



# Évaluation de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone de 2013-2014 à 2017-2018

Septembre 2019

Direction générale de l'Évaluation et réorientation des politiques  
Secteur des politiques stratégiques et partenariats



Services aux  
Autochtones Canada

Indigenous Services  
Canada

Canada

## Table des matières

|  |            |
|--|------------|
| <b>Liste des acronymes.....</b>  | <b>ii</b>  |
| <b>Résumé.....</b>   | <b>iii</b> |
| Recommandations.....   | v          |
| <b>Management Response and Action Plan .....</b>   | <b>vi</b>  |
| <b>1. Introduction .....</b>   | <b>9</b>   |
| 1.1 But de l'évaluation.....   | 9          |
| 1.2 Profil du programme .....  | 9          |
| 1.3 Description du programme.....  | 10         |
| 1.4 Harmonisation du programme et ressources.....  | 10         |
| <b>2. Description de l'évaluation .....</b>  | <b>11</b>  |
| 2.1 Portée, approche et conception de l'évaluation.....  | 11         |
| 2.2 Limites et stratégies d'atténuation.....   | 12         |
| <b>3. Constatations .....</b>  | <b>13</b>  |
| 3.1 Pertinence : Nécessité de maintenir le programme .....   | 13         |
| 3.2 Pertinence : Concordance avec les priorités autochtones.....   | 15         |
| 3.3 Pertinence : Concordance avec les priorités fédérales.....   | 16         |
| 3.4 Pertinence : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement<br>fédéral.....                                   | 17         |
| 3.5 Pertinence : Complémentarité ou double emploi.....   | 18         |
| 3.6 Rendement : Résultats de la réalisation du volet 1 (bourses d'études) .....  | 20         |
| 3.7 Rendement : Résultats de la réalisation du volet 2 (formation de travailleurs<br>communautaires et de gestionnaires de santé)..... | 27         |
| <b>4. Efficacité .....</b>   | <b>30</b>  |
| 4.1 Budget et dépenses de programme .....  | 30         |
| 4.2 Efficacité de l'exécution de l'IRHSA .....   | 32         |
| <b>5. Conclusions et recommandations .....</b>   | <b>33</b>  |
| 5.1 Conclusions .....  | 33         |
| 5.2 Recommandations .....  | 35         |
| <b>Annexe A : Modèle logique .....</b>   | <b>36</b>  |

## Liste des acronymes

|        |  |
|--------|--|
| APN    | Assemblée des Premières Nations  |
| DGSPNI | Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits                           |
| IRHSA  | Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone                                   |
| ITK    | Inuit Tapiriit Kanatami  |
| RCR    | Réanimation cardiorespiratoire   |
| RHS    | Ressources humaines en santé   |
| SPPEDS | Secteur des programmes et des partenariats en matière d'éducation et de développement social |

## Résumé

Cette évaluation de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) a été réalisée conformément à la *Politique sur les résultats* du Conseil du Trésor et à la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Elle avait pour objet de fournir une évaluation neutre et factuelle de la pertinence et du rendement du programme, et d'éclairer le processus décisionnel en ce qui concerne sa conception et son exécution, ainsi que de futures orientations possibles. En raison de la taille de l'IRHSA, l'évaluation s'appuie sur une approche calibrée qui se concentre sur l'utilisation de données qualitatives et de données de suivi existantes.

### Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone

#### Profil du projet

L'IRHSA cherche, par des accords de contribution, à augmenter le nombre de travailleurs inuits, métis et des Premières Nations dans le domaine des soins de santé, et à faire en sorte que les travailleurs communautaires soient formés et certifiés afin d'améliorer la qualité et l'uniformité des services de santé fournis aux collectivités inuites et des Premières Nations.

Avant décembre 2017, l'IRHSA était mise en œuvre par Santé Canada par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). En décembre 2017, la DGSPNI a été transférée à Services aux Autochtones Canada. Malgré ce changement de ministère, la DGSPNI reste chargée de l'exécution de l'IRHSA.

#### Portée et méthodologie de l'évaluation

L'évaluation a été réalisée en 2018-2019 par le Bureau de l'audit et de l'évaluation de Santé Canada et approuvée par Services aux Autochtones Canada.

L'IRHSA fournit des fonds dans le cadre de deux volets. L'évaluation portait sur la pertinence, le rendement et l'efficacité des volets 1 et 2 de l'IRHSA de 2013-2014 à 2017-2018. Plus particulièrement, toutes les activités du volet 1 réalisées dans l'ensemble du Canada et les activités du volet 2 réalisées dans les régions de la DGSPNI, sauf la Colombie-Britannique, ont été examinées. En Colombie-Britannique, les responsabilités relatives aux programmes de santé fédéraux pour les Premières Nations ont été transférées à la Régie de la santé des Premières Nations en 2011.

#### Ressources du programme

**1. Le volet 1 (3 millions de dollars/an)** fournit les fonds à Indspire, organisme de bienfaisance autochtone national enregistré, pour des bourses d'études destinées à des étudiants inuits, métis et des Premières Nations inscrits à des programmes d'études postsecondaires menant à des carrières dans le secteur de la santé.

**2. Le volet 2 (1,5 million de dollars/an)** fournit les fonds pour la formation de travailleurs communautaires et de gestionnaires de santé (dans des professions non réglementées) travaillant dans la promotion de la santé et la prévention des maladies dans les collectivités inuites et des Premières Nations.

Les résultats de cette évaluation reposent sur l'information recueillie comme suit :

- une analyse documentaire;
- un examen des rapports de contrôle et des enquêtes auprès des bénéficiaires produits chaque année par Indspire; et
- des entrevues avec 31 informateurs clés membres du personnel national et régional de la DGSPNI, d'associations de professionnels de la santé autochtones, d'organisations autochtones nationales, de services d'aide aux étudiants des universités et d'organismes de services de santé autochtones régionaux et communautaires.

## Principales constatations

### Pertinence

Il demeure nécessaire d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé autochtones, de lever les obstacles financiers à l'accès à des études en santé et de continuer de renforcer les capacités des travailleurs communautaires inuits et des Premières Nations dans le domaine de la santé.

Les objectifs de l'IRHSA correspondent aux priorités autochtones pour ce qui est d'accroître la capacité des collectivités de contrôler leurs services de santé, d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé autochtones et de renforcer les capacités des travailleurs de la santé dans les collectivités autochtones. De plus, le gouvernement du Canada n'a cessé de réitérer des priorités semblables au cours des dernières années.

Il existe divers autres programmes semblables à l'IRHSA, mais rien n'indique clairement qu'il y ait double emploi, car ces autres programmes visent des régions géographiques ou des groupes très précis.

### Rendement – Volet 1

- Par l'intermédiaire d'Indspire, 3 064 bourses d'études ont été accordées au total au cours de la période d'évaluation, soit environ 765 étudiants autochtones par an aidés à suivre des études postsecondaires en santé.
- L'aide financière, qui couvrirait environ 17 % des besoins financiers des étudiants, est perçue comme aidant à poursuivre des études. On ne sait pas si les étudiants auraient pu faire des études en santé sans le financement de l'IRHSA.
- La majorité des étudiants aidés dans le cadre du volet 1 de l'IRHSA travaillaient dans un domaine lié à leurs études et servaient la population autochtone dans leur travail.
- Le processus de demande d'aide financière d'Indspire est considéré comme trop lourd et compliqué, surtout pour le niveau de financement fourni.
- Les étudiants potentiels n'ont souvent pas le niveau d'instruction nécessaire pour accéder à des études en santé et il faut en faire davantage pour les préparer à des études postsecondaires dans ce domaine.

Dans l'ensemble, l'IRHSA cherche plus à aider les étudiants à terminer leurs études qu'à augmenter le nombre d'étudiants autochtones dans le domaine de la santé.

## Rendement – Volet 2

- Le financement du volet 2 de l'IRHSA est considéré comme aidant à améliorer les qualifications des travailleurs de la santé dans les collectivités et, partant, les services de santé.
- L'IRHSA a contribué à améliorer la capacité des collectivités des Premières Nations d'influencer et de contrôler leurs services de santé en finançant la création de l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations et la mise en place de son programme de certification des gestionnaires de santé. On considère que ce programme améliore la capacité de gestion dans les collectivités.
- Les difficultés de conception et d'exécution du volet 2 sont liées au montant limité du financement par rapport aux besoins existants et aux types de formation admissibles à un financement.

## Efficacité

Environ 80 % de la contribution fournie à Indspire a été redistribuée à des étudiants. Étant donné qu'Indspire mène des activités de sensibilisation et encourage activement les études, la réalisation des activités du volet 1 par cet organisme permet de tirer parti de ressources, ce qui peut contribuer à la réalisation des objectifs de l'IRHSA.

Des pratiques ont été mises en place dans les régions de la DGSPNI afin de coordonner la prise de décisions concernant l'attribution des fonds avec les organisations inuites et des Premières Nations ou avec les provinces et territoires. Cependant, la planification pourrait être améliorée afin de répondre aux besoins de ressources en santé communautaires.

## Recommandations

Les conclusions de cette évaluation amènent à formuler les deux recommandations suivantes :

### Recommandation 1

Services aux Autochtones Canada devrait travailler en collaboration avec Indspire pour rendre les études postsecondaires en santé plus accessibles :

- A. En simplifiant le processus de demande pour le rendre plus facile;
- B. En créant des soutiens pour aider les étudiants à suivre avec succès les cours préalables;  
et
- C. En renforçant les activités de sensibilisation existantes pour faire davantage la promotion de carrières dans le secteur de la santé dans l'ensemble des collectivités.

### Recommandation 2

Services aux Autochtones Canada devrait veiller à ce que les activités de formation répondent aux besoins des collectivités :

- A. En communiquant avec les collectivités afin de déterminer la meilleure façon d'utiliser les fonds du volet 2; et
- B. En coordonnant davantage les activités de formation de l'IRHSA avec d'autres initiatives semblables de Services aux Autochtones Canada.

## Réponse et plan d'action de la direction

### Titre du projet : Évaluation de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone

#### 1. Réponse de la direction

La réponse et le plan d'action de la direction ont été élaborés pour donner suite aux recommandations découlant de l'évaluation de l'Initiative sur les ressources humaines autochtones en santé (IRHSA), et ils ont été préparés par le Bureau de la vérification et de l'évaluation de Santé Canada et mis au point par la Direction générale de l'évaluation, de la mesure du rendement et de l'examen.

