684a-0747-4289-80e7-2586d7d57dea/19356.pdf.aspx?inline=true>

¹³¹ Gouvernement australien. (2015). *Implementation Plan for the National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan 2013-2023*. Extrait de <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/12/implementation-plan-for-the-national-aboriginal-and-torres-strait-islander-health-plan-2013-2023.pdf>

He Korowai Oranga se concentre sur une vision globale de la santé des Māori. La stratégie, qui a été publiée pour la première fois en 2002, vise à fournir un cadre global au gouvernement fédéral et au secteur de la santé et de l'invalidité de façon plus générale en Nouvelle-Zélande afin de réaliser *pae ora* – ou un avenir sain pour les Māori. Elle a ensuite été révisée en 2014. Whakamaua, le plan d'action sur la santé des Māori de 2020 à 2025 a ensuite été publié pour indiquer clairement la voie à suivre pour que le gouvernement fédéral et l'ensemble du système de santé et d'invalidité mettent en œuvre He Korowai Oranga.

Les pratiques exemplaires et les conditions d'une réalisation réussie de He Korowai Oranga comprennent, sans s'y limiter :

- un engagement envers Te Tiriti o Waitangi (Te Tiriti), le cadre qui décrit les obligations de la Couronne dans le système de santé et d'invalidité de la Nouvelle-Zélande en ce qui a trait aux Māori. Il s'agit notamment de permettre l'autodétermination des Māori, de fournir des ressources adéquates pour les services de santé et d'invalidité des Māori, de veiller à ce que tous les services de santé et d'invalidité soient fournis d'une manière appropriée d'un point de vue culturel, et de veiller à ce que les Māori soient les co-concepteurs avec la Couronne du système de santé primaire des Māori.
- établir des partenariats et des relations entre les Māori et la Couronne qui sont fondés sur la confiance;
- favoriser le leadership et la participation des Māori aux principaux mécanismes de gouvernance et processus décisionnels, y compris le renforcement des capacités des futurs dirigeants māori de la santé et des personnes handicapées;
- l'intégration intersectorielle et une approche pangouvernementale coordonnée pour tenir compte des déterminants sociaux de la santé et soutenir la prestation de soins sécuritaires d'un point de vue culturel;
- établir des mécanismes pour recueillir et utiliser les données de façon significative, y compris comprendre les différences dans les résultats en matière de santé et utiliser les données pour soutenir l'innovation dans la prise de décisions et l'amélioration continue de la qualité des soins pour les Māori.
- Les responsabilités du gouvernement fédéral et d'autres partenaires clés sont clairement définies, y compris les mécanismes transparents de rendement et de rapport¹³².

Système de soins Nuka de la Southcentral Foundation

Le système de soins Nuka est un modèle de soins de santé appartenant aux Autochtones qui décrit un système de soins de santé holistique créé, géré et détenu par les Autochtones de l'Alaska afin d'atteindre le bien-être dans tous les aspects : physique, mental, émotionnel et spirituel. Il a été élaboré par la Southcentral Foundation, un organisme de soins de santé sans but lucratif établi en Alaska, et il constitue le modèle sur lequel la RSPN est fondée.

Dans le contexte du système de soins Nuka, les Autochtones de l'Alaska sont des « clients-propriétaires » du système de soins de santé. Les clients-propriétaires sont au cœur de ce modèle, et l'attention est accordée à l'établissement de relations significatives avec ceux-ci afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. Cela comprend l'établissement d'une confiance mutuelle entre les fournisseurs de services et les clients-propriétaires, ainsi que la collaboration avec des partenaires de diverses administrations et de divers secteurs.

Pour veiller à ce que les clients-propriétaires conçoivent, mettent en œuvre et maintiennent le contrôle de leurs propres programmes et services de soins de santé, la Southcentral Foundation a

¹³² Ministère de la Santé. (2020). *Whakamaua Māori Health Action Plan 2020-2025*. Extrait de <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/whakamaua-maori-health-action-plan-2020-2025-2.pdf>

mis en place de multiples mécanismes de communication et de rétroaction pour s'assurer que les points de vue des clients-propriétaires de plus de 200 tribus en Alaska sont bien pris en compte. Ces mécanismes comprennent des sondages, une ligne d'assistance téléphonique accessible en tout temps, des groupes de discussion et des comités consultatifs. Des comités fonctionnels, composés de représentants autochtones de l'Alaska, ont également été mis sur pied pour répondre aux commentaires des clients-propriétaires et veiller à ce qu'il y ait un mécanisme clair pour utiliser les commentaires afin d'améliorer continuellement le système de soins¹³³.

Grâce au système de soins Nuka et à l'accent mis sur la propriété et les relations avec les clients, la Southcentral Foundation a directement contribué à une amélioration importante des résultats en matière de santé, notamment une réduction de 42 % de l'utilisation des salles d'urgence (illustrant une approche proactive des soins de santé par opposition à une approche réactive); une réduction de 36 % des jours passés à l'hôpital; une réduction de 75 % du roulement du personnel; une augmentation de 25 % des taux de vaccination des enfants; et une augmentation de 94 % des rapports des patients sur les expériences sûres d'un point de vue sécuritaire dans le domaine des soins de santé¹³⁴.

En plus des initiatives susmentionnées, les entretiens menés auprès de partenaires internes et externes au cours de la présente évaluation ont également mis en évidence les pratiques exemplaires suivantes dans les domaines de la souveraineté des données, de l'établissement de relations, du partage des connaissances et de la collaboration :

- L'importance de la collecte des données a été déterminée précieuse pour comprendre les changements au fil du temps. En particulier, le soutien de la souveraineté des données des Premières Nations et des Inuit est nécessaire pour veiller à ce que l'information partagée reflète véritablement les besoins et les priorités des Premières Nations et des Inuit, y compris l'accès à des soins de santé sécuritaires d'un point de vue culturel.
- La valeur de l'établissement de relations respectueuses et de longue date avec les Premières Nations a été soulignée à maintes reprises dans les entretiens, tout comme la compréhension claire du rôle du Ministère. On considère que la rétroaction bidirectionnelle facilite la compréhension des aspects qui fonctionnent bien pour les Premières Nations et les Inuit, et de ce qui ne fonctionne pas.
- L'établissement de mécanismes et de réseaux de communication pour les Premières Nations, les Inuit et le personnel de SAC afin de partager les connaissances, les pratiques exemplaires et les leçons apprises a été souligné comme étant précieux pour soutenir les progrès continus. Les entretiens ont également mis l'accent sur le rôle que joue la documentation efficace des connaissances par le personnel de SAC et le personnel des services de santé des Premières Nations dans le soutien du transfert des connaissances et le renforcement de l'expertise.
- L'élimination des obstacles entre les services, les secteurs, les organisations et les ordres de gouvernement est essentielle pour promouvoir une vision plus globale de la prestation des services de santé aux Premières Nations et aux Inuit. Comme nous l'avons décrit dans les

¹³³ Gottlieb, K. (2013). The Nuka System of Care: improving health through ownership and relationships. *International Journal of Circumpolar Health*, 72(1), 21118. Extrait de <https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21118>

¹³⁴ Allen, L., Hatala, A., Ijaz, S., Courchene, E. D. et Bushie, E. B. (2020). Indigenous-led Health Care Partnerships in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 192(9). Extrait de <https://doi.org/10.1503/cmaj.190728>

sections précédentes du présent rapport, il existe des possibilités de mieux intégrer les programmes de SAC pour tenir compte des déterminants sociaux de la santé.

4. Conclusions

4.1 Conclusions

4.1.1 Pertinence

Les Premières Nations et les Inuit ont une liste complexe et exhaustive de besoins en matière de santé qui doivent être pris en compte par les programmes du groupe et au-delà afin d'améliorer l'accès aux services de santé pour les Premières Nations et les Inuit, ainsi que la qualité de ces services. Les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit ont besoin de services de santé qui sont déterminés en fonction de leurs besoins particuliers, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé, de la sécurité et de l'humilité culturelles, ainsi que du niveau d'intégration dans l'ensemble du continuum des services de santé. Pour ce faire, les Premières Nations et les Inuit ont besoin des ressources nécessaires pour surmonter les obstacles sociaux et politiques externes qui entravent l'accès à des soins adéquats.

Les entretiens internes et externes indiquent que les objectifs des programmes du groupe sont bien alignés sur les besoins en matière de santé des Premières Nations et des Inuit, ainsi que sur le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients et la Déclaration d'engagement à assurer la sécurité et l'humilité culturelles. Toutefois, des améliorations importantes doivent être apportées à la façon dont les programmes du groupe sont conçus et exécutés pour assurer l'atteinte de ces objectifs par l'intermédiaire des programmes du groupe.

La complexité et l'intégration ou la relation entre les besoins en santé des Premières Nations et des Inuit exigent un écosystème de services de santé tout aussi complexe et complet pour y répondre adéquatement. La liste continue et exhaustive des besoins liés à l'accès aux services de santé, la prévalence plus élevée des problèmes médicaux critiques et les inégalités importantes au sein des déterminants sociaux généraux de la santé tendent vers plusieurs domaines prioritaires. En raison de l'abondance des domaines à traiter, il sera probablement difficile d'établir des priorités en matière de ressources et de réaliser des progrès significatifs dans la poursuite d'un objectif donné.

La pandémie a fait ressortir la gravité des besoins en santé des Premières Nations et des Inuit, ainsi que les pénuries et les inégalités liées aux établissements de santé appropriés, aux technologies de cybersanté, aux travailleurs communautaires qualifiés et aux structures de gouvernance pour gérer les crises de santé publique. Il faut se demander si l'affectation des ressources aux programmes du groupe est adéquate pour répondre à la demande accrue du paysage de la santé de l'après-pandémie.