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits reconnaît les conclusions de l'évaluation concernant la pertinence et le rendement du programme. Plus précisément :

- On a toujours besoin d'un nombre accru de travailleurs de la santé autochtones pouvant contribuer à l'amélioration de la qualité des services offerts aux Autochtones. L'IRHSA favorise l'inclusion des compétences culturelles dans les soins de santé, notamment grâce à son objectif consistant à accroître le nombre de travailleurs de la santé autochtones.
- Il faut éliminer les obstacles financiers nuisant à l'accès aux études dans le domaine de la santé.
- Il faut continuer à développer la capacité des travailleurs de la santé inuits et des Premières Nations œuvrant en milieu communautaire.
- Les objectifs de l'IRHSA cadrent avec les priorités des Autochtones en ce qui concerne l'accroissement de la capacité des communautés à contrôler leurs services de santé; l'augmentation du nombre de travailleurs de la santé autochtones; et le renforcement des capacités des travailleurs de la santé dans les collectivités autochtones.
- Les objectifs de l'IRHSA cadrent avec les priorités des Autochtones en matière de santé dont font état de récents appels à l'action lancés par des organismes autochtones de gouvernance.
- L'IRHSA cadre avec les priorités fédérales visant à accroître la représentation des Autochtones au sein de la population active du Canada, à appuyer l'éducation postsecondaire et le perfectionnement des compétences des Autochtones et à améliorer la prestation des services de santé dans les collectivités autochtones.
- Le manque de personnel affecté au programme dans les bureaux nationaux ou régionaux nuit à la capacité de gérer, d'exécuter ou d'ajuster le programme.

L'évaluation comprend deux recommandations pour améliorer la conception et l'exécution du programme. Toutes les recommandations sont acceptées, et le Plan d'action ci-joint précise les activités particulières à réaliser pour y donner suite.

Il convient de noter qu'il ne revient pas au Ministère de prendre des mesures relativement aux recommandations n° 1 A et C : c'est une organisation non gouvernementale (Indspire) qui est responsable du processus de demande, des activités de sensibilisation et du financement connexe. Le Ministère entamera des pourparlers avec Indspire et fera tout en son pouvoir pour encourager l'organisation à donner suite à ces recommandations.

L'IRHSA a une portée limitée : son budget (4,5 millions de dollars par année pour les deux volets) ne prévoit aucun financement supplémentaire pour régler les questions qui ne relèvent pas de la portée du programme. Le Ministère s'appuiera sur les travaux en cours, y compris sur ceux du Secteur des programmes et des partenariats en matière d'éducation et de développement social (SPPEDS), afin de faciliter l'accès des Autochtones aux études postsecondaires.

## 2. Plan d'action

| Recommandations   | Mesures   | Gestionnaire responsable (titre et secteur)                               | Dates prévues de début et de fin  |
|---|---|---|---|
| <p>1. Services aux Autochtones Canada devrait travailler en collaboration avec Indspire pour rendre les études postsecondaires en santé plus accessibles :</p> <p>A. En simplifiant le processus de demande pour le rendre plus facile;</p> <p>B. En créant des soutiens pour aider les étudiants à suivre avec succès les cours préalables; et</p> <p>C. En renforçant les activités de sensibilisation existantes pour faire davantage la promotion de carrières dans le secteur de la santé dans l'ensemble des collectivités.</p> | <p>Nous sommes d'accord.<br/>(sommes, ne sommes pas, sommes partiellement)</p> <hr/> <p>Nous acceptons cette recommandation et nous entamerons des pourparlers avec Indspire au sujet des recommandations n° 1 A et C afin de simplifier le processus de demande pour les étudiants et de mieux faire connaître les carrières dans le domaine de la santé. SAC donnera suite à la recommandation n° 1 B au moyen du Programme préparatoire à l'entrée au collège et à l'université du SPPEDS. Ce programme fournit une aide financière aux étudiants admissibles inuits et des Premières Nations inscrits à un programme préparatoire à l'entrée à l'université ou au collège afin d'obtenir le diplôme requis pour s'inscrire à un programme d'études postsecondaires. SAC donnera aussi suite à la recommandation grâce au financement prévu dans les stratégies proposées relatives aux nations inuites et métisses.</p> <p>Mesures de suivi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entamer des pourparlers avec Indspire en collaboration avec d'autres programmes de SAC afin de simplifier le processus de demande et de mieux faire connaître les carrières dans le domaine de la santé. Échéance : avant la fin du deuxième trimestre de 2020.</li> <li>2. Reconnaître la résolution n° 6 prise lors de l'Assemblée spéciale des chefs de 2018 en ce qui concerne les investissements prévus pour Indspire (suivis à faire à l'égard des résultats; prochaines étapes pour donner suite à la résolution). Échéance : avant la fin de l'exercice financier 2020.</li> </ol> | <p>Gestionnaire, Programme d'amélioration de la qualité et d'agrément</p> | <p>Date de début :<br/><i>avril 2019</i></p> <hr/> <p>Achèvement :<br/><i>mars 2020</i></p> |
| <p>2. Services aux Autochtones Canada devrait veiller à ce que les activités de formation répondent aux besoins des collectivités :</p> <p>A. En communiquant avec les collectivités afin de déterminer la meilleure façon d'utiliser les fonds du volet 2; et</p> <p>B. En coordonnant davantage les activités de formation de l'IRHSA avec d'autres initiatives semblables de Services aux Autochtones Canada.</p>  | <p>Nous sommes d'accord.<br/>(sommes, ne sommes pas, sommes partiellement)</p> <hr/> <p>Nous acceptons cette recommandation. Nous mobiliserons les partenaires régionaux et les collectivités et nous nous informerons auprès d'eux pour voir si un plan de formation a été établi. Nous nous efforcerons d'accroître la coordination des activités de formation de l'IRHSA avec celles des autres secteurs de programme et d'améliorer les communications relatives aux activités, notamment en envoyant aux secteurs de programme les lignes directrices de l'IRHSA en matière de formation. Après que le plan opérationnel de gestion aura été approuvé, il faudra aussi diffuser la liste des activités de formation approuvées.</p>  | <p>Gestionnaire, Programme d'amélioration de la qualité et d'agrément</p> | <p>Date de début :<br/><i>avril 2019</i></p> <hr/> <p>Achèvement :<br/><i>mars 2020</i></p> |



|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>Mesures de suivi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Vérifier auprès des collectivités et des partenaires régionaux qu'un plan de formation a été établi. Envoyer les lignes directrices de l'IRHSA en matière de formation aux secteurs de programme.</li><li>2. Envoyer la liste des activités de formation approuvées aux secteurs de programme.</li></ol> |  |  |
|--|---|--|--|

## 1. Introduction

### 1.1 But de l'évaluation

L'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) a été évaluée afin de déterminer la pertinence, le rendement et l'efficacité du programme pour la période allant d'avril 2013 à mars 2018. Ce programme est exécuté par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. Avant décembre 2017, la DGSPNI faisait partie de Santé Canada et le programme était mis en œuvre sous la tutelle de Santé Canada. L'évaluation a été faite à l'initiative du Bureau de l'audit et de l'évaluation de Santé Canada, qui l'a également réalisée, puis elle a été soumise à l'approbation de Services aux Autochtones Canada.

L'évaluation s'imposait aux termes de l'article 42.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*, qui prévoit que les ministères examinent tous les cinq ans la pertinence et l'efficacité des programmes de subventions et contribution en cours. D'après la *Politique sur les résultats* du Conseil du Trésor du Canada (2016), cet examen constitue une forme d'évaluation. Une autre évaluation de l'IRHSA avait eu lieu en 2012-2013.

### 1.2 Profil du programme

L'IRHSA est née d'un engagement pris par le gouvernement fédéral lors d'une réunion spéciale des premiers ministres et des dirigeants autochtones, en septembre 2004. Le financement est fourni dans le cadre d'accords de contribution pour des activités visant à augmenter le nombre de travailleurs inuits, métis et des Premières Nations dans le domaine des soins de santé et à faire en sorte que des travailleurs communautaires soient formés et certifiés afin d'améliorer la qualité et l'uniformité des services de santé offerts dans les collectivités inuites et des Premières Nations.

Jusqu'à la fin de 2014-2015, l'IRHSA faisait partie d'une Stratégie pancanadienne des ressources humaines en santé plus générale et elle comprenait cinq volets :

1. bourses d'études;
2. formation à l'intention des travailleurs communautaires;
3. promotion de carrières dans le secteur de la santé;
4. programmes de soutien aux études postsecondaires; et
5. planification, mise en œuvre et intégration des ressources humaines en santé, ainsi que renforcement des capacités et application des connaissances.

L'examen des programmes du gouvernement du Canada et l'adoption de la stratégie de réduction du déficit ont entraîné pour l'IRHSA, comme pour la Stratégie pancanadienne des ressources humaines en santé, des changements de programme et de financement. Résultat, en 2015, l'IRHSA a fait l'objet d'une refonte afin de proposer deux volets de financement, avec une réduction générale concomitante du financement du programme :

- **Le volet 1 (3 millions de dollars/an)** fournit des bourses d'études à des étudiants autochtones inscrits à des programmes d'études postsecondaires menant à des carrières dans le secteur de la santé. Les bourses sont attribuées à des étudiants inuits, métis et des Premières Nations qui suivent des études en santé et en dentisterie dans des universités et collèges. L'aide financière est versée par Indspire, organisme de bienfaisance autochtone national enregistré qui se consacre à la promotion de la réussite scolaire des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Indspire distribue les fonds de l'IRHSA dans le cadre de son programme *Bâtir un avenir meilleur : Bourses d'études et d'excellence*.
- **Le volet 2 (1,5 million de dollars/an)** fournit des fonds pour la formation d'agents de santé communautaire et de gestionnaires de santé travaillant dans la promotion de la santé et la prévention des maladies dans les collectivités inuites et des Premières Nations. La formation est destinée aux travailleurs de la santé employés dans la collectivité, par le conseil tribal ou la régie de la santé tribale qui n'appartiennent ni à une profession de santé réglementée (p. ex. infirmières autorisées), ni à une profession réglementée apparentée aux professions de santé (p. ex. ergothérapeutes). Le financement est fourni par les bureaux régionaux de la DGSPNI, qui consulte les collectivités et les organisations autochtones pour déterminer les priorités régionales en matière de formation.

### 1.3 Description du programme

Comme le montre le modèle logique à l'annexe A, les résultats attendus de l'IRHSA sont les suivants.

#### Résultats immédiats

- Participation accrue des Autochtones à des programmes d'études postsecondaires menant à une carrière dans le secteur de la santé; et
- Formation des travailleurs communautaires afin d'améliorer la qualité et l'uniformité des services de santé offerts dans les collectivités inuites et des Premières Nations.

#### Résultats intermédiaires

- Renforcement des capacités des agents de santé communautaire et des gestionnaires de santé travaillant dans les collectivités inuites et des Premières Nations; et
- Nombre accru d'Autochtones travaillant dans le secteur de la santé.

Le résultat ultime de l'Initiative est que les Premières Nations et les Inuits soient en mesure d'influencer et/ou de contrôler (conception, prestation et gestion) les programmes et services de santé.

### 1.4 Harmonisation du programme et ressources

L'IRHSA a été annoncée officiellement dans le budget de 2005 comme nouvel investissement de 100 millions de dollars sur cinq ans, puis renouvelée en mars 2010 avec une enveloppe de 80 millions de dollars pour la période allant de 2010-2011 à 2014-2015. La refonte du programme en 2015 en deux volets de financement s'accompagnait d'une réduction du financement global, qui a été ramené à environ 5 millions de dollars par an. Comme le montre le tableau 1, sur la période d'évaluation, en raison de la refonte du programme et de la réduction du financement, les dépenses annuelles sont passées d'environ 13,6 millions en 2013-2014 à environ 5,8 millions en 2017-2018. Cette réduction du financement s'est produite

parallèlement à une augmentation constante du nombre de demandeurs de bourses de l'IRHSA (pour plus de détails, voir la section 3.6 de ce rapport).

**Tableau 1. Dépenses réelles du programme\* par année financière, en milliers de dollars**

| Dépenses                            | 2013-2014     | 2014-2015    | 2015-2016    | 2016-2017    | 2017-2018    | Total         |
|-------------------------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Salaires                            | 741           | 1 218        | 869          | 663          | 677          | 4 168         |
| Fonctionnement et entretien         | 54            | 160          | 181          | 147          | 133          | 675           |
| Contributions                       | 12 789        | 6 039        | 4 703        | 4 842        | 4 992        | 33 365        |
| <b>Total des projets de l'IRHSA</b> | <b>13 584</b> | <b>7 417</b> | <b>5 753</b> | <b>5 652</b> | <b>5 802</b> | <b>38 208</b> |

Source : Données financières fournies par la Direction générale du dirigeant principal des finances, Santé Canada.

\* Les dépenses du programme comprennent les accords de contribution, le fonctionnement et l'entretien, et les salaires nécessaires pour exécuter un programme, y compris les dépenses de contrôle de gestion. Il n'y a pas d'équivalents temps plein consacrés au programme.

L'IRHSA représente globalement un assez petit investissement. Cependant, comme l'explique la section 3.5 de ce rapport, elle coexiste avec divers autres programmes gouvernementaux et non gouvernementaux qui visent aussi à aider les Autochtones à faire des études postsecondaires ou qui financent la formation de travailleurs de la santé dans des collectivités autochtones.

## 2. Description de l'évaluation

### 2.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

L'évaluation portait sur les activités des volets 1 et 2 d'avril 2013 à mars 2018. Elle visait toutes les bourses accordées au Canada dans le cadre du volet 1 et la formation donnée dans le cadre du volet 2 dans toutes les régions de la DGSPNI, sauf la Colombie-Britannique, où les responsabilités relatives aux programmes de santé fédéraux offerts dans les réserves ont été transférées à la Régie de la santé des Premières Nations aux termes de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations de 2011.

La conception et les méthodes de collecte des données de l'évaluation étaient guidées par la *Politique sur les résultats* du Conseil du Trésor (2016). L'Assemblée des Premières Nations (APN) et l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) ont été consultés pendant l'élaboration du cadre d'évaluation et ont eu la possibilité d'examiner et de commenter les instruments d'évaluation, les constatations préliminaires et le rapport d'évaluation.

Consciente de ce que l'IRHSA représente un petit investissement de programme, l'équipe d'évaluation a opté pour une approche calibrée mettant l'accent sur l'utilisation de données qualitatives et de données de suivi existantes recueillies par Indspire, l'organisme bénéficiaire chargé d'attribuer les bourses du volet 1. Globalement, l'évaluation a employé les méthodes suivantes:

- un examen des documents et dossiers, y compris des documents internes, l'évaluation de 2013, les rapports de programme, les rapports régionaux et les données financières;
- un examen des rapports de contrôle et des enquêtes auprès des bénéficiaires produits chaque année par Indspire;

- un examen de la documentation publiée sur les ressources humaines en santé des Autochtones; et
- les entrevues avec 31 informateurs clés membres du personnel national et régional de la DGSPNI, d'associations de professionnels de la santé autochtones, d'organisations autochtones nationales, de services d'aide aux étudiants des universités et d'organismes de services de santé autochtones régionaux et communautaires.

Le recours à différentes sources de données et l'analyse par triangulation des données recueillies augmentent la fiabilité et la validité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

## 2.2 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations se heurtent à des obstacles qui peuvent avoir une incidence sur la fiabilité des constatations. Le tableau 2 présente les limites rencontrées pendant cette évaluation ainsi que les stratégies d'atténuation mises en place pour accroître la fiabilité des constatations de l'évaluation. Dans l'ensemble, en raison de l'utilisation d'une approche calibrée et de difficultés liées à la disponibilité de données et au contexte dans lequel le programme est exécuté (c.-à-d. petit programme existant à côté d'une multitude de programmes similaires), cette évaluation ne permet pas de donner de réponses claires au sujet de l'incidence de l'IRHSA pour ce qui est d'aider les Autochtones à mener des carrières dans le secteur de la santé et de renforcer les capacités des agents de santé communautaire. Elle fournit, toutefois, différents exemples des avantages de l'IRHSA pour les étudiants en santé et les collectivités inuites et des Premières Nations.

**Tableau 2. Limites, incidence et stratégies d'atténuation**

| Limites  | Incidence  | Stratégie d'atténuation   |
|--|--|---|
| Les données sur le rendement relatives aux résultats intermédiaires et à long terme du volet 1 sont limitées (c.-à-d. ne couvrent qu'une cohorte de boursiers du volet 1 et ne montrent leur situation en matière d'emploi qu'à un moment après leur participation). | L'évaluation fournit une information limitée sur l'obtention des résultats intermédiaires et l'équipe n'a pas pu évaluer l'obtention du résultat à long terme pour le volet 1. | Les résultats des enquêtes auprès des bénéficiaires réalisées par Indspire fournissent des renseignements indirects sur l'obtention des résultats intermédiaires. Ces données sont complétées par l'information fournie par les entrevues avec les informateurs clés.   |
| L'évaluation n'a pas pu accéder des données cohérentes sur le rendement en ce qui concerne les résultats des projets du volet 2 dans tout le Canada.   | L'évaluation ne fournit pas d'évaluation nationale exhaustive des avantages et difficultés possibles liés au financement du volet 2.   | Un échantillon de rapports de projet a été utilisé pour évaluer le type d'activités financées dans le volet 2 et les avantages possibles résultant de ces activités. Cette information est complétée par le point de vue des informateurs clés de différentes régions et organisations afin de rendre compte de différentes perspectives au sujet du volet 2. |

### 3. Constatations

#### 3.1 Pertinence : Nécessité de maintenir le programme

##### **Le besoin demeure d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé autochtones capables de contribuer à améliorer la qualité des services offerts aux Autochtones.**

La récente évaluation du Programme de soins cliniques et aux clients de la DGSPNI conclut à un degré de sensibilité culturelle insuffisant dans la prestation des soins de santé. Comme le mentionnent la documentation, les documents internes et les informateurs clés, le manque de considérations culturelles dans la prestation de soins de santé peut se manifester, entre autres, par la difficulté d'accès à la médecine traditionnelle, la difficulté à recevoir des soins dans des langues autochtones, le racisme envers les Autochtones ou l'impression que les services ne sont pas sûrs sur le plan culturel. Ce manque de considération ou de sensibilité culturelle peut constituer pour les Autochtones un obstacle réel ou perçu comme tel à l'accès aux soins de santé. Par exemple, la recherche montre que le racisme à l'encontre des Autochtones peut les conduire à éviter de recourir aux soins de santé par crainte d'être maltraités<sup>1</sup>.

En cherchant à augmenter le nombre de travailleurs de la santé autochtones, l'IRHSA favorise une plus grande inclusion des compétences culturelles dans les soins de santé. Les documents du programme, la documentation<sup>2</sup> et quelques informateurs clés membres de la DGSPNI et d'organisations autochtones communautaires ou régionales estiment que des travailleurs de la santé autochtones qui connaissent la culture et la collectivité peuvent aider à garantir qu'on tienne davantage compte de la culture dans la prestation des soins de santé. Cependant, les Autochtones continuent d'être sous-représentés dans les professions de la santé. Comme l'indiquent les données du Recensement de 2016, la proportion d'Autochtones dans ces professions est inférieure de deux points de pourcentage à celle des non-Autochtones (c.-à-d. cinq pour cent des Autochtones employés en 2015 dans des professions de la santé, contre sept pour cent des non-Autochtones)<sup>3</sup>. Cela donne à penser qu'il reste nécessaire de soutenir les Autochtones pour qu'ils se forment à des professions de la santé.

---

<sup>1</sup> Kurtz *et al.*, 2008; Tang et Browne, 2008; et Browne *et al.*, 2011, mentionnés dans B. Allan et J. Smylie. *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*, Toronto (Ontario), Wellesley Institute, 2015.

<sup>2</sup> Lecompte, E. *Aboriginal Health Human Resources: A Matter of Health*, Journal de la santé autochtone, mars 2012. Organisation nationale de la santé autochtone.

<sup>3</sup> Statistique Canada. Données du Recensement de 2016.

## **Il est nécessaire de lever les obstacles financiers à l'accès aux études en santé**

Le niveau d'études des Autochtones continue d'être inférieur à celui des non-Autochtones. Par exemple, les données du Recensement de 2016 montrent que 34 % de la population ayant une identité autochtone, âgée de 15 ans et plus n'a pas de certificat ou de diplôme d'études secondaires, contre 18 % de la population non autochtone<sup>4</sup>. Comme l'explique un document d'Indspire<sup>5</sup>, les Autochtones sont sous-représentés dans tous les domaines de l'éducation et ils se heurtent à de nombreux obstacles à l'accès aux études. Ces obstacles peuvent être scolaires, culturels, personnels, psychologiques, financiers ou liés à la langue ou à la situation familiale<sup>6</sup>.