La pertinence des programmes, par rapport aux besoins qu'ils visent à combler, est évidente. Dans l'ensemble du pays, on observe une tendance notable en ce qui concerne la nécessité de disposer d'établissements de santé appropriés et adéquats, d'accéder aux technologies de santé en ligne (cybersanté), de former et d'éduquer le personnel de santé communautaire, de disposer de centres de santé agréés et d'améliorer la collaboration entre les différents ordres de gouvernement afin d'évoluer vers l'autonomie et l'autogouvernement. Pourtant, le niveau de besoins entre ces domaines communs différerait selon la région et la communauté. De plus, les Premières Nations et les

Inuit ont des besoins uniques liés à la démographie et à l'emplacement géographique de leur population. Ces variations signifient que les programmes du groupe seraient plus efficaces s'ils étaient conçus avec le niveau de souplesse approprié pour permettre aux programmes d'adapter l'affectation des ressources aux besoins locaux.

Le besoin de soins de santé compétents sur le plan médical et culturellement sécuritaires dans les communautés des Premières Nations et des Inuit est évident et constant. Les objectifs des programmes étaient conformes à l'esprit de la déclaration et du cadre. En particulier, des programmes comme les RHS et le PAQA visent précisément à accroître la présence des professionnels de la santé des Premières Nations et des Inuit dans les communautés et à mettre en place l'expertise et les cadres de gouvernance appropriés pour garantir des normes de qualité élevées dans les soins de santé des Premières Nations et des Inuit. Cependant, il était également évident que l'intégration de mécanismes particuliers pour assurer la sécurité des patients et l'humilité culturelle n'était pas nécessairement une priorité lors de la conception ni de la mise en œuvre du groupe, et qu'il incombait plutôt aux membres des communautés des Premières Nations et des Inuit de trouver des moyens d'assurer cette harmonisation. Les répercussions de cette absence d'intégration intentionnelle sont importantes, car le manque d'accès à des soins médicalement et culturellement sécuritaires est un problème fondamental qui contribue à plusieurs autres besoins. Par conséquent, un manque de progrès à cet égard créera un obstacle au progrès dans d'autres domaines clés où des besoins ont été cernés.

4.1.2 Efficacité

Les partenaires des programmes ont souligné les principaux défis qui nécessitent des améliorations, en particulier en ce qui concerne les processus d'exécution et d'administration des programmes, la mesure du rendement et la production de rapports. Parmi les points à améliorer est ressorti l'accès à un financement durable à long terme, une meilleure reconnaissance des besoins locaux, un financement accru pour la formation et la sensibilisation des communautés aux programmes. En outre, des problèmes ont été soulevés en ce qui concerne la mesure du rendement et la production de rapports en raison des limites des données, du décalage entre les méthodes occidentales d'établissement de rapports fondées sur des données et les modes de connaissance des Premières Nations et des Inuit, et de la charge que représente l'établissement de rapports dans des centres de santé déjà en surcapacité et en sous-effectif dans les communautés.

La plupart des partenaires qui ont participé à l'évaluation ont souligné la valeur et l'incidence des programmes du groupe, y compris l'amélioration de l'accès aux soins de santé et de la qualité des soins pour les Premières Nations et les Inuit. Les entretiens ont indiqué que des progrès ont été réalisés en vue de donner aux Premières Nations et aux Inuit les moyens de planifier et de gérer les services de santé et de renforcer la capacité et les compétences des communautés pour se préparer au transfert de services.

Toutefois, les ressources limitées, tant d'un point de vue financier que du côté du personnel, ont été mentionnées comme étant un obstacle important empêchant l'atteinte des résultats escomptés des programmes du groupe pendant la période visée par l'évaluation. De plus, d'autres défis ont été mis en évidence, comme l'incidence de la pandémie sur les échéanciers et les ressources, le manque de souplesse des paramètres du programme par rapport aux besoins en soins de santé des Premières Nations et des Inuit, l'incapacité d'obtenir un financement durable, et le roulement du personnel comme obstacle à l'établissement de relations durables et à la réalisation de progrès vers les résultats escomptés des programmes du groupe.

La pandémie mondiale a eu des répercussions importantes sur la prestation des services de santé aux Premières Nations, notamment en limitant l'accès aux communautés et l'intérieur de celles-ci pendant les mesures de confinement et en réaffectant des ressources à la réponse à la pandémie et à d'autres besoins et priorités en matière de santé. Toutefois, des effets positifs ont également été constatés, notamment une augmentation notable de l'efficacité, tant en ce qui concerne les fonds débloqués par le gouvernement fédéral que la mise en œuvre des programmes, ainsi qu'une augmentation de la demande et une meilleure appréciation de la valeur des résultats escomptés des programmes, surtout le programme de cybersanté et l'agrément. La situation a également mis en lumière les possibilités d'innovation dans la conception des programmes et l'application des ressources. Le programme a incité à prendre en compte les leçons apprises, particulièrement en ce qui concerne la préparation aux situations d'urgence et les priorités clés de la prestation des services de santé.

La pandémie de COVID-19 a été un signal d'alarme pour le secteur de la santé à l'échelle mondiale, mais surtout pour les gouvernements non autochtones et inuits, car la pandémie a mis en évidence les problèmes de santé auxquels font face les communautés des Premières Nations et des Inuit. La crise a servi de représentation ultime de la valeur des établissements de santé bien gouvernés, dotés de l'expertise, de la capacité et des ressources nécessaires pour mettre en place des plans de préparation aux situations d'urgence et de gestion des crises. Elle a également permis aux Premières Nations et aux Inuit de démontrer ce dont ils sont capables lorsqu'ils reçoivent un soutien adéquat. La capacité des membres des communautés des Premières Nations et des Inuit, avec le soutien de SAC, de se réorienter et de s'adapter rapidement afin de mener à bien la réponse à la pandémie en plus de répondre aux besoins réguliers en matière de santé est louable. Les programmes ont fait preuve de créativité en tirant parti de nouveaux partenaires pour offrir une valeur ajoutée à la réponse à la pandémie. Les implications de l'efficacité et de l'innovation accrues qui ont été facilitées par la priorisation de la réponse à la pandémie (c.-à-d. moins de paperasse, affectation plus rapide des ressources) sont significatives, ce qui indique qu'avec un accès adéquat aux ressources, les Premières Nations et les Inuit peuvent réaliser des progrès importants pour répondre à leurs besoins en matière de santé. De plus, les défis auxquels font face les services de santé, comme l'incapacité d'accéder aux communautés en période de confinement, les pénuries de main-d'œuvre ou le manque de connectivité pour les services virtuels, ont démontré la valeur critique de ce que les programmes du groupe visent à accomplir. Il faudrait envisager de cerner les possibilités de réduire le fardeau administratif et d'accroître la souplesse des affectations de fonds pour permettre une prestation efficace des programmes et des solutions novatrices.

Dans l'ensemble, l'efficacité des relations entre les partenaires des programmes varie considérablement selon le type de programme et la région en raison de facteurs comme les ententes propres à la région et les niveaux de financement. Les relations entre l'AC de SAC et les régions de SAC, les régions de SAC et les Premières Nations et les Inuit, ainsi qu'entre les régions de SAC et les gouvernements provinciaux et territoriaux sont ressorties comme étant celles qui ont le plus besoin d'amélioration, les partenaires mentionnant des défis liés au roulement constant du personnel, à la communication inefficace au sujet du financement et au manque d'engagement. Il faut renforcer la collaboration intentionnelle entre les principaux partenaires des programmes, en portant une attention particulière à la clarification des rôles et des responsabilités entre l'AC de SAC et les régions de SAC, et à l'amélioration des communications concernant le transfert de services (question de le définir et de clarifier la manière de le soutenir efficacement). Les relations productives entre les programmes du groupe ont été jugées rares, malgré un résultat final commun et certains chevauchements thématiques de services. Il est possible d'accroître l'efficacité et l'efficience des programmes du groupe en améliorant la collaboration et l'intégration.

L'importance de l'établissement de relations a été une tendance constante tout au long de l'évaluation. Les difficultés rencontrées par les partenaires pour maintenir des relations efficaces en dépit du roulement du personnel, de la capacité très limitée et des obstacles en matière de communication ont des répercussions importantes sur la capacité des programmes du groupe d'atteindre les résultats escomptés et, en fin de compte, de transférer les services.

La définition et la compréhension des rôles, des responsabilités et des obligations redditionnelles des partenaires clés sont essentielles à l'établissement de relations durables et de confiance. Le manque de clarté des rôles et des responsabilités entre l'AC de SAC et les régions de SAC, et entre les régions de SAC et les Premières Nations et les Inuit, peut créer des attentes discordantes et des tensions entre les partenaires. Le manque de clarté et de communication efficace au sujet de la définition du transfert de services, de l'état final prévu et de la voie à suivre entre les partenaires des programmes a également des répercussions importantes sur leur capacité d'unir leurs efforts pour réaliser le transfert. Sans une vision claire des objectifs poursuivis par les partenaires du programme, il sera difficile de planifier et de mettre en œuvre la marche à suivre. Il faudrait envisager d'élaborer et de distribuer des documents de communication clairs sur le mandat du Ministère aux partenaires internes et externes (p. ex. à quoi ressemblent les services transférés, comment les Premières Nations et les Inuit y parviennent, quelles sont les principales priorités, etc.).

Bien qu'ils ne soient pas conçus sur le plan opérationnel comme un groupe, les programmes du groupe sont clairement compatibles en ce qui concerne leurs objectifs et les résultats souhaités. Par exemple, pour être agrémenté, un centre de santé doit mettre en place un plan de santé, ce qui est un extrait clé du programme de PSGQ. De plus, pour s'assurer que des infrastructures physiques adéquates sont construites dans les établissements de santé, les technologies de cybersanté sont souvent nécessaires dès le début. Malgré cette harmonisation, les programmes fonctionnent en vase clos, avec une collaboration très limitée entre les différents acteurs lors de la mise en œuvre des programmes. Cela suppose une occasion d'améliorer l'efficacité et la réalisation des progrès vers l'atteinte des objectifs grâce à une collaboration accrue et précoce entre les programmes. Il faudrait envisager de déterminer les points d'intégration entre les programmes (entre eux ainsi qu'avec d'autres programmes du Ministère à l'extérieur du groupe) et de mettre en évidence les possibilités de collaboration dans les régions opérationnelles communes pour atteindre des objectifs communs.

4.1.3 Transfert de services

L'objectif du transfert de services correspond aux besoins globaux en matière de santé des Premières Nations et des Inuit; toutefois, il n'est possible qu'une fois qu'un certain niveau de capacité a été établi et que le financement est viable pour la planification à long terme.

Le transfert de services est une entreprise complexe qui requiert de nombreuses conditions pour réussir, y compris des relations efficaces et l'adhésion de partenaires pertinents, des connaissances et de l'expertise en matière de prestation de services de santé, l'accès à un financement durable et le contrôle de ce financement, ainsi que des structures de gouvernance solides. Parmi les principaux obstacles mentionnés à la réussite du transfert de services figurent un niveau insuffisant de financement, le roulement continu du personnel de SAC, des approches inefficaces ou restrictives à l'égard du transfert de services, et des écarts dans le degré de préparation des communautés et des programmes qui doivent être transférés. Les différents programmes du groupe contribuent chacun au renforcement des capacités nécessaires pour faciliter le transfert de services; cependant, bien que le groupe ait fait des progrès vers l'atteinte de ses résultats immédiats, d'importantes lacunes subsistent par rapport à la durabilité requise pour produire des résultats systémiques.

Il est évident que si l'intention d'un éventuel transfert de services est pertinente par rapport aux besoins existants, des obstacles critiques nuisent à la capacité des programmes de soutenir la réalisation du mandat ministériel de transfert de services. L'appréhension des Premières Nations et des Inuit à prendre le contrôle des services malgré leur désir d'autonomie gouvernementale est révélatrice du manque de ressources appropriées et durables disponibles pour leur permettre d'atteindre la capacité adéquate. Il faudrait envisager de mieux définir la voie à suivre pour réussir le transfert de services et le rôle que les programmes du groupe et leurs partenaires jouent dans l'atteinte des résultats attendus à long terme.

4.1.4 Efficience

Il y a un manque de ressources suffisantes et durables (financières, humaines et en capital) pour aider les programmes du groupe à atteindre leurs objectifs. Le financement fondé sur les besoins, plutôt que sur la population, serait plus efficace pour atteindre les objectifs des programmes du groupe. Les principaux défis relevés dans le cadre du financement du programme sont l'insuffisance du financement pour le fonctionnement et l'entretien (F et E) et l'absence de prise en compte des changements économiques dans les affectations de financement annuelles (c.-à-d. l'inflation ou le coût de la vie). Outre l'insuffisance des ressources financières, des préoccupations ont été exprimées concernant le manque de ressources humaines, notamment le nombre insuffisant d'employés et le besoin de capacités particulières (p. ex. travailleurs de la santé spécialisés, intervenants pivots en sécurité des patients, professionnels des TI et administrateurs) et de ressources en infrastructures pour répondre aux besoins en capacités (p. ex. équipement médical, infrastructure technologique, etc.).

Malgré la pertinence du groupe, son efficacité dépend du niveau des ressources investies dans la réalisation de ses objectifs. Il y a un décalage dans la portée des résultats et des ressources disponibles pour les programmes et, par conséquent, pour les membres des communautés des Premières Nations et des Inuit, ce qui peut découler d'un manque de planification stratégique et opérationnelle intégrée. Il faudrait envisager de redéfinir les priorités des programmes du groupe en tant qu'écosystème (p. ex. modèle logique), évaluer la faisabilité d'atteindre les objectifs dans le cadre des paramètres des ressources disponibles et cerner les possibilités d'accroître l'efficacité des programmes afin de mieux optimiser les ressources limitées disponibles.

Les défis que doivent relever les Premières Nations et les Inuit pour recruter et maintenir en poste du personnel de soins de santé qualifié possédant l'expertise médicale et culturelle requise, en particulier dans les communautés, ont des répercussions importantes sur la capacité des programmes à atteindre leurs objectifs et sur la capacité des Premières Nations et des Inuit d'assumer de façon durable les services transférés. L'établissement et le maintien d'une infrastructure de soutien de la santé efficace exigent des compétences et des capacités au-delà des rôles de soins de santé primaires (p. ex. médecins, infirmières) afin de fournir des services globaux aux Premières Nations et aux Inuit qui répondent aux normes modernes de qualité et d'accès. (p. ex. analyse des données, gestion financière).

5. Recommandations

1. En tirant parti des évaluations des besoins existants, des efforts de mobilisation et des consultations, élaborer une approche de financement qui comble les lacunes de financement et offre de la souplesse et de la durabilité aux programmes évalués.
2. La DGSPNI travaille avec des partenaires des Premières Nations et des Inuit pour élaborer conjointement et commencer à mettre en œuvre une stratégie – y compris l'identification

des partenaires, l'approche et le calendrier – afin de renforcer les capacités des dirigeants en santé autochtone, des fournisseurs de services de santé et des rôles de soutien pour augmenter les possibilités de formation et de partage des connaissances entre les communautés.

3. Pour permettre une application uniforme et souple du programme afin de servir équitablement les communautés, la DGSPNI doit :
 - a. effectuer une évaluation des ressources humaines internes afin d'éclairer une stratégie de ressources humaines internes au sein de la DGSPNI qui permet de doter en personnel et de maintenir en poste les employés dans le cadre des programmes évalués;
 - b. créer des mécanismes pour veiller à ce que le personnel du programme dispose de connaissances et d'une compréhension communes entre les programmes évalués et au sein de ceux-ci, et favoriser des possibilités continues d'échange de connaissances.
4. Pour parvenir à une approche plus globale et efficace du transfert de services, il faut harmoniser et intégrer les programmes évalués au sein de la DGSPNI et la vision plus large de SAC en matière de transfert de services. Il est recommandé que la DGSPNI collabore avec les Premières Nations et les Inuit, ainsi qu'avec le Secteur de la politique stratégique et le personnel régional de SAC, pour :
 - a. élaborer un plan de travail visant à communiquer les visions du transfert des programmes évalués qui sont harmonisées avec l'approche et la vision du Ministère en matière de transfert de services;
 - b. effectuer une évaluation qui cerne les points communs et les redondances entre les programmes évalués afin d'appuyer l'intégration des programmes et le transfert graduel des services.
5. La DGSPNI travaille avec des partenaires à l'élaboration d'une stratégie de mesure du rendement significative avec l'Unité des résultats et de la livraison du Secteur du dirigeant principal des finances, des résultats et de l'exécution, et appuie la stratégie de collecte et de gestion des données avec le dirigeant principal des données et le dirigeant principal de l'information pour soutenir la souveraineté des données autochtones dans les services de santé.

Annexes

Annexe A – Matrice d'évaluation

Veuillez noter que seuls les indicateurs pour lesquels les « entretiens avec les principaux répondants » sont indiqués comme source de données probantes sont évalués et examinés dans le présent rapport.

		Source de données					
Question d'évaluation	Indicateurs	Examen de la documentation	Examen des documents	Entretiens avec les principaux répondants	Sondages	Analyse des données	Études de cas
	Pertinence						
1. Quels sont les besoins auxquels ce groupe de programmes de santé pour les Premières Nations et les Inuit devrait répondre? Les besoins sont-ils toujours pertinents, ou de nouveaux besoins sont-ils apparus?	Examen des données probantes et recension des écrits concernant les besoins en santé des communautés des Premières Nations et des Inuit	X	X				
	Perceptions des principaux répondants au sujet des besoins en santé des communautés des Premières Nations et des Inuit			X			X
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle les besoins en santé communautaire dans les communautés des Premières Nations et des Inuit ont évolué au fil du temps, y compris l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur ces besoins en santé communautaire			X			X
	Nombre de communautés qui ont un plan de santé communautaire comparativement à toutes les communautés ou à celles qui ont un besoin	X	X			X	
	Nombre d'établissements de santé qui souhaitent obtenir un agrément, et nombre d'établissements qui l'ont obtenu	X	X			X	
	Données probantes dans l'examen des documents et de la recension des écrits sur les besoins en matière de	X	X				

Question d'évaluation	Indicateurs	Source de données					
		Examen de la documentation	Examen des documents	Entretiens avec les principaux répondants	Sondages	Analyse des données	Études de cas
	santé des communautés des Premières Nations et des Inuit dans un contexte de COVID-19						
2. Les objectifs de ce groupe de programmes (c.-à-d. l'objectif des programmes) correspondent-ils aux besoins des Premières Nations et des Inuit?	Examen des données probantes et recension des écrits concernant la mesure dans laquelle le groupe de programmes correspond aux besoins actuels en matière de santé des communautés des Premières Nations et des Inuit	X	X				
	Perceptions des principaux répondants au sujet de la mesure dans laquelle le groupe de programmes correspond aux besoins actuels en matière de santé des communautés des Premières Nations et des Inuit			X			X
	Examen des données probantes et recension des écrits concernant la mesure dans laquelle le groupe de programmes de santé appuie les principes du Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients et de la Déclaration d'engagement à assurer la sécurité et l'humilité culturelles	X	X			X	
	Perceptions des principaux répondants au sujet de la mesure dans laquelle le groupe de programmes de santé appuie les principes du Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients et de la Déclaration d'engagement à assurer la sécurité et l'humilité culturelles			X	X		X
3. L'objectif ministériel de transfert de services correspond-il aux besoins des	Examen des données probantes et recension des écrits concernant la mesure dans laquelle l'objectif ministériel de transfert de services correspond aux besoins des communautés des Premières Nations et des Inuit	X	X				