D'après certains informateurs clés membres d'organisations autochtones et de services d'aide universitaires, une aide financière peut contribuer à lever les obstacles financiers que doivent surmonter les étudiants autochtones. Selon eux, leur famille n'a souvent pas les moyens financiers de les aider et les exigences liées aux études peuvent limiter la possibilité de travailler à temps partiel tout en suivant des cours. De même, les étudiants se préparant à une profession de la santé qui ont reçu une aide financière par l'intermédiaire d'Indspire déclarent que le fardeau financier constitue le deuxième obstacle en importance qu'ils doivent surmonter, après la fatigue et le stress<sup>7</sup>.

## **Il est également nécessaire de continuer de renforcer les capacités des agents de santé communautaire inuits et des Premières Nations.**

Quelques informateurs clés membres de la DGSPNI mentionnent que les collectivités inuites et des Premières Nations (en particulier celles des régions éloignées ou isolées) font souvent face à des problèmes pour ce qui est d'offrir des services de santé constants. Comme l'expliquent des informateurs clés, ce problème peut être dû à la difficulté à recruter des travailleurs ou à les maintenir en poste. De plus, les informateurs clés membres de la DGCPNI, d'organisations autochtones communautaires ou régionales et d'associations autochtones dans le domaine de la santé soulignent qu'il est nécessaire d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé dans des domaines tels que les soins infirmiers, la profession de sage-femme, le traitement de la toxicomanie, la santé mentale, l'éducation de la petite enfance, le soutien communautaire, la dentisterie et la gestion des soins de santé.

Les documents du programme et beaucoup d'informateurs clés membres d'organisations autochtones communautaires ou régionales font état du besoin de plus de travailleurs de la santé compétents et qualifiés dans les collectivités autochtones. En fait, quelques informateurs clés membres d'organisations communautaires ou régionales expliquent que l'acquisition de compétences et le renforcement des capacités des travailleurs actuellement employés constituent un des plus grands défis qu'ils ont à relever. L'IRHSA peut contribuer à répondre à ces besoins par les activités des volets 1 et 2.

---

<sup>4</sup> *Idem.*

<sup>5</sup> Indspire. Building Brighter Futures: Bursaries, Scholarships, and Awards Program Policy, 2014, <https://indspire.ca/wp-content/uploads/2018/12/indspire-bbf-policy-2014.pdf>

<sup>6</sup> Anonson, J.M., J. Desjarlais, J. Nixon, L. Whiteman et A. Bird. *Strategies to Support Recruitment and Retention of First Nations Youth in Baccalaureate Nursing Programs in Saskatchewan, Canada*, Journal of Transcultural Nursing, vol. 19, n° 3, p. 274-283, 2008.

<sup>7</sup> Indspire. Aboriginal Health Careers Bursary & Scholarship. Monitor & Tracking Report 2013-2014, 2014.

## 3.2 Pertinence : Concordance avec les priorités autochtones

**Les objectifs de l'IRHSA concordent avec les priorités autochtones en matière de santé mentionnées dans les récents appels à l'action d'organismes de gouvernance autochtones. Ils concordent aussi avec les priorités mentionnées par les représentants des Autochtones interviewés aux fins de cette évaluation.**

Dans son *Programme de transformation de la santé des Premières Nations* de 2017, l'APN souligne qu'il faut continuer de remédier au manque de professionnels de la santé, de représentation autochtone dans les effectifs de la santé, de sécurité et de compétences culturelles, de s'attaquer aux obstacles à l'éducation avant et après le secondaire, de rechercher l'équité salariale et de favoriser la formation professionnelle continue ainsi que le soutien par les pairs<sup>8</sup>. Dans une de ses recommandations, l'APN appelle à ramener le financement de l'IRHSA à son niveau de 2005-2010.

Dans son *Cadre stratégique et plan d'action sur les ressources humaines en santé des Inuits, 2011-2021*<sup>9</sup> et son rapport de 2017 intitulé *An Inuit-Specific Approach to the Canadian Health Accord*<sup>10</sup>, l'ITK mentionne aussi la nécessité de remédier aux pénuries de professionnels de la santé dans les collectivités, de lever les obstacles à l'éducation, au recrutement et au maintien en poste, et de soutenir les travailleurs communautaires.

Les documents de l'APN et de l'ITK contiennent tous deux des recommandations qui concordent avec le Rapport final de 2015 de la Commission de vérité et réconciliation du Canada qui, dans son appel à l'action numéro 23, demande à tous les ordres de gouvernement<sup>11</sup> :

- de voir à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé;
- de veiller au maintien en poste des Autochtones qui fournissent des soins de santé dans les collectivités autochtones; et
- d'offrir une formation sur les compétences culturelles à tous les professionnels de la santé.

Les problèmes et mesures exposés dans le rapport de la Commission de vérité et réconciliation et dans les documents de l'APN et de l'ITK ont pour principe sous-jacent la nécessité de faire en sorte que les collectivités autochtones puissent avoir plus de contrôle sur les déterminants de la santé et du bien-être communautaires et individuels. Si on les lit conjointement, on s'aperçoit que ces documents formulent une série de recommandations dans les domaines suivants qui concordent toutes avec les objectifs de l'IRHSA :

---

<sup>8</sup> Assemblée des Premières Nations (APN). Plan de transformation de la santé des Premières Nations, <https://www.afn.ca/uploads/files/fnhhta-french.pdf>

<sup>9</sup> Inuit Tapiriit Kanatami. Cadre stratégique et plan d'action sur les ressources humaines en santé des Inuits, 2011-2021, 2011, <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/health-human-resources.pdf>

<sup>10</sup> Inuit Tapiriit Kanatami and Tungasuvvingat Inuit. An Inuit-Specific Approach to the Canadian Health Accord: A Report from Inuit Engagement Sessions, 2017.

<sup>11</sup> Commission de vérité et réconciliation du Canada : appel à l'action 23, [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2015/trc/IR4-8-2015-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/trc/IR4-8-2015-fra.pdf)



- augmenter le nombre d'Autochtones qui étudient en vue d'une carrière dans le secteur de la santé et qui travaillent dans ce secteur, y compris en levant les obstacles financiers à l'éducation;
- renforcer les capacités des travailleurs de la santé dans les collectivités autochtones en améliorant l'accès à la formation; et
- maintenir en poste les travailleurs de la santé dans les collectivités autochtones.

Par ailleurs, dans un exposé présenté en 2016, le Ralliement national des Métis mentionnait la nécessité de mesures spéciales visant à définir et mettre en œuvre des stratégies particulières en matière de ressources humaines en santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis<sup>12</sup>.

Enfin, beaucoup d'informateurs clés autochtones interviewés aux fins de l'évaluation font mention de priorités relatives à l'accroissement de la capacité des collectivités de gérer et contrôler le financement et les priorités en matière de services de santé. Ils font également état de priorités en ce qui concerne le renforcement des capacités du personnel des services de santé.

### 3.3 Pertinence : Concordance avec les priorités fédérales

**L'IRHSA concorde avec les priorités fédérales pour ce qui est d'augmenter la représentation autochtone dans la population active canadienne, de soutenir les Autochtones en matière d'études postsecondaires et d'acquisition de compétences et d'améliorer la prestation des services de santé dans les collectivités. Différents documents de politique ou d'établissement des priorités publiés ces dernières années réitèrent toutes ces priorités.**

Le gouvernement du Canada a accepté les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation et la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* avec les principes prévoyant d'accroître l'autonomie et l'autorité des collectivités autochtones, de même que d'améliorer l'accès aux services de santé et la situation sanitaire des populations autochtones.

De plus, depuis quelques années, le gouvernement du Canada continue de soutenir par différentes initiatives les collectivités autochtones dans leur volonté d'influencer et de contrôler leurs services de santé. Il s'agit notamment de l'*Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé par les Premières nations* de 2011 qui a conduit à la création de l'Autorité sanitaire des Premières Nations en Colombie-Britannique et à la signature de la *Charter of Relationship Principles Governing Health System Transformation in Nishnawbe Aski Nation Territory*, en 2017. Cette entente vise notamment à renforcer les capacités de la collectivité de planifier et offrir des services de santé<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Ralliement national des Métis. *Toward a National Dialogue on Métis Health Policy*, 2016, <http://www.metisnation.ca/wp-content/uploads/2016/11/Metis-Health-Presentation-for-Health-Accord-Oct-2016.pdf>  
Nota : une des diapositives de cet exposé présenté à la Réunion entre les premiers ministres et les dirigeants d'organisations autochtones nationales, en 2005, porte sur le cadre d'action des Métis. Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur 10 ans, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/plan-directeur-sante-autochtones-plan-transformation-10-ans.html>

<sup>13</sup> Gouvernement du Canada. *Charte des principes régissant les relations se rapportant au territoire de la nation Nishnawbe Aski*, 2017, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/charte-na.html>

En outre, les négociations fédérales-provinciales-territoriales de 2017 sur le financement fédéral des services de santé ont abouti à l'approbation par toutes les parties de l'*Énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé*<sup>14</sup>. Ce document comprend un engagement des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à travailler de concert avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis pour améliorer les services de santé et la situation sanitaire, en respectant les priorités des Autochtones en matière de santé telles qu'elles sont énoncées dans le *Plan stratégique sur la Santé des Premières nations et des Inuits : un parcours partagé vers l'amélioration de la santé* et dans le programme de santé des Métis.

Les budgets fédéraux des cinq dernières années, ainsi que les lettres de mandat de la ministre de Santé Canada en 2015 et de la ministre des Services aux Autochtones Canada en 2017, comportent des engagements à augmenter la représentation autochtone dans la population active canadienne, à soutenir les Autochtones en matière d'études postsecondaires et d'acquisition de compétences, et à améliorer l'accès à des services de santé sûrs et de qualité dans les collectivités autochtones.

Plus récemment, en janvier 2018, la ministre des Services aux Autochtones a rappelé les priorités du ministère pour ce qui est d'améliorer la situation sanitaire des Autochtones et de soutenir les Autochtones qui choisissent une carrière dans le secteur de la santé<sup>15</sup>.

### **3.4 Pertinence : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral**

**Le rôle du gouvernement fédéral dans les ressources humaines en santé des Autochtones découle des obligations constitutionnelles relatives aux services aux Premières Nations vivant dans des réserves et aux Inuits. Ce rôle évolue en raison des compétences partagées en matière de santé et d'éducation et de l'objectif d'autonomisation des collectivités autochtones.**

Le rôle du gouvernement fédéral dans la prestation de services de santé aux collectivités inuites et des Premières Nations évolue depuis la Politique sur la santé des Indiens de 1979, à mesure de l'admission que les collectivités autochtones sont les mieux placées pour cerner les besoins et gérer la prestation de services. En 2012, le *Plan stratégique sur la Santé des Premières nations et des Inuits : un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*<sup>16</sup> reconnaissait la nature dynamique et complexe de la prestation de services de santé aux Premières Nations et aux Inuits, soulignant qu'en matière de santé, les Premières Nations, les Inuits et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se partagent un réseau de compétences et de gouvernance interdépendantes.

---

<sup>14</sup> Santé Canada. L'énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé, 2017, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/principes-priorites-partagees-sante.html>

<sup>15</sup> Services aux Autochtones Canada. Améliorer les résultats en matière de santé, 2018, [https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/nouvelles/2018/01/ameliorer\\_les\\_resultats\\_en\\_matiere\\_de\\_sante.html](https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/nouvelles/2018/01/ameliorer_les_resultats_en_matiere_de_sante.html)

<sup>16</sup> Gouvernement du Canada. Plan stratégique sur la Santé des Premières nations et des Inuits : un parcours partagé vers l'amélioration de la santé, 2012, <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/rapports-publications/plan-strategique-sante-premieres-nations-inuits-parcours-partage-vers-amelioration-sante-sante-canada-2012.html>

De même, le gouvernement fédéral est responsable de l'enseignement primaire et secondaire dans les collectivités des Premières Nations et il soutient les études postsecondaires et la formation professionnelle des Autochtones.

Le rôle du gouvernement du Canada dans le soutien aux services de santé dans les collectivités autochtones et dans l'aide aux étudiants autochtones au niveau postsecondaire a été rappelé dernièrement, en 2017, dans la lettre de mandat de la ministre de Services aux Autochtones Canada.

### 3.5 Pertinence : Complémentarité ou double emploi

**Il existe différentes possibilités d'aide financière pour les étudiants autochtones au niveau postsecondaire, mais il ne semble pas qu'elles fassent double emploi avec les bourses offertes dans le cadre du volet 1 de l'IRHSA. D'autres programmes ciblent davantage certains groupes d'étudiants ou certaines régions. De même, en ce qui concerne le volet 2, bien que d'autres programmes soutiennent la formation de travailleurs de la santé dans les collectivités, rien n'indique clairement qu'il y ait double emploi, car ils ciblent généralement des exigences ou des compétences particulières à des postes.**

#### 3.5.1 Volet 1 (bourses d'études)

Bien qu'il existe parallèlement aux bourses d'études attribuées dans le cadre du volet 1 de l'IRHSA diverses aides offertes par le gouvernement fédéral et des organisations non gouvernementales, l'évaluation n'a pas trouvé d'exemples de programmes similaires offerts par les gouvernements provinciaux et territoriaux. La demande à l'IRHSA est conçue de manière à garantir que l'IRHSA complète d'autres financements disponibles. Il est donc possible que les étudiants reçoivent des fonds d'autres programmes en plus de l'aide financière de l'IRHSA. Cependant, les évaluateurs n'ont pas eu accès à des données sur la proportion de bénéficiaires de l'IRHSA qui ont reçu des fonds d'autres programmes d'aide financière.

Au niveau fédéral, Services aux Autochtones Canada propose le Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire, les fonds étant distribués à leurs membres par les Premières Nations et les organisations de revendications territoriales inuites, mais il ne se concentre sur aucun domaine en particulier, comme les carrières dans le secteur de la santé. De plus, il n'est pas offert aux Indiens non inscrits des Premières Nations ou d'une bande des Premières Nations, aux Inuits qui ne sont pas visés par une revendication territoriale ni aux Métis.

Emploi et Développement social Canada exécute la Stratégie de formation pour les compétences et l'emploi destinée aux Autochtones, qui fournit une aide financière à la formation. Cependant, celle-ci cible les Autochtones au chômage, sous-employés ou qui ont besoin de perfectionner leurs compétences. La Stratégie ne concerne pas spécifiquement les carrières dans le secteur de la santé et vise à répondre à la demande du marché du travail. Emploi et Développement social Canada finance aussi le Programme de prêts d'études canadiens, qui ne s'adresse pas expressément aux étudiants autochtones, mais dont ils peuvent demander à bénéficier.

Il existe différentes bourses d'études attribuées par les universités ou des organismes privés et à but non lucratif et destinées à aider des étudiants autochtones qui font des études en santé. En particulier, l'outil de recherche de bourses pour les Autochtones de Services aux Autochtones Canada répertorie en ligne 58 bourses<sup>17</sup> correspondant à la catégorie des carrières et services en santé, y compris les bourses de l'IRHSA. Cependant, contrairement à l'IRHSA, ces bourses sont souvent destinées à des groupes très précis d'étudiants en santé et il n'en est accordé qu'un petit nombre, par exemple:

- La Joan and Dean Sandham Scholarship in Aboriginal Health Professional Leadership de l'Université du Manitoba est décernée à des étudiants métis, inuits et des Premières Nations qui ont suivi avec succès un programme de premier cycle en médecine ou en sciences infirmières et qui poursuivent d'autres études qui améliorent et renforcent particulièrement leurs compétences en leadership.
- La Baxter Corporation - Jean Goodwill Scholarship, qui est administrée par la Canadian Indigenous Nurses Association, décerne chaque année deux bourses de 2 500 \$ chacune à des candidats d'ascendance autochtone pour une formation spécialisée en soins infirmiers et pour ceux inscrits à un programme de baccalauréat en sciences infirmières qui acceptent d'aller travailler dans des collectivités autochtones.

De plus, d'autres programmes offerts par des organisations autochtones ne sont pas répertoriés dans l'outil de recherche de bourses pour les Autochtones, comme :

- Le financement du Fonds en fiducie de la Fraternité des Indiens du Canada, qui est accordé à des groupes et à des personnes aux termes de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens<sup>18</sup>.
- Le Gabriel Dumont Institute, en Saskatchewan, qui décerne une bourse par an à un étudiant métis inscrit au Dumont Technical Institute Licensed Practical Nursing Program, à Regina<sup>19</sup>.

Il existe, globalement, toute une série d'aides financières destinées à différents groupes d'étudiants autochtones. Cependant, les informateurs clés font généralement remarquer que le financement existant ne suffit pas à répondre à la demande. En outre, comme on le voit à la section 3.6.1, les données de suivi d'Indspire montrent que le financement disponible, y compris dans le volet 1, couvre une part relativement petite des besoins financiers de l'étudiant. Le volet 1 de l'IRHSA est conçu de manière à réduire au minimum le risque de double emploi avec d'autres programmes, puisque les étudiants doivent déclarer sur le formulaire de demande leurs autres sources de financement et que le montant des bourses est calculé en fonction des besoins financiers qui ne sont pas déjà couverts par d'autres sources de financement.

---

<sup>17</sup> Interrogé le 14 juin 2018 avec les critères Emplacement=« N'importe lequel », Sujet=« Médecine dentaire » et « Carrières et services en santé » et « Médecine », Groupe autochtone=« Tous les peuples autochtones ». Lien électronique : <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1351185180120/1351685455328>

<sup>18</sup> Fonds en fiducie de la Fraternité des Indiens du Canada. Foire aux questions, 2017, <http://nibtrust.ca/fr/particuliers/faq/>

<sup>19</sup> Gabriel Dumont Institute. <https://gdins.org/student-services/scholarships-bursaries/>

### 3.5.2 Volet 2 (formation pour les travailleurs communautaires et les gestionnaires de santé)

De la même façon, en ce qui concerne le volet 2, bien que d'autres programmes soutiennent la formation des travailleurs de la santé dans les collectivités, rien ne montre clairement qu'il y ait double emploi, car ceux-ci ciblent généralement d'autres domaines (p. ex. exigences particulières à des postes ou compétences particulières) ou catégories de travailleurs de la santé.

D'autres programmes de la DGSPNI comprennent des volets de formation qui peuvent soutenir le perfectionnement de travailleurs de la santé non réglementés dans les collectivités. En voici quelques exemples :

- Le Programme de soins à domicile et de soins communautaires soutient la formation de professionnels de la santé et de travailleurs communautaires dans des domaines tels que la gestion des maladies chroniques et des soins actifs, ainsi que la promotion de la santé et la prévention des maladies.
- Le Programme d'infrastructure de la cybersanté comprend un volet de formation pour préparer le personnel à utiliser des technologies telles que l'équipement de télésanté et les systèmes de dossiers médicaux électroniques.
- Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones soutient la formation de conseillers communautaires en toxicomanie et comprend un processus de certification indépendant qui permet de renforcer les compétences et d'assumer des rôles de direction.

En plus de ces programmes de la DGSPNI, quelques informateurs clés donnent des exemples de formations offertes par les provinces et territoires pour aider les agents de santé communautaire à adopter les dossiers médicaux électroniques. Dans un cas, on a recouru à l'IRHSA pour compléter le financement fourni par le territoire afin d'augmenter le nombre de participants qui pouvaient bénéficier de ce type de formation.

En général, les informateurs clés membres de la DGSPNI et d'organisations autochtones communautaires ou régionales déclarent que le financement du volet 2 complète d'autres efforts de formation de la DGSPNI et des provinces et territoires.

## 3.6 Rendement : Résultats de la réalisation du volet 1 (bourses d'études)

### 3.6.1 Portée du financement du volet 1

**Les bourses d'études du volet 1 de l'IRHSA ont contribué à aider environ 765 étudiants autochtones par an à poursuivre des études postsecondaires dans un domaine lié à la santé.**

Une analyse des données de suivi annuelles recueillies par Indspire, l'organisme bénéficiaire chargé d'attribuer les bourses d'études du volet 1 de l'IRHSA<sup>20</sup>, montre que 3 061 bourses ont été accordées à des étudiants autochtones en santé dans la période allant de 2013-2014 à 2016-2017, soit une moyenne d'environ 765 étudiants par an (voir le tableau 3). Sur cette période, les bourses s'élevaient en moyenne à 3 339 \$.

---

<sup>20</sup> Les chiffres de 2017-2018 n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction de ce rapport.

Le nombre annuel de demandes présentées à l'IRHSA était en augmentation nette et constante sur la période visée. En fait, il est passé de 809 en 2013-2014 à 1 120 en 2016-2017. Parallèlement, cependant, le nombre même de boursiers est resté assez stable. Résultat, le pourcentage d'étudiants qui ont demandé à bénéficier d'une bourse d'études dans le cadre du volet 1 et qui l'ont obtenue n'a cessé de diminuer sur la période d'évaluation.