		Source de données					
Question d'évaluation	Indicateurs	Examen de la documentation	Examen des documents	Entretiens avec les principaux répondants	Sondages	Analyse des données	Études de cas
Premières Nations et des Inuit?	Perceptions des principaux répondants au sujet de la mesure dans laquelle l'objectif ministériel de transfert de services correspond aux besoins des communautés des Premières Nations et des Inuit			X			X
	Examen des données probantes et recension des écrits concernant la mesure dans laquelle le groupe de programmes de santé travaille ensemble pour atteindre les objectifs du Ministère		X		X	X	
	Perceptions des principaux répondants au sujet de la mesure dans laquelle le groupe de programmes de soutien de l'infrastructure de la santé constitue la combinaison appropriée de programmes pour atteindre l'objectif ministériel de transfert de services			X			X
Efficacité							
4. Dans quelle mesure chacun des programmes inclus a-t-il progressé vers l'atteinte de ses résultats escomptés?	Données probantes dans les statistiques de programme de l'atteinte des objectifs de rendement pour chaque programme et de la couverture des communautés		X			X	
	Examen des données probantes et des données des programmes sur l'intégration accrue des services et des systèmes de santé (fédéraux, provinciaux, territoriaux, municipaux, communautaires) (Fonds d'intégration des services de santé)		X			X	
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle l'intégration des services et des systèmes de santé a augmenté (fédéral, provincial, territorial, municipal, communautaire) (Fonds d'intégration des services de santé)			X			X

Question d'évaluation	Indicateurs	Source de données					
		Examen de la documentation	Examen des documents	Entretiens avec les principaux répondants	Sondages	Analyse des données	Études de cas
	Examen des données probantes et des données des programmes démontrant que les communautés peuvent gérer et exploiter les programmes et les services de santé (Planification de la santé et gestion de la qualité)	X	X			X	
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle les communautés peuvent gérer et exploiter les programmes et les services de santé (Planification de la santé et gestion de la qualité)			X	X		X
	Examen des données probantes et des données des programmes démontrant que les Premières Nations et les fournisseurs de soins de santé ont accès aux technologies de cybersanté (infrastructure de cybersanté)		X			X	
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle les Premières Nations et les fournisseurs de soins de santé ont accès aux technologies de cybersanté (infrastructure de cybersanté)			X			X
	Examen des écrits, des documents et des données sur les programmes montrant qu'il y a un plus grand nombre d'Autochtones poursuivent ou ont reçu une éducation et une formation dans les services de soins de santé (Ressources humaines en santé)	X	X			X	
	Examen des écrits, des documents et des données sur les programmes montrant qu'il y a un plus grand nombre d'Autochtones qui travaillent dans le domaine des soins de santé dans leurs communautés et qui	X	X			X	

Question d'évaluation	Indicateurs	Source de données					
		Examen de la documentation	Examen des documents	Entretiens avec les principaux répondants	Sondages	Analyse des données	Études de cas
	intègrent la médecine traditionnelle et la guérison (Ressources humaines en santé)						
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle il y a un nombre accru d'Autochtones qui travaillent dans les soins de santé dans leurs communautés et qui intègrent la médecine traditionnelle et la guérison (Ressources humaines en santé)			X			X
	Examen des données probantes et des données des programmes concernant la mesure dans laquelle la qualité des services de santé dans les communautés des Premières Nations et des Inuit est améliorée ou maintenue (Programme d'amélioration de la qualité et d'agrément)		X			X	
	Perceptions des principaux répondants au sujet de la mesure dans laquelle la qualité des services de santé dans les communautés des Premières Nations et des Inuit est améliorée ou maintenue (Programme d'amélioration de la qualité et d'agrément)			X	X		X
	Examen des données probantes et des données des programmes concernant la mesure dans laquelle les Premières Nations soutiennent la planification, la gestion et l'entretien de l'infrastructure de leurs établissements de santé (Programme des établissements de santé)		X			X	
	Perceptions des principaux répondants au sujet de la mesure dans laquelle les Premières Nations soutiennent la planification, la gestion et l'entretien de			X			X

Question d'évaluation	Indicateurs	Source de données					
		Examen de la documentation	Examen des documents	Entretiens avec les principaux répondants	Sondages	Analyse des données	Études de cas
	l'infrastructure de leurs établissements de santé (Programme des établissements de santé)						
	Examen des données probantes et des données des programmes concernant la mesure dans laquelle les services de santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique sont intégrés aux services de santé provinciaux et à SAC (accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique)		X			X	
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle les services de santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique sont intégrés aux services de santé provinciaux et à SAC (accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique)			X			X
5. Quelle a été l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur la prestation des programmes et leur capacité à soutenir les Premières Nations et les Inuit?	Examen des données probantes, des écrits et des données des programmes concernant l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur la capacité du groupe de programmes à répondre aux besoins en santé des communautés et des organisations autochtones	X	X			X	
	Perceptions des principaux répondants concernant l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur la capacité du groupe de programmes à répondre aux besoins en santé des communautés et des organisations autochtones			X			X
	Examen des données probantes des écrits et des documents sur les points à améliorer pour que les programmes soient mieux en mesure de faire face aux pandémies actuelles ou futures ou à d'autres crises de santé semblables	X	X		X		

Question d'évaluation	Indicateurs	Source de données					
		Examen de la documentation	Examen des documents	Entretiens avec les principaux répondants	Sondages	Analyse des données	Études de cas
	Perceptions des principaux répondants concernant les aspects du programme qui doivent être améliorés afin que le groupe de programmes de soutien de l'infrastructure de la santé soit mieux en mesure de faire face aux pandémies actuelles ou futures d'autres crises de santé semblables			X			X
	Financement supplémentaire alloué aux programmes du groupe en raison de la pandémie de COVID-19		X			X	
	Perceptions des principaux répondants au sujet de l'utilité ou de l'incidence du financement supplémentaire lié à la COVID-19, le cas échéant			X			X
6. Comment les programmes du groupe ont-ils travaillé pour assurer le transfert éventuel des responsabilités ministérielles aux Premières Nations et aux Inuit, comme le prescrit le Ministère?	Examen des données probantes des documents, des écrits et des données sur les programmes concernant la mesure dans laquelle le groupe de programmes de santé soutient le transfert de services	X	X			X	
	Examen des données probantes des documents, des écrits et des données sur les programmes concernant la mesure dans laquelle les services ont été transférés	X	X			X	
	Perceptions des principaux répondants concernant l'état de préparation des systèmes de soins de santé des Premières Nations et des Inuit à être conçus, mis en œuvre et gérés de façon indépendante par les communautés ou les établissements indépendants			X			X
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle le groupe de programmes de santé soutient le transfert de services			X			X
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle les services ont été transférés			X			X

Question d'évaluation	Indicateurs	Source de données					
		Examen de la documentation	Examen des documents	Entretiens avec les principaux répondants	Sondages	Analyse des données	Études de cas
	Perceptions des principaux répondants au sujet de la mesure dans laquelle les programmes du groupe contribuent au changement systémique de la façon dont le gouvernement fédéral offre des services de santé aux peuples autochtones			X			X
7. Quels aspects des programmes fonctionnent bien, et quels aspects doivent être améliorés? a. Répartition des responsabilités b. Efficacité des processus administratifs c. Clarté et pertinence des communications d. Mesure du rendement e. Progrès réalisés dans la réalisation du mandat du Ministère	Examen des données probantes des documents et des données administratives du programme concernant l'efficacité de l'exécution du programme et des processus administratifs		X			X	
	Perceptions des principaux répondants au sujet de l'efficacité de l'exécution des programmes et des processus administratifs			X			X
	Examen des données probantes et des données des programmes concernant la clarté et la pertinence de la communication des processus administratifs et de prestation de programmes aux partenaires clés		X			X	
	Perceptions des principaux répondants concernant la clarté et la pertinence de la communication des processus administratifs et de prestation de programmes aux partenaires clés			X	X		X
	Examen des données probantes et des données des programmes concernant la mesure dans laquelle les rôles et les responsabilités des programmes au sein du groupe sont clairement définis, bien compris et communiqués		X			X	

Question d'évaluation	Indicateurs	Source de données					
		Examen de la documentation	Examen des documents	Entretiens avec les principaux répondants	Sondages	Analyse des données	Études de cas
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle les rôles et les responsabilités des programmes au sein du groupe sont clairement définis, bien compris et communiqués			X	X		X
	Examen des données probantes et des données des programmes concernant la mesure dans laquelle des mesures du rendement ont été établies pour chacun des programmes au sein du groupe		X			X	
	Perceptions des principaux répondants au sujet de la mesure dans laquelle un cadre de mesure du rendement a été établi pour chacun des programmes du groupe et est utilisé pour surveiller le rendement et en faire rapport, ainsi que pour appuyer la prise de décisions			X			X
	Perceptions des principaux répondants au sujet des aspects de l'exécution du programme qui fonctionnent bien et des aspects qui doivent être améliorés			X			X
	Perceptions des principaux répondants au sujet des obstacles potentiels au transfert de services			X	X		X
	Perceptions des principaux répondants au sujet des conditions nécessaires au transfert efficace des services			X	X		X
	Examen des données probantes et des écrits concernant les obstacles potentiels au transfert de services	X	X				