**Tableau 3. Nombre de demandes dans le volet 1, bourses accordées et de montants reçus**

|   | 2013-2014       | 2014-2015       | 2015-2016       | 2016-2017       | Total       |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|
| <b>Nombre de demandes</b>               | 809             | 1 109           | 1 046           | 1 120           | 4 084       |
| <b>Nombre de bourses accordées</b>      | 706             | 882             | 764             | 709             | 3 061       |
| <b>Proportion de bourses attribuées</b> | 88 %            | 79%             | 73 %            | 63 %            | S.O.        |
| <b>Montant moyen des bourses</b>        | <b>4 160 \$</b> | <b>2 835 \$</b> | <b>3 148 \$</b> | <b>3 357 \$</b> | <b>S.O.</b> |

Source : Données de suivi annuelles fournies par Indspire.

Comme le montre le tableau 4, en moyenne, 80 % des boursiers étaient des femmes. Sur la période d'évaluation, la plupart des boursiers étudiaient dans un domaine lié aux soins infirmiers. Venaient ensuite la médecine et les sciences de l'activité physique. Cependant, la proportion de boursiers inscrits à des études liées aux soins infirmiers et en médecine n'a cessé de diminuer sur la période d'évaluation. Les facteurs qui expliqueraient cette diminution sont inconnus.

**Tableau 4. Caractéristiques des boursiers du volet 1**

|  | 2013-2014  | 2014-2015  | 2015-2016  | 2016-2017  |
|--|------------|------------|------------|------------|
| <b>Nombre de boursiers</b>                 | <b>706</b> | <b>882</b> | <b>764</b> | <b>709</b> |
| <b>Sexe</b>                                |            |            |            |            |
| Homme                                      | S.O.       | 20 %       | 21 %       | 18 %       |
| Femme                                      | S.O.       | 80 %       | 79 %       | 82 %       |
| <b>Trois principaux domaines d'études</b>  |            |            |            |            |
| Domaine lié aux soins infirmiers           | 48 %       | 50 %       | 45 %       | 41 %       |
| Médecine                                   | 20 %       | 15 %       | 16 %       | 14 %       |
| Sciences de l'activité physique            | 8 %        | 9 %        | 10 %       | 10 %       |
| <b>Affiliation autochtone</b>              |            |            |            |            |
| Premières Nations                          | 50 %       | 50 %       | 47 %       | 48 %       |
| Indiens non inscrits des Premières Nations | 0 %        | 3 %        | 4 %        | 5 %        |
| Inuits                                     | 2 %        | 1 %        | 2 %        | 3 %        |
| Métis                                      | 48 %       | 46 %       | 47 %       | 44 %       |
| <b>Année d'études</b>                      |            |            |            |            |
| 1 <sup>re</sup> année                      | 31 %       | 33 %       | 34 %       | 35 %       |
| 2 <sup>e</sup> année                       | 29 %       | 30 %       | 31 %       | 29 %       |
| 3 <sup>e</sup> année                       | 22 %       | 21 %       | 22 %       | 19 %       |
| 4 <sup>e</sup> année et au-delà            | 19 %       | 16 %       | 13 %       | 17 %       |

Source : Données de suivi annuelles fournies par Indspire.

Sur la période d'évaluation, l'immense majorité des boursiers étaient soit membres d'une Première Nation (de 48 à 50 %), soit Métis (de 44 à 48 %). Les Inuits et les personnes s'identifiant comme étant des Indiens non inscrits des Premières Nations représentaient une minorité de boursiers, mais leur part dans le nombre total n'a cessé de progresser sur cette période. De manière générale, la proportion de Métis recevant des bourses de l'IRHSA est relativement élevée en comparaison de leur représentation dans la population autochtone du Canada (c.-à-d. les Métis représentaient 35 % des personnes s'étant déclarées autochtones au Recensement de 2016)<sup>21</sup>. L'évaluation n'a pas recherché les raisons de la représentation élevée des Métis parmi les boursiers de l'IRHSA. Cependant, comme les Métis ne peuvent recevoir de fonds de programmes tels que le Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire, il serait sans doute utile de procéder à une analyse plus approfondie par la suite afin de déterminer si ce type de facteurs contribue au fait que les étudiants métis recourent plus l'IRHSA.

Les bourses d'études d'Inspire sont annuelles et les étudiants peuvent présenter une nouvelle demande. Globalement, environ le tiers des boursiers étaient en première année d'études et un peu moins en deuxième année (de 29 à 31 %) et environ le cinquième étaient en troisième année.

Enfin, comme le montre le tableau 5, le Québec et le Nord ont la plus faible proportion de boursiers et l'Ontario, la plus forte. En comparaison de la répartition de la population se déclarant autochtone au Canada dans le Recensement de 2016, la représentation des étudiants de la Saskatchewan et des provinces de l'Atlantique est relativement élevée parmi les boursiers du volet 1, tandis que celle des étudiants du Québec et de l'Alberta est relativement faible. Les facteurs expliquant le recours au financement de l'IRHSA dans ces régions n'ont pas été examinés dans l'évaluation.

**Tableau 5. Boursiers du volet 1 par région de la DGSPNI, de 2013-2014 à 2016-2017**

| Région               | Répartition des boursiers du volet 1 par région, 2015-2016 | Répartition de la population d'identité autochtone au Canada, 2016 | Différence en points de pourcentage |
|----------------------|--|--|-------------------------------------|
| Colombie-Britannique | 15 %   | 16 %   | -1                                  |
| Alberta              | 10 %   | 15 %   | -5                                  |
| Saskatchewan         | 16 %   | 10 %   | +6                                  |
| Manitoba             | 17 %   | 13 %   | +4                                  |
| Ontario              | 23 %   | 22 %   | +1                                  |
| Québec               | 5 %  | 11 %   | -6                                  |
| Atlantique           | 13 %   | 8 %  | +5                                  |
| Nord                 | 2 %  | 4 %  | -2                                  |

Source : Données de suivi d'Inspire et Recensement de 2016 de Statistique Canada.

<sup>21</sup> Statistique Canada, Recensement de 2016, <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hltfst/abo-aut/Tableau.cfm?Lang=Fra&T=101&SR=1&S=99&O=A&RPP=25&PR=0&D1=1&D2=1&D3=1&TABID=2>

### 3.6.2 Facilité du processus de demande

**Certains informateurs clés soulignent que le processus de demande de bourses d'études d'Indspire peut être difficile à remplir.**

Dans le processus de demande de bourse du volet 1, les candidats doivent soumettre une série de documents tels que les suivants :

- preuve du statut d'Autochtone;
- lettre sur le financement des études (les candidats inuits et des Premières Nations doivent fournir les détails de toute aide financière de leur collectivité);
- preuve d'inscription à un programme d'études à plein temps;
- preuve d'un engagement communautaire; et
- lettre de présentation détaillant les liens avec la collectivité et la culture, les difficultés et les réussites scolaires, et exposant une vision de carrière.

Les demandes sont notées selon différents critères, comme le bénévolat, les résultats scolaires et l'aide financière nécessaire. Quelques informateurs clés membres d'organisations autochtones communautaires ou régionales et de services d'aide universitaires estiment qu'il est très difficile pour les étudiants de venir à bout du processus de demande d'Indspire. Le succès dépend des compétences et des ressources du candidat pour ce qui est de demander les documents voulus (p. ex. lettres de soutien, preuve de [participation dans la communauté, etc.](#)) et de rédiger une lettre de présentation claire. Les informateurs clés, y compris ceux des services d'appui de l'université expliquent que, souvent, les étudiants ont besoin d'aide pour remplir la demande. Dans certains cas, les universités proposent des ateliers ainsi qu'un encadrement individuel pour la préparation des demandes. Indspire apporte également un soutien, y compris un webinaire pour aider les étudiants à présenter leur demande. De manière générale, certains informateurs clés estiment que l'effort nécessaire pour demander une bourse est souvent très important en comparaison des sommes accordées.

### 3.6.3 Connaissance de l'existence des bourses d'études du volet 1

**Le nombre de candidats aux bourses du volet 1 a sensiblement augmenté au cours des dernières années, et Indspire et les universités organisent des activités de sensibilisation afin de promouvoir les études postsecondaires et les bourses d'études existantes, mais beaucoup d'informateurs clés note que la connaissance général des bourses du volet 1 dans les collectivités peut être amélioré.**

Les informateurs clés et le site Web d'Indspire soulignent que, dans le cadre de ses efforts de promotion de la réussite scolaire des Autochtones, Indspire organise des activités de sensibilisation telles que sa cérémonie annuelle de remise des prix Indspire<sup>22</sup>. De plus, l'organisme forme d'anciens boursiers pour qu'ils puissent aider les candidats aux futures bourses et servir de mentors à des élèves du secondaire peut-être intéressés par des études postsecondaires<sup>23</sup>. Deux informateurs clés universitaires déclarent parler des possibilités de financement, y compris celles d'Indspire, aux étudiants inscrits qui s'identifient comme autochtones.

---

<sup>22</sup> Processus de mise en candidature aux prix d'Indspire et information sur les événements et les lauréats passés, <http://indspire.ca/indspire-awards/>

<sup>23</sup> Rivers to Success, programme de mentorat d'Indspire, <http://indspire.ca/for-student/mentorship-for-students/>



Malgré ces efforts, bon nombre d'informateurs clés membres d'organismes de services de santé communautaires et régionaux et de la DGSPNI déclarent ne pas avoir remarqué beaucoup d'information dans leurs régions. Ils indiquent que la sensibilisation des bourses d'études d'Indspire dans les collectivités autochtones qu'ils servent peut être amélioré. En outre, quelques informateurs clés, y compris des membres de services d'aide universitaires, expliquent qu'il est difficile de trouver des renseignements détaillés sur les bourses existantes, entre autres d'Indspire. Certains ont proposé durant l'évaluation de créer un système de demande centralisé qui permettrait aux étudiants de se porter candidats à plusieurs bourses à la fois.

### 3.6.4 Contribution du financement du volet 1 à la poursuite des études

#### **L'aide financière apportée par le volet 1 de l'IRHSA couvre environ 17 % des besoins des étudiants et ceux-ci considèrent qu'elle contribue à soulager leurs difficultés financières.**

Les données de suivi annuelles d'Indspire montrent qu'en moyenne, le financement de l'IRHSA accordé aux étudiants s'élève à 3 339 \$ par an et couvre 17 % des besoins financiers déclarés par les candidats sur leur formulaire de demande. La part des besoins financiers couverte n'a guère varié entre 2014-2015 et 2016-2017 (autrement dit, elle s'est maintenue dans une fourchette allant de 14 à 16,5 %). Il y a, toutefois, une différence notable entre ces années et les boursiers de 2013-2014, dont environ 45,5 % des besoins étaient couverts par les bourses d'études de l'IRHSA. Le montant de l'aide financière demandée par les boursiers des années 2014-2015 à 2016-2017 allait de 17 200 \$ à 22 200 \$, contre environ 9 100 \$ pour les boursiers de 2013-2014. C'est cette augmentation du niveau d'aide financière demandé qui explique principalement la diminution de la part des besoins financiers couverte par le financement de l'IRHSA.