		Source de données					
Question d'évaluation	Indicateurs	Examen de la documentation	Examen des documents	Entretiens avec les principaux répondants	Sondages	Analyse des données	Études de cas
	Examen des données probantes et des écrits concernant les conditions nécessaires au transfert efficace des services	X	X				
8. Dans quelle mesure les relations entre les partenaires de chacun des programmes (p. ex. entre l'AC de SAC et les bureaux régionaux, les Premières Nations et les Inuit, les partenaires de mise en œuvre, les gouvernements provinciaux et municipaux, etc.) et entre les programmes sont-elles efficaces ou productives?	Perceptions des principaux répondants concernant la nature des relations entre les partenaires des programmes (p. ex. administration centrale de SAC, bureaux régionaux, communautés autochtones, etc.) et de la mesure dans laquelle les relations sont efficaces et productives			X			X
	Perceptions des principaux répondants au sujet de la nature des relations entre les programmes et de la mesure dans laquelle les relations sont efficaces et productives			X			X
	Examen des données probantes des documents concernant la mesure dans laquelle les programmes du groupe travaillent ensemble pour appuyer la prestation des services		X				
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle les programmes du groupe travaillent ensemble pour appuyer la prestation des services			X	X		X
	Perceptions des principaux répondants au sujet de la mesure dans laquelle les programmes du groupe travaillent ensemble pour s'entraider			X			X
Rentabilité							
9. Dans quelle mesure la conception et la prestation des programmes de ce groupe de	Examen des données probantes et des données des programmes concernant la mesure dans laquelle les programmes au sein du groupe ont des mesures de		X			X	

Question d'évaluation	Indicateurs	Source de données					
		Examen de la documentation	Examen des documents	Entretiens avec les principaux répondants	Sondages	Analyse des données	Études de cas
l'infrastructure de la santé sont-elles rentables? a. Y a-t-il des façons de les rendre plus rentables? b. L'affectation de fonds à chacun des programmes et au sein de chacun d'eux est-elle appropriée pour atteindre les résultats attendus?	rendement en place pour mesurer et surveiller la rentabilité						
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle les ressources consacrées à chacun des programmes au sein du groupe sont adéquates et optimisées			X			X
	Données probantes dans la documentation (p. ex. données du programme, données financières) concernant la mesure dans laquelle les ressources consacrées à chacun des programmes au sein du groupe sont adéquates et optimisées		X			X	
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle le financement est attribué de façon efficiente et efficace pour atteindre les résultats attendus des programmes au sein du groupe			X			X
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle le financement est suffisant pour que les programmes du groupe atteignent leurs résultats attendus respectifs			X			X
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle l'affectation des ressources est suffisante pour atteindre l'objectif ministériel plus vaste du transfert de services (compte tenu de la façon dont les programmes au sein du groupe peuvent ou non fonctionner ensemble)						
	Perceptions des principaux répondants concernant les possibilités d'améliorer la prestation des programmes au sein du groupe			X			X

Question d'évaluation	Indicateurs	Source de données					
		Examen de la documentation	Examen des documents	Entretiens avec les principaux répondants	Sondages	Analyse des données	Études de cas
	Résultats inattendus des programmes au sein du groupe, et/ou des programmes, alors qu'ils peuvent fonctionner ensemble ou non pour soutenir le transfert de services	X	X	X	X	X	X
	Leçons tirées de la conception ou de l'exécution du programme	X	X		X	X	X
	Pratiques exemplaires en matière de conception ou d'exécution des programmes	X	X		X	X	X
	Perceptions des principaux répondants concernant les pratiques exemplaires et les leçons apprises dans la conception ou l'exécution des programmes au sein du groupe			X			X
	Examen des données probantes des documents concernant la mesure dans laquelle l'ACS+ a été prise en compte dans la conception ou l'exécution des programmes au sein du groupe		X		X		
	Perceptions des principaux répondants concernant la mesure dans laquelle l'ACS+ a été prise en compte dans la conception ou l'exécution des programmes au sein du groupe			X			X

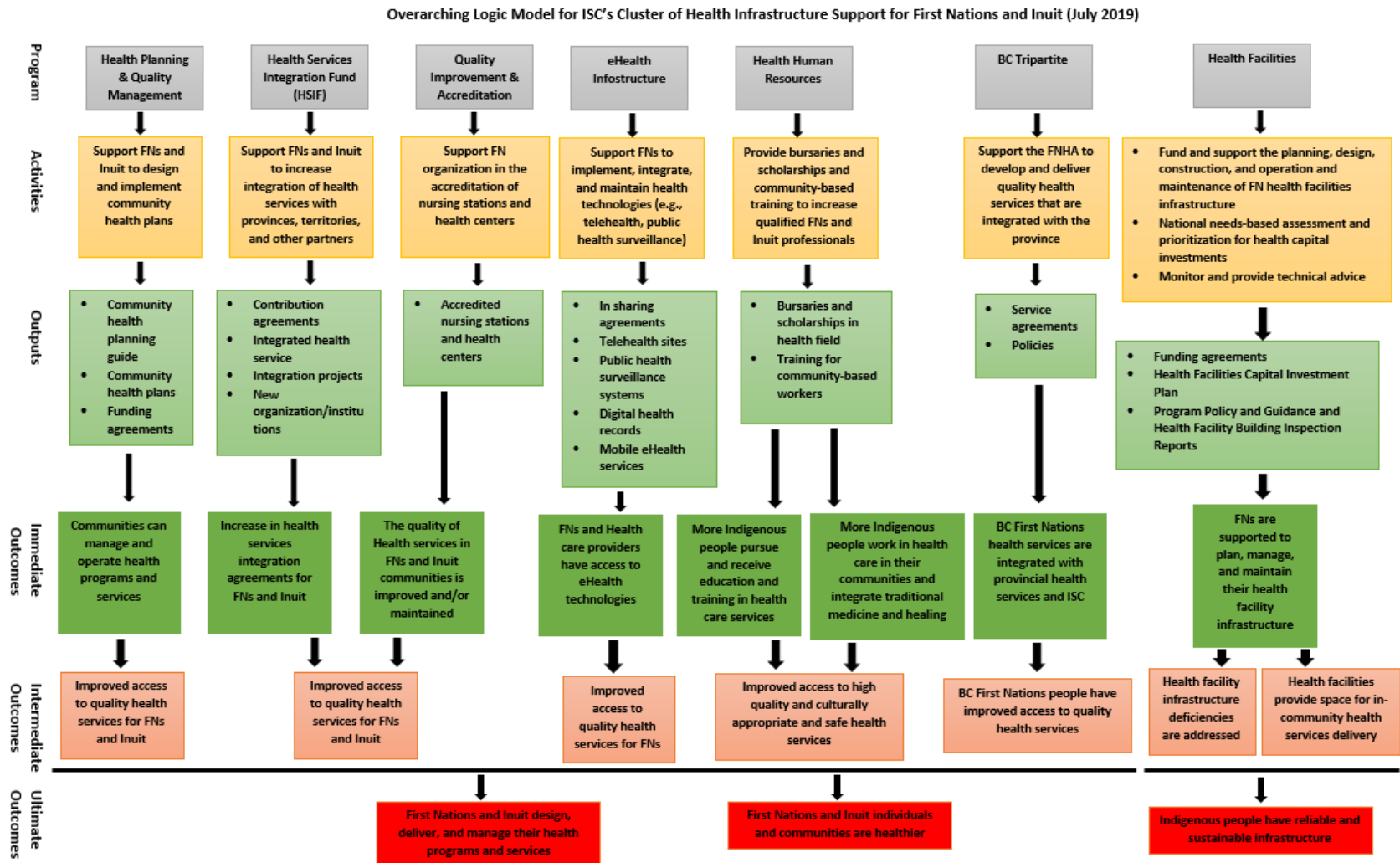
Annexe B – Principaux répondants

Groupes d'intervenants		Nombre de personnes interviewées
Internes	Haute direction de l'AC de SAC	3
	Cadres régionaux de SAC	3
	Responsables de programme	7
	Personnel régional de SAC	57 (7 groupes de discussion)
Externes	Représentants des Premières Nations	19
	Partenaires de mise en œuvre	10
	Experts en la matière	4
Total		103

Annexe C – Participants au sondage

Groupe de répondants (intervenants)		Nombre de participants
Internes	Personnel régional de SAC	40
Externes	Représentants des Premières Nations	16
	Partenaires de mise en œuvre	18
Total		74

Annexe D – Modèle logique du groupe



Annexe E – Renseignements généraux sur l'étude de cas

Tous les renseignements inclus dans les tableaux de renseignements généraux sur les études de cas provenaient directement des liens pertinents indiqués, ainsi que des entretiens menés auprès de personnes de chaque organisation.

Les critères de sélection utilisés pour choisir les organisations invitées à participer à une étude de cas sont les suivants :

Région géographique	Les études de cas devraient inclure la représentation géographique de diverses régions du Canada (p. ex. Inuit Nunangat, Nord, Ouest, Est, Centre) afin de s'assurer que les différentes circonstances des Premières Nations et des Inuit dans chaque administration sont prises en compte dans la mesure du possible.
Représentation des programmes	Les études de cas doivent comprendre des représentants des sept programmes inclus dans la portée de la présente évaluation. Bien que certaines communautés n'aient pas accès aux sept programmes en même temps, ou n'en bénéficient pas, l'équipe d'évaluation visera à sélectionner les communautés qui ont mis en œuvre au moins deux des programmes du groupe. Cela permettra à l'équipe d'évaluation de mieux comprendre comment les programmes peuvent ou ne peuvent pas fonctionner ensemble, et s'il y a des possibilités d'améliorer la façon dont le groupe de programmes est conçu et exécuté.
Continuum du transfert de services	Dans la mesure du possible, l'équipe d'évaluation travaillera avec les représentants du programme pour sélectionner des communautés qui en sont à différentes étapes du « continuum du transfert de services ». (c.-à-d. que les programmes du groupe sont principalement exécutés par SAC et par ses partenaires de mise en œuvre, ou les programmes du groupe ont été transférés et sont mis en œuvre par la communauté). Cela permettra à l'équipe d'évaluation de mieux comprendre les facteurs de réussite et les pratiques exemplaires en matière de transfert de services, les obstacles potentiels au transfert de services et les approches visant à éliminer ces obstacles. L'équipe d'évaluation travaillera également avec les représentants du programme pour identifier une variété de communautés à différents niveaux d'agrégation afin de déterminer et d'évaluer la masse critique nécessaire pour exécuter efficacement un programme.
Représentation des Premières Nations	Les études de cas doivent comprendre une représentation des Premières Nations pour veiller à ce que leur expérience au sein du groupe soit prise en compte.
Représentation des Inuit	Les études de cas doivent comprendre une représentation des Inuit pour veiller à ce que leur expérience au sein du groupe soit prise en compte.

Organisation :	Première Nation d'Onion Lake
Mandat de l'organisation :	Onion Lake est une nation crie dotée d'un chef et d'un conseil, ainsi qu'un conseil d'administration composé de cinq membres. L'un des objectifs du conseil d'administration d'Onion Lake est d'améliorer la santé globale de la communauté. Outre l'engagement de la communauté en faveur de la santé holistique, la Première Nation d'Onion Lake a créé une organisation, l'Onion Lake Group of Companies Corporation, qui se compose de neuf entreprises.
Population :	7 000 au total (5 000 vivant dans une réserve et 2 000 employés mariés dans la communauté ou employés non autochtones) (ce total de 2 000 comprend les membres d'« autres » Premières Nations, les personnes qui ne sont pas membres des Premières Nations qui sont mariées à un membre des Premières Nations, et/ou la famille élargie, les employés non membres des Premières Nations qui travaillent pour la communauté, les membres d'« autres » Premières Nations qui travaillent pour la communauté)
Région :	Territoire visé par le Traité 6
Province(s) :	Saskatchewan et Alberta
Programmes du groupe de la santé :	EF 2015-2016 : Planification de la santé; FISS; cybersanté EF 2016-2017 : Planification de la santé; FISS; cybersanté EF 2017-2018 : Planification de la santé; FISS; cybersanté EF 2018-2019 : Planification de la santé; FISS; PES; cybersanté EF 2019-2020 : Planification de la santé; FISS; PES; cybersanté EF 2020-2021 : Planification de la santé; FISS; PES; cybersanté EF 2021-2022 : Planification de la santé; FISS; cybersanté EF 2022-2023 : Planification de la santé; cybersanté
Premières Nations/Inuit/autres :	Premières Nations
Liens pertinents :	https://www.onionlake.ca/
Continuum de services :	La Première Nation d'Onion Lake compte les services suivants : • Société de développement des entreprises • Éducation • Services à la famille • Finances • Santé • Logement • Ressources humaines • Terres • Justice autochtone • Onion Lake Energy • Opérations • Développement social • Sports et loisirs • Traités et gouvernance • Droits fonciers issus de traités • Travaux publics • Sauvetage et sécurité-incendie • Service d'ambulance

	La Première Nation d'Onion Lake a pris le plein contrôle des programmes de santé communautaire et de certains programmes et services de santé non assurés, ainsi que des soins ambulatoires. De plus, elle a conclu des ententes selon lesquelles elle doit agir à l'échelle locale. La Nation a négocié avec la province de la Saskatchewan pour établir un service d'ambulance dédié pour les membres de sa communauté. La PN également négocié avec les anciennes autorités régionales de la santé avant leur dissolution pour former la seule qui reste, l'autorité de la santé de la Saskatchewan, ce qui a permis de négocier les services au niveau provincial. Les programmes de santé communautaire offerts par la Première Nation d'Onion Lake comprennent les soins prénataux et postnataux, l'imagerie médicale par rayons X, une pharmacie et un service de clinique doté de médecins et d'infirmières praticiennes. Ces initiatives ont été appuyées en partie par le Fonds d'intégration des services de santé. La Nation élabore actuellement son propre système de soins de santé pour la prestation de soins de santé primaires.
Qu'est-ce qui fait de cet organisme un bon candidat à inclure comme étude de cas dans l'évaluation groupée des programmes de la santé?	
Il fournit des services communautaires à l'intérieur et à l'extérieur des réserves et à la population, ce qui comprend les Premières Nations, les partenaires non autochtones des Premières Nations et les employés non autochtones de la communauté.	

Organisation :	Organisation des chefs du Sud
Mandat de l'organisation :	L'Organisation des chefs du Sud (OCS) a été créée en 1999 et représente 34 communautés de Premières nations du sud du Manitoba. L'organisation est un forum politique indépendant qui vise à protéger, préserver, promouvoir et améliorer les droits, les langues, les coutumes et les traditions des peuples des Premières nations en respectant l'esprit et l'intention du processus d'élaboration des traités. L'organisation s'efforce d'atteindre ses objectifs par le biais de divers domaines de programme, notamment la transformation de la santé, l'environnement, la justice, le bien-être mental, les programmes de services à l'enfance et à la famille, parmi beaucoup d'autres. Le site internet de l'organisation propose également des outils éducatifs faciles d'accès pour mieux faire connaître l'histoire des Premières nations, ainsi que les possibilités d'éducation, de bourses d'études et de financement disponibles. Le site internet fournit également des ressources pour soutenir les communautés des Premières nations.
Population :	83 000
Région :	Headingley (Première Nation Swan Lake First)
Province(s) :	Manitoba
Programmes du groupe de la santé :	EF 2015-2016 : FISS EF 2016-2017 : FISS EF 2017-2018 : FISS EF 2018-2019 : FISS EF 2019-2020 : FISS EF 2020-2021 : FISS EF 2021-2022 : FISS EF 2022-2023 : FISS
Premières Nations/Inuit/autres :	Premières Nations
Liens pertinents :	https://scoinc.mb.ca/
Continuum de services :	La OCS note qu'il se trouve dans la phase de planification et de conception du transfert des services de transformation de la santé et que, lorsque les données ont été collectées pour cette évaluation, aucun programme de SAC ne lui avait été activement dévolu. La OCS demande une responsabilité accrue en matière de programmation et de financement alors qu'il dirige le processus de transfert des services. Si les organisations, y compris la OCS, n'étaient pas obligées de se faire concurrence pour obtenir des fonds à partir de la même enveloppe budgétaire, on s'attend à ce qu'elles soient davantage en mesure d'offrir des programmes et des services globaux aux collectivités des Premières nations du sud du Manitoba. Le système tel qu'il fonctionne actuellement ne favorise pas la collaboration au sein des Premières nations parce que souvent les gouvernements provinciaux ou fédéraux fournissent des fonds à la fois à de grandes organisations pour mener à bien de grandes possibilités de changement de système et à des entités plus petites pour effectuer une partie de ce travail, ce qui crée de la confusion et des défis quant à savoir qui dirige le travail.
Qu'est-ce qui fait de cet organisme un bon candidat à inclure comme étude de cas dans l'évaluation groupée des programmes de la santé?	
La OCS représente 34 Premières Nations de la région du sud du Manitoba.	

Organisation :	Giishkaandagot'lkwe Health Services (Services de santé de la zone tribale de Fort Frances)
Mandat de l'organisation :	Giishkaandagot'lkwe Health Services (Services de santé de la zone tribale de Fort Frances) collabore avec 10 Premières Nations du Traité n° 3 dans la région de Fort Frances pour améliorer la santé et le bien-être des communautés. L'organisme travaille avec les communautés qu'il dessert, les partenaires et les fondateurs pour s'acquitter de son mandat. Sa mission est d'assurer une bonne santé tout au long de la vie en dispensant des soins de santé novateurs sur la base des enseignements des sept grands-pères des Anishinaabe. L'organisation repose sur les sept valeurs suivantes : • Nibwaakaawin (Sagesse) • Zaagiidiwin (Amour) • Aakodewewin (Bravoure) • Dibaadendiziwin (Humilité) • Minwaadendamowin (Respect) • Gwekaadiziwin (Honnêteté) • Dibwewin (Vérité)
Population :	2600
Région :	Fort Frances
Province(s) :	Ontario
Programmes du groupe de la santé :	EF 2015-2016 : EF 2016-2017 : EF 2017-2018 : EF 2018-2019 : EF 2019-2020 : FISS EF 2020-2021 : FISS EF 2021-2022 : FISS EF 2022-2023 : Planification de la santé; FISS
Premières Nations/Inuit/autres :	Premières Nations
Liens pertinents :	https://www.fftahs.com/
Continuum de services :	Giishkaandagot'lkwe Health Services fournit une variété de services liés aux soins de santé, y compris le développement du nourrisson et de l'enfant, les soins palliatifs, un programme de santé mentale et de toxicomanie comprenant un programme de traitement de 10 lits, un programme de soins à domicile et communautaires, qui comprend des cliniques de diabète et de soins des pieds ainsi que des programmes de soins infirmiers à domicile et de soins de santé, des soins de longue durée, des évaluations de l'aide ménagère et des programmes de santé environnementale et communautaire. Giishkaandagot'lkwe soutient de plus en plus les Premières Nations rurales par le biais de son programme du principe de Jordan et de ses programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Giishkaandagot'lkwe a vu ses programmes de santé environnementale et publique lui être dévolus et a depuis embauché un analyste de la qualité de l'eau et effectué des analyses et des opérations liées à l'eau. Ils ont créé et adopté des

	politiques et des procédures liées aux travaux d'infrastructure physique (champs d'épuration, codage, morsures d'animaux), ainsi que des efforts d'éducation et de planification communautaire pour accroître la sensibilisation et l'éducation à leur système d'approvisionnement en eau.
Qu'est-ce qui fait de cet organisme un bon candidat à inclure comme étude de cas dans l'évaluation groupée des programmes de la santé?	
Giishkaandagot'lkwe travaille avec 10 Premières Nations du Traité n° 3 et gère actuellement leurs programmes de santé environnementale et publique après leur transfert.	