Le formulaire de demande définit les besoins financiers comme étant la différence entre les frais engagés par les étudiants (p. ex. frais de scolarité, manuels, frais de subsistance, etc.) et les ressources financières auxquelles ils ont accès (p. ex. autre aide financière, revenu d'emploi, etc.). Il semble donc que les sources de financement existantes ne répondent pas à une part importante des besoins financiers des étudiants. Cependant, on ne sait pas dans quelle mesure ils ont eu accès à d'autres sources d'aide financière après avoir présenté leur demande au volet 1.

Bien que le financement couvre une part relativement limitée des besoins financiers des étudiants, les boursiers du volet 1 déclarent que ces fonds les ont aidés à faire face à des difficultés et à se concentrer sur leurs études. Plus précisément, plus des trois quarts des boursiers du volet 1 interrogés par Indspire (78 % en 2012-2013<sup>24</sup> et 84 % en 2013-2014<sup>25</sup>) déclarent que la bourse les a aidés à faire face à ces difficultés. Ainsi, 78 % des répondants en 2012-2013 et 2013-2014 déclarent que la bourse les a aidés pour leurs frais de subsistance, et plus de la moitié conviennent qu'elle leur a permis de se concentrer sur leurs études et d'obtenir de meilleures notes (65 % en 2012-2013 et 72 % en 2013-2014).

---

<sup>24</sup> Indspire. Aboriginal Health Careers Bursary & Scholarship Monitoring Tracking Report for 2012-2013, rapport interne, 2013.

<sup>25</sup> Indspire. Aboriginal Health Careers Bursary & Scholarship Monitoring Tracking Report for 2013-2014, rapport interne, 2014.

Quelques informateurs clés membres de collectivités et de services d'aide universitaires déclarent également que le financement est un facteur essentiel dans l'accès aux études postsecondaires et la réussite de celles-ci. Les informateurs clés membres d'organisations communautaires ou régionales soulignent que les boursiers apprécient le financement du volet 1, car il aide à faire face à certains besoins financiers, mais qu'une part plus importante de leurs besoins n'est toujours pas couverte, ce qui en oblige beaucoup à chercher un financement supplémentaire, à prendre un emploi à temps partiel ou à affronter la pauvreté.

### 3.6.5 Obstacles à l'accès aux études

**Les informateurs clés indiquent souvent que beaucoup d'Autochtones se heurtent à un obstacle de taille à l'accès à des études postsecondaires en santé, à savoir qu'ils n'ont pas acquis les connaissances préalables nécessaires (p. ex. en sciences ou en mathématiques).**

Les documents du programme, la documentation<sup>26</sup> et bon nombre d'informateurs clés mentionnent que les étudiants autochtones n'ont souvent pas les connaissances et les compétences préalables nécessaires pour entreprendre des études postsecondaires, ni d'objectif de carrière qui les motive dans leurs études. Pour les étudiants qui souhaitent s'inscrire à des programmes postsecondaires liés à la santé, une mise à niveau est souvent nécessaire en mathématiques, en sciences, de même qu'en compétences en lecture et en écriture. Certains intervenants clés membres de la DGSPNI, d'organisations communautaires ou régionales ou d'associations de professionnels de la santé insistent sur le fait qu'il faut contacter les étudiants tôt pour les aider à définir une vision de carrière et leur fournir les aides voulues pour réunir les conditions préalables à la réalisation de cette vision.

Avant 2015-2016, il était possible d'utiliser les fonds de l'IRHSA en appui à la promotion de carrières dans le secteur de la santé. Comme le montrent les rapports de projets de l'IRHSA, les activités financées de ce type consistaient principalement à participer à des salons de l'emploi ou à d'autres événements communautaires, comme des pow-wow, pour parler avec des participants intéressés et distribuer de la documentation.

Depuis 2015-2016, les activités de promotion de carrières ne sont plus financées dans le cadre de l'IRHSA. Cependant, d'autres organisations, comme Indspire, mènent des activités d'information afin de promouvoir les études postsecondaires. De plus, quelques informateurs clés membres d'organisations communautaires ou régionales signalent que certaines collectivités continuent de promouvoir des carrières dans le secteur de la santé sans le soutien de l'IRHSA. C'est le cas, par exemple, des salons sur les carrières axés sur les jeunes qui couvrent de nombreux secteurs d'emploi ou des possibilités offertes aux élèves du secondaire et aux étudiants du postsecondaire d'acquérir une expérience dans des emplois d'été dans des services de santé. En outre, divers autres exemples d'aides aux études préparatoires à des études dans le domaine de la santé sont mentionnés dans les rapports de projet, les sites Web et les entrevues avec les informateurs clés. Certaines ont reçu un financement de l'IRHSA dans le passé.

---

<sup>26</sup> McBride, W. et D. Gregory. *Aboriginal Health Human Resources Initiatives: Towards the Development of a Strategic Framework*, CJNR, 2005, vol. 37, n° 4, p. 89-94.

L'évaluation ne cherchait pas à déterminer dans quelle mesure ces initiatives comblent une lacune créée par la modification de la portée de l'IRHSA en 2015. Toutefois, différents informateurs clés interviewés aux fins de l'évaluation font souvent état d'un besoin continu d'en faire plus pour aider les étudiants à acquérir les connaissances préalables à l'inscription à des programmes universitaires dans le domaine de la santé et pour promouvoir des carrières dans le secteur de la santé.

Dans l'ensemble, les constatations de l'évaluation donnent à penser que le volet 1 de l'IRHSA vise plus à aider les étudiants à mener à terme leurs études en santé qu'à augmenter le nombre d'étudiants inscrits à des études en santé.

### 3.6.6 Niveau d'emploi dans le secteur de la santé une fois les études terminées

**Une fois leur diplôme obtenu, la plupart des boursiers du volet 1 étaient employés dans un domaine correspondant à leurs études en santé et ils servaient des populations autochtones dans le cadre de leur emploi.**

Il ressort d'une enquête menée en 2015 auprès d'anciens boursiers d'Indspire<sup>27</sup> que, sur les 249 répondants diplômés dans un domaine lié à la santé, 88 % travaillaient une fois leurs études terminées. Parmi eux, 93 % déclaraient que leurs études en santé étaient utiles pour leur emploi. Les données disponibles ne montrent pas quelle proportion demeure employée dans le domaine de moyen à long terme après l'obtention du diplôme. En outre, au moment de l'évaluation, il n'y avait pas de données sur l'emploi de la plus récente cohorte de diplômés d'études en santé.

Le renforcement des capacités des travailleurs de la santé des collectivités autochtones est un autre résultat attendu de l'IRHSA. L'emploi dans les collectivités autochtones des diplômés de programmes postsecondaires liés à la santé peut contribuer à ce résultat. À cet égard, la majorité (80 %) des répondants à l'enquête de 2015 déclaraient servir des populations autochtones dans le cadre de leur travail, mais l'enquête ne précisait pas s'ils travaillaient dans une collectivité autochtone.

Il n'existe pas de données sur le taux de retour des boursiers du volet 1 dans leur propre collectivité, mais les informateurs clés et les répondants à l'enquête d'Indspire de 2012-2013 mentionnent plusieurs obstacles au retour des diplômés dans les collectivités autochtones. Parmi ceux couramment mentionnés par les informateurs clés et les répondants à l'enquête d'Indspire de 2012-2013 figurent les suivants<sup>28</sup> :

- l'incertitude de trouver un emploi et un manque de possibilités d'avancement;
- des difficultés à réintégrer la collectivité après avoir vécu longtemps ailleurs;
- l'obligation de déménager ou de se déplacer pour servir des collectivités éloignées;
- les salaires plus élevés pour des postes similaires ailleurs que dans les collectivités autochtones (p. ex. dans le système de santé provincial);
- un manque de connaissance des langues autochtones; et
- un manque de logement dans certaines collectivités.

<sup>27</sup> Indspire. Creating Positive Outcomes: Graduation and Employment Rates of Indspire's Financial Award Recipients, rapport interne adressé à la DGSPNI, p. 20, 2015, <https://www.indspire.ca/wp-content/uploads/2015/02/Indspire-Creating-Positive-Outcomes-Report-February-2015.pdf>

<sup>28</sup> Indspire. Aboriginal Health Careers Bursary & Scholarship Monitoring Tracking Report for 2012-2013, rapport interne, 2013.

### 3.7 Rendement : Résultats de la réalisation du volet 2 (formation de travailleurs communautaires et de gestionnaires de santé)

#### 3.7.1 Activités de formation financées dans le cadre de l'IRHSA

**Les fonds du volet 2 de l'IRHSA financent la formation de travailleurs communautaires dans différents domaines, comme le counseling en matière de toxicomanie et de santé mentale, l'éducation de la petite enfance, la certification des gestionnaires de santé et l'agrément des préposés aux services de soutien à la personne.**

Les activités du volet 2 ont créé tout un éventail de possibilités de formation offertes dans toutes les régions de la DGSPNI<sup>29</sup>. Comme le montrent les exemples ci-dessous tirés de documents du programme et des entrevues avec les informateurs clés, les fonds du volet 2 ont servi à financer différentes formations en appui aux travailleurs dans le domaine des pratiques de santé, par exemple en ce qui concerne les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale, le bien-être mental, le deuil et les traumatismes, la toxicomanie, les préposés aux services de soutien à la personne, le service social, les travailleurs communautaires et les gestionnaires de santé autochtones. Parmi les exemples de formation particulière organisée dans différentes régions de la DGSPNI, mentionnons :

- en Alberta, les frais de scolarité ont été couverts pour les agents de santé communautaire s'inscrivant à un programme collégial de promotion de la santé communautaire sanctionné par un certificat et offert en télé-enseignement afin que les étudiants puissent conserver leur emploi;
- en Saskatchewan, une formation certifiée au mieux-être communautaire a été organisée en 2013-2014. Une éducation sur le diabète a aussi été offerte aux représentants en santé communautaire et aux préposés aux services de soutien à la personne en 2015-2016 et 2016-2017;
- en Ontario, des fonds sont allés aux établissements d'enseignement des Premières Nations afin qu'ils offrent aux travailleurs de la santé des Premières Nations des programmes postsecondaires reconnus, en partenariat avec des collèges communautaires, dans divers domaines, comme l'éducation de la petite enfance, les préposés aux services de soutien à la personne et le counseling en matière de toxicomanie;
- au Québec, le Conseil cri de la santé a utilisé les fonds de l'IRHSA pour former des représentants en santé communautaire et par le Centre de développement de la formation de la main-d'œuvre Huron-Wendat (Wendake) pour former des préposés aux services de soutien à la personne en 2013-2014; et
- au Yukon, les fonds de l'IRHSA ont servi à financer la formation de travailleurs communautaires à la gestion des dossiers de santé électroniques en 2015-2016.