Organisation :	Conseil tribal de File Hills Qu'Appelle (FHQTC)
Mandat de l'organisation :	Le Conseil tribal File Hills Qu'Appelle est un organisme politique et de services qui vise à protéger, à mettre en œuvre et à faire respecter les droits inhérents issus de traités, à promouvoir l'autodétermination et à développer des communautés pour les 11 nations qu'il sert. Le Conseil tribal File Hills Qu'Appelle travaille à une transition vers la gouvernance. Une transition vers la gouvernance, pour lui, signifie une transition vers l'inclusion de la culture autochtone dans les structures de gouvernance. Cette transition vise à accroître l'engagement communautaire et l'application des droits inhérents et des droits issus de traités.
Population :	15 000+
Région :	Fort Qu'Appelle
Province(s) :	Saskatchewan
Programmes du groupe de la santé :	EF 2015-2016 : Planification de la santé; FISS EF 2016-2017 : Planification de la santé; FISS EF 2017-2018 : Planification de la santé; FISS EF 2018-2019 : Planification de la santé; FISS EF 2019-2020 : Planification de la santé EF 2020-2021 : Planification de la santé EF 2021-2022 : EF 2022-2023 :
Premières Nations/Inuit/autres :	Premières Nations
Liens pertinents :	https://fhqtc.com/
Continuum de services :	Le Conseil tribal File Hills Qu'Appelle offre une pléthore de programmes et de services, y compris l'éducation, les services préalables à l'emploi, les permis de garde d'enfants, les communications, les programmes de la stratégie de formation pour les compétences et l'emploi destiné aux Autochtones, les sports et les loisirs, la formation et l'emploi, les pistes et les ressources, la justice réparatrice, les services techniques, les ressources humaines, une commission des femmes, un conseil de stratégie pour la jeunesse, un conseil des gardiens du savoir, les services de santé et un Lifespeakers Council pour les membres des 11 nations que le Conseil dessert.
Qu'est-ce qui fait de cet organisme un bon candidat à inclure comme étude de cas dans l'évaluation groupée des programmes de la santé?	
Le Conseil tribal File Hills Qu'Appelle (FHQTC) est copropriétaire du seul hôpital des Premières nations au Canada, le All Nations Healing Hospital (ANHH). Il en assure l'administration et est responsable des opérations de l'hôpital. L'All Nations Healing Hospital dessert 15 Premières Nations, dont 11 sont représentées par le Conseil tribal. L'hôpital dispose d'une salle d'urgence très fréquentée, des services de laboratoire, d'une unité d'accouchement à faible risque, des cliniques de soins intensifs et de multiples programmes cliniques, y compris des services de santé pour les femmes et le Rising Bear Healing Center, qui offre également des soins pour l'insuffisance rénale chronique et des services de dialyse satellite. Le département des services de santé du Conseil gèrent également des services cliniques, y compris le programme Red Wolf, un programme de réduction des méfaits avec soutien en santé mentale et en toxicomanie, ainsi que des programmes de thérapie de remplacement des opioïdes et des services liés à l'hépatite C et au VIH, le programme Principe de Jordan, un programme de santé publique,	

des soins infirmiers communautaires, des thérapies de réadaptation, des services de santé environnementale, un programme de maladies chroniques, des soins à domicile, des soins pour le diabète, ainsi que des équipes de recherche, de planification et de gestion de la santé. Les deux organisations sont accréditées de manière indépendante par Agrément Canada et, en décembre 2022, les services de santé du FHQTC ont été accrédités avec un statut exemplaire.

Organisation:	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Contexte Organisationnel:	La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et Labrador (CSSSPNQL) est une organisation à but non lucratif créée en 1994 par les chefs de l'Assemblée des Premières Nations Québec -Labrador. La CSSSPNQL se concentre sur la planification et la mise en œuvre des programmes culturellement appropriés de santé préventive et de services sociaux en soutien aux communautés des Premières Nations.
Population:	Premières Nations non conventionnées du Québec et deux bandes innues du Labrador
Région:	Québec
Province:	Québec
Groupe de programmes de santé:	FY2015-16: Planification de la santé; Cybersanté, FISS FY2016-17: Planification de la santé; Cybersanté, FISS FY2017-18: Planification de la santé; Cybersanté, FISS FY2018-19: Planification de la santé; Cybersanté, FISS FY2019-20: Planification de la santé; Cybersanté FY2020-21: Planification de la santé; Cybersanté FY2021-22: Planification de la santé; Cybersanté FY2022-23: Planification de la santé; Cybersanté
Premières Nations/Inuits/autres:	Premières Nations
Liens Pertinents:	https://cssspnql.com/en/ et https://cssspnql.com/
Continuum de services:	La CSSSPNQL offre du soutien pour améliorer l'accès à des services adéquats pour les enfants, les personnes âgées et les familles; des services culturels pour promouvoir le bien-être des communautés; la gouvernance et l'engagement communautaire; des services de santé et de bien-être; la sécurité du revenu et l'inclusion sociale; un soutien psychosocial; et un soutien à la recherche et aux ressources d'information.
Qu'est ce qui détermine que cette organisation ferait un bon candidat pour une étude de cas dans le cadre de l'évaluation des groupes sectoriels de santé ?	
Représente 43 communautés	

Annexe F – Ouvrages cités

- Aetonix. (s.d.). 4 Diseases Impacting Health on First Nations in Canada. <https://aetonix.com/chronic-disease-management/4-diseases-impacting-health-first-nations-canada/>
- Agence de la santé publique du Canada. (2018). Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national – Sommaire exécutif. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/rapport-principales-inegalites-sante-canada-sommaire-executif.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2019). Prévalence des maladies chroniques chez les adultes canadiens. (2019). Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/prevalance-adultes-canadiens-infographie-2019.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2021). Édition du dimanche de l'ACSP : L'incidence de la COVID-19 sur les communautés racialisées. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2021/02/edition-du-dimanche-de-lacsp-lincidence-de-la-covid-19-sur-les-communautes-racialisees.html>
- Agrément Canada. (13 juillet 2020). Renseignements pour le public – Améliorer la qualité des soins de santé au Canada. <https://accreditation.ca/ca-fr/pour-le-public/>
- Agrément Canada. (23 mai 2019). L'agrément est un « processus inestimable » que les communautés des Premières Nations devraient entreprendre, selon l'infirmière de pratique avancée d'Esk'etemc. <https://accreditation.ca/news/accreditation-invaluable-to-first-nations-communities/>
- Agrément Canada. (23 mai 2019). L'agrément est un « processus inestimable » que les communautés des Premières Nations devraient entreprendre, selon l'infirmière de pratique avancée d'Esk'etemc. <https://accreditation.ca/news/accreditation-invaluable-to-first-nations-communities/>
- Allen, L., Hatala, A., Ijaz, S., Courchene, E. D. et Bushie, E. B. (2020). Indigenous-led Health Care Partnerships in Canada. Journal de l'Association médicale canadienne, version 192(9). <https://doi.org/10.1503/cmaj.190728>
- Asthma Canada. (2022). Rapport annuel 2021. <https://asthma.ca/wp-content/uploads/2022/06/2021-Annual-Report-Final.pdf>
- Autorité sanitaire des Premières Nations. (2022). FNHA's Policy Statement on Cultural Safety and Humility. Autorité sanitaire des Premières Nations. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Policy-Statement-Cultural-Safety-and-Humility.pdf>
- Autorité sanitaire des Premières Nations. (s.d.). Traditional Wellness and Healing. (s.d.). Autorité sanitaire des Premières Nations. <https://www.fnha.ca/what-we-do/health-system/traditional-wellness-and-healing>
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (s.d.). Les principes de PCAP® des Premières Nations. (s.d.). Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. <https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/>

- Centres de contrôle et de prévention. (2020). Emergency Water Supply Planning Guide for Hospitals and Healthcare Facilities. Centre for Diseases Control and Prevention.
<https://www.cdc.gov/healthywater/emergency/ewsp.html>
- Chambre des communes Canada. (2022). Les effets de la pénurie de logements sur les peuples autochtones au Canada : Rapport du Comité permanent des affaires autochtones et du Nord. (2022). Chambre des communes Canada.
<https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/INAN/Reports/RP11862143/inanrp03/inanrp03-f.pdf>
- Commission de la fonction publique du Canada. (2016). Équité en matière d'emploi. Commission de la fonction publique du Canada. <https://www.canada.ca/fr/commission-fonction-publique/emplois/services/emplois-gc/equite-matiere-emploi.html>
- Diabetes Canada. (2023). Indigenous Communities and Diabetes. (2023). Diabetes Canada.
<https://www.diabetes.ca/resources/tools---resources/indigenous-communities-and-diabetes>
- Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits et Autorité sanitaire des Premières Nations. (25 juin 2021). Report on the Analysis of Accreditation in First Nations Health Services. <https://www.fnha.ca/Documents/FNIHB-FNHA-Report-on-the-Analysis-of-Accreditation-in-First-Nations-Health-Services.pdf>
- Emploi et Développement social Canada. (2016). Pensez à vieillir chez soi.
<https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/vieillir.html>
- Femmes et Égalité des genres Canada. (2022). Analyse comparative entre les sexes plus (ACS Plus).
<https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/analyse-comparative-entre-sexes-plus.html>
- Gottlieb, K. (2013). The Nuka System of Care: improving health through ownership and relationships. International Journal of Circumpolar Health, version 72(1), 21118.
<https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21118>
- Gouvernement de la Colombie-Britannique. (2020). In Plain Sight: Addressing Indigenous-Specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care.
<https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf>
- Heidinger, L. (2022). La victimisation avec violence et les perceptions à l'égard de la sécurité : expériences des femmes des Premières Nations, métisses et inuites au Canada. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00004-fra.htm>
- Homeless Hub. (s.d.). Consommation d'alcool et de drogues et toxicomanie. (s.d.). Homeless Hub.
<https://www.rondpointdelitinerance.ca/itinerance/consommation-dalcool-et-de-drogues-et-toxicomanie>.
- Hypertension Canada. About Us. (s.d.). <https://hypertension.ca/about-us/#:~:text=Seven%20and%20a%20half%20million,before%20the%20age%20of%2065>
- Indspire. (Février 2015). Creating Positive Outcomes: Graduation and Employment Rates of Indspire's Financial Award Recipients. <https://indspire.ca/wp-content/uploads/2019/10/Indspire-Creating-Positive-Outcomes-REPORT-Feb2015.pdf>

- Indspire. (Février 2015). Creating Positive Outcomes: Graduation and Employment Rates of Indspire's Financial Award Recipients. <https://indspire.ca/wp-content/uploads/2019/10/Indspire-Creating-Positive-Outcomes-REPORT-Feb2015.pdf>
- Institut australien pour la santé et le bien-être. (2015). Implementation Plan goals for the Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan 2013-2023 - Technical companion document. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/099f684a-0747-4289-80e7-2586d7d57dea/19356.pdf.aspx?inline=true>
- Institut canadien pour la sécurité des patients. (2020). Le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé. (2020). Institut canadien pour la sécurité des patients. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsResources/Canadian-Quality-and-Patient-Safety-Framework-for-Health-and-Social-Services/Documents/CQPS%20Framework-French.pdf>
- Mental Health Literacy. (s.d.). Suicide. (s.d.). Mental Health Literacy. <https://mentalhealthliteracy.org/suicide/>
- Mesures prises par le gouvernement du Canada pour lutter contre le racisme envers les Autochtones dans les systèmes de soins de santé. (2021). Services aux Autochtones Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1611863352025/1611863375715>
- Ministère de la Santé du gouvernement de l'Australie. (2015). National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan 2013-2023. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/02/national-aboriginal-and-torres-strait-islander-health-plan-2013-2023.pdf>
- Ministère de la Santé du gouvernement de la Nouvelle-Zélande. (2020). Whakamaia Māori Health Action Plan 2020-2025. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/whakamaia-maori-health-action-plan-2020-2025-2.pdf>
- Ministère de la Santé. (2015). Implementation Plan for the National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan 2013-2023. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/12/implementation-plan-for-the-national-aboriginal-and-torres-strait-islander-health-plan-2013-2023.pdf>
- Northern Health Indigenous Health. (2016). Declaration on Cultural Safety and Humility. Northern Health Indigenous Health. <https://www.indigenoushealthnh.ca/news/declaration-cultural-safety-and-humility>
- O'Hara, P. Social Inclusion Health Indicators: A Framework for Addressing the Social Determinants of Health. (2006). Homeless Hub. <https://www.homelesshub.ca/resource/social-inclusion-health-indicators-framework-addressing-social-determinants-health>
- O'Neill, A. (2014). Canada - Inflation rate 2014-2024 | Statista. <https://www.statista.com/statistics/271247/inflation-rate-in-canada/>
- Organisation mondiale de la Santé. (s.d.). Déterminants sociaux de la santé. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. (2023). InfoBase du GC. <https://www.tbs-sct.canada.ca/ems-sgd/edb-bdd/index-fra.html#infographic/program/INDSC-BXP03/results>.

Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. (2023). Sommaire des rapports sur les résultats ministériels. <https://www.tbs-sct.canada.ca/ems-sgd/edb-bdd/index-fra.html#infographic/program/INDSC-BXP02/results>

Services aux Autochtones Canada. (10 août 2022). Fonds d'intégration des services de santé. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1583705358726/1583705378757>

Services aux Autochtones Canada. (11 février 2020). Plan ministériel 2020-2021. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1581459806913/1581459839835>

Services aux Autochtones Canada. (17 février 2020). Cybersanté. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1581981113187/1581981132278>

Services aux Autochtones Canada. (17 février 2022). 2021 Tribunal canadien des droits de la personne 41 : Ordonnance. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1644607163941/1644607214188>

Services aux Autochtones Canada. (17 février 2022). 2021 Tribunal canadien des droits de la personne 41: Ordonnance. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1644607163941/1644607214188>

Services aux Autochtones Canada. (2020). Cybersanté. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1581981113187/1581981132278>

Services aux Autochtones Canada. (2021). Ministre Hajdu Aperçu de Services aux Autochtones Canada – Livre 1. (2021). Services aux Autochtones Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1637259398152/1637259591215>

Services aux Autochtones Canada. (Octobre 2020). Santé des Autochtones – gestion et initiatives. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1581897443592/1581897469233>

Services aux Autochtones Canada. (s.d.). Rapport annuel de projet Fonds d'intégration des services de santé (FISS). https://www.sac-isc.gc.ca/DAM/DAM-ISC-SAC/DAM-TRNSPRCY/STAGING/texte-text/dci_2021_2022_HC-P022_1607465173156_fra.pdf

Services aux Autochtones Canada. (s.d.). Rapport de clôture d'exercice du programme de cybersanté. https://www.sac-isc.gc.ca/DAM/DAM-ISC-SAC/DAM-TRNSPRCY/STAGING/texte-text/dci_2022_2023_HC-P025_prt_1640100886782_fra.pdf

Services de santé mentale et de toxicomanie de la Colombie-Britannique. (2021). How Everyday Racism Affects Everyday Mental Health. (2021). BC Mental Health and Substance Use Services. <http://www.bcmhsus.ca/about/news-stories/stories/how-everyday-racism-effects-everyday-mental-health>

Société Arthrite Canada. (s.d.). La vérité sur l'arthrite. <https://arthrite.ca/a-propos-de-l-arthrite/qu-est-ce-que-l-arthrite/la-verite-sur-l-arthrite?>

Société canadienne d'hypothèque et de logement. (2018). Examen de l'escalade des prix des logements dans les grands centres métropolitains du Canada. <https://assets.cmhc->

schl.gc.ca/sf/project/cmhc/pdfs/content/fr/69263.pdf?rev=cb53d620-5095-4bb9-9d95-cac339e7aea4

Société canadienne d'hypothèque et de logement. (2022). Pénurie de logements au Canada : Rétablir l'abordabilité d'ici 2030. <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/observateur-du-logement/2022/retablir-labordabilite-dici-2030>

Société canadienne du sida. (s.d.). Peuples autochtones. <https://www.cdnaids.ca/fr/ressources/populations/peuples-autochtones/>

Statistique Canada (6 janvier 2023). Emploi selon le groupe autochtone et la profession. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410010401&pickMembers%5B0%5D=4.1&pickMembers%5B1%5D=5.1&cubeTimeFrame.startYear=2015&cubeTimeFrame.endYear=2021&referencePeriods=20150101%2C20210101&request_locale=fr

Statistique Canada (février 2023). Indices des prix de la construction de bâtiments, variation en pourcentage, trimestriel. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1810013502&pickMembers%5B0%5D=2.8&cubeTimeFrame.startMonth=01&cubeTimeFrame.startYear=2021&referencePeriods=20210101%2C20210101&request_locale=fr

Statistique Canada. (2020). Répercussions économiques de la COVID-19 chez les Autochtones. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00052-fra.htm>

Statistique Canada. (2021). Projections des populations et des ménages autochtones au Canada, 2016 à 2041. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/211006/dq211006a-fra.htm>

Statistique Canada. (2022). La victimisation criminelle des Premières Nations, Métis et Inuits du Canada, 2018 à 2020. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220719/dq220719c-fra.htm>

Statistique Canada. (2022). Les conditions de logement des Premières Nations, des Métis et des Inuit au Canada selon les données du Recensement de 2021. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021007/98-200-x2021007-fra.cfm>

Statistique Canada. (2022). Peuples autochtones – Matériel promotionnel du recensement de 2021. (2022). <https://www.statcan.gc.ca/fr/recensement/sensibilisation-recensement/soutien-collectivite/peuples-autochtones>

Statistique Canada. (21 septembre 2022). Le Quotidien – La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance. [www150.Statcan.gc.ca. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/dq220921a-fra.htm#:~:text=Faits%20saillants](https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/dq220921a-fra.htm#:~:text=Faits%20saillants)

Statistique Canada. (25 octobre 2017). Population des Premières Nations selon les provinces et les territoires, Canada, 2016. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/cg-a002-fra.htm>

Statistique Canada. (28 juin 2019). Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016) : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) de 2011. Consulté à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019001-eng.htm>