Au-delà de la formation d'agents de santé communautaire, les fonds de l'IRHSA ont servi dans quelques cas à financer des programmes courts menant à une certification exigée dans des milieux de travail (p. ex. garderies) en matière de secourisme et de RCR, de salubrité des aliments, et en ce qui concerne le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail.

---

<sup>29</sup> Sauf pour la Colombie-Britannique, comme l'explique la section 3.1.

L'évaluation a également révélé quelques exemples où les fonds du volet 2 ont aidé à renforcer les capacités des travailleurs communautaires pour d'autres programmes de la DGSPNI, comme le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones et le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire.

### **3.7.2 Contribution au renforcement des capacités des travailleurs de la santé et/ou des travailleurs communautaires**

#### **Les fonds du volet 2 ont contribué à accroître les qualifications des travailleurs de la santé dans les collectivités et aidé à améliorer les services de santé.**

D'après les documents du programme et les informateurs clés, les activités de formation financées dans le cadre du volet 2 ont contribué à améliorer les qualifications de travailleurs de la santé et les ont donc aidés à mieux comprendre les problèmes de santé de leur collectivité et leur rôle dans les mesures prises pour les résoudre. La formation, qui complétait l'apprentissage en cours d'emploi, a aidé les travailleurs communautaires à gagner en confiance, en résilience et en souplesse. On estime qu'elle a contribué à l'amélioration quantitative et qualitative des services offerts à la collectivité.

L'Alberta offre un exemple précis de l'utilisation de l'IRHSA à l'appui des agents de santé communautaire. Le programme de l'IRHSA avant 2013 a été utilisé pour élaborer les descriptions de poste des représentants en santé communautaire et déterminer leurs compétences. Ces représentants en santé communautaire occupent un des principaux postes non réglementés dans les équipes de santé des collectivités inuites et des Premières Nations et ils assument une myriade de responsabilités, y compris d'éducateurs en matière de santé, d'interprètes et de défenseurs des intérêts des patients. Un programme de formation en promotion de la santé communautaire dans les Premières Nations a été mis sur pied en Alberta afin de former des représentants en santé communautaire et les fonds du volet 2 de l'IRHSA y ont servi à financer la participation de représentants en santé communautaire à ce programme.

Les informateurs clés expliquent qu'entre autres avantages, les travailleurs communautaires formés avec des fonds du volet 2 ont pris confiance dans leurs capacités de suivre d'autres formations ou des études postsecondaires. Cela peut leur ouvrir la possibilité de progresser au sein de leurs organisations ou de passer dans des domaines d'emploi connexes (p. ex. en utilisant la formation en éducation de la petite enfance pour assumer un rôle connexe dans un programme de santé maternelle et infantile de la collectivité).

L'IRHSA vise à renforcer les capacités des travailleurs de la santé dans les collectivités inuites et des Premières Nations, mais les informateurs clés estiment que les apprenants sont susceptibles d'examiner des possibilités d'emploi en dehors de leur collectivité, dans des endroits où les salaires sont souvent plus élevés (p. ex. dans les établissements de soins de santé, les services sociaux ou les établissements d'enseignement provinciaux). Ils soulignent à ce propos que garder les travailleurs dont les qualifications viennent d'être améliorées représente un défi pour certaines collectivités.

### 3.7.3 Contribution à la réalisation du résultat à long terme

**Un exemple illustre bien comment les fonds du volet 2 ont permis de réaliser des initiatives qui ont renforcé les capacités des collectivités des Premières Nations.**

La version d'avant 2013 de l'IRHSA a aidé à financer la création de l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations (AGSPN) et la mise en place de son programme de certification des gestionnaires de santé. Le volet 2 de l'IRHSA ne fournit plus de financement de base à l'AGSPN, mais on continue d'utiliser l'IRHSA pour aider les gestionnaires de santé de collectivités des Premières Nations à obtenir la certification offerte par l'Association. Quelques informateurs clés membres d'organisations communautaires ou régionales, d'associations de professionnels de la santé et de la DGSPNI parlent des retombées de cette initiative. Ils mentionnent, en particulier, que la désignation de gestionnaire de la santé des Premières Nations a contribué à améliorer la capacité de gestion au sein des collectivités des Premières Nations et favorisé la croissance d'un réseau de pairs. De plus, les collectivités cherchent de plus en plus maintenant à engager des professionnels de la santé et des administrateurs de services de santé possédant cette désignation. Il semble aussi que la formation aide les collectivités des Premières Nations à passer de modalités de financement fixes à des modalités plus souples.

### 3.7.4 Difficultés posées par la conception et l'exécution du volet 2

**La conception et l'exécution du volet 2 ont présenté quelques difficultés, principalement liées au montant du financement, aux critères d'admissibilité et à un manque de clarté dans les directives du volet 2.**

Quelques informateurs clés membres de la DGSPNI et d'organisations communautaires ou régionales rappellent que le budget annuel de 1,5 million de dollars du volet 2 est réparti entre sept régions, ce qui donne aux collectivités et aux groupes régionaux un assez petit budget de formation.

Résultat, il n'est pas satisfait à un nombre croissant de besoins dans les collectivités. Des informateurs clés membres d'organisations communautaires ou régionales expliquent que pour mieux utiliser les fonds limités, certains groupes régionaux ont décidé d'utiliser le volet 2 en appui à un seul type de formation, mettant ainsi de côté d'autres priorités. Par exemple, l'informateur clé d'une collectivité souligne qu'on ne soutient plus dans sa région un programme de formation des représentants en santé communautaire financé par l'IRHSA, alors qu'il est toujours jugé nécessaire.

De plus, des informateurs clés membres d'organisations communautaires ou régionales mentionnent différents besoins auxquels on n'a pas pu répondre à cause des critères d'admissibilité du volet 2 qui ciblent les travailleurs et les travailleurs communautaires non réglementés dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Parmi les besoins de formation auxquels il n'est pas répondu, les informateurs clés mentionnent les suivants :

- compétences fondamentales en informatique et en administration de bureau;
- rattrapage scolaire pour les membres de collectivités inuites et des Premières Nations;
- formation continue pour tout le personnel de base, comme les infirmières, les infirmières auxiliaires autorisées ou les travailleurs sociaux;
- développement des compétences culturelles, développement de techniques traditionnelles de guérison et perfectionnement de compétences non techniques (p. ex. estime de soi et promotion du travail d'équipe); et
- encadrement continu du personnel sur les modes d'apprentissage des Inuits et des Premières Nations et pour favoriser l'évolution de carrière vers des postes de direction, p. ex. pour les infirmières.

Certains informateurs clés communautaires soulignent aussi un manque de clarté quant à la façon d'interpréter les directives du programme. Il a pu en résulter un refus de certains projets de formation qui étaient peut-être admissibles en fait. D'après les informateurs clés, la DGSPNI a consulté les collectivités et les organisations inuites et des Premières Nations afin de mettre à jour les directives du volet 2 en 2016. Le but était de les simplifier et de mieux les adapter aux besoins communautaires, surtout dans les collectivités inuites et du Nord. Cependant, comme le font remarquer des informateurs clés dans certaines régions, on ne sait toujours pas vraiment comment les interpréter.

Enfin, un manque de connaissance du financement de l'IRHSA parmi les gestionnaires de santé est un autre défi repéré dans l'évaluation. D'après une enquête menée auprès des gestionnaires de santé aux fins de l'évaluation récente du Programme des soins cliniques et aux clients, la moitié seulement environ avait connaissance de l'existence de l'IRHSA et très peu avaient utilisé le programme.

## 4. Efficacité

### 4.1 Budget et dépenses de programme

**Les dépenses de l'IRHSA ont baissé, passant d'environ 13,6 millions de dollars en 2013-2014 à 5,8 millions en 2017-2018. Les dépenses réelles du financement de contribution des volets 1 et 2 avoisinaient les 3,5 millions et 1,5 million, respectivement, les deux dernières années de la période d'évaluation.**

Comme le montre le tableau 6, les dépenses de l'IRHSA ont baissé sur la période d'évaluation et des dépenses prévues ont été réaffectées à d'autres priorités de programme au sein de la DGSPNI. Les dépenses de programme, qui restent relativement constantes depuis 2015-2016, se situent entre 5,7 et 5,8 millions de dollars par an.

**Tableau 6. Dépenses par élément du programme des ressources humaines en santé (RHS), de 2013-2014 à 2016-2017**

| Type de dépenses  | Planification    | Dépenses (\$) <sup>a</sup> | Variance (\$) <sup>b</sup> | % du budget dépensé |
|---|------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|
| <b>2013-2014</b>  |                  |                            |                            |                     |
| Salaires  | S.O.             | 740 815                    | S.O.                       | S.O.                |
| Fonctionnement et entretien   | S.O.             | 54 151                     | S.O.                       | S.O.                |
| Contributions   |                  |                            |                            |                     |
| Augmentation du nombre de travailleurs de la santé (volet 1 de l'IRHSA) | S.O.             | 2 846 692                  | S.O.                       | S.O.                |
| Formation (volet 2 de l'IRHSA)  | S.O.             | 2 916 834                  | S.O.                       | S.O.                |
| Carrières en santé  | S.O.             | 5 039 052                  | S.O.                       | S.O.                |
| RHS - Élaboration de politiques et de programmes                        | S.O.             | 1 986 489                  | S.O.                       | S.O.                |
| Total des contributions   | S.O.             | 12 789 067                 | S.O.                       | S.O.                |
| <b>Total</b>  | <b>S.O.</b>      | <b>13 584 033</b>          | <b>S.O.</b>                | <b>S.O.</b>         |
| <b>2014-2015</b>  |                  |                            |                            |                     |
| Salaires  | 1 086 081        | 1 217 927                  | 131 846                    | 112 %               |
| Fonctionnement et entretien   | 140 738          | 160 328                    | 19 590                     | 114 %               |
| Contributions   |                  |                            |                            |                     |
| Augmentation du nombre de travailleurs de la santé (volet 1 de l'IRHSA) | S.O.             | 1 200 200                  | S.O.                       | S.O.                |
| Formation (volet 2 de l'IRHSA)  | S.O.             | 1 002 965                  | S.O.                       | S.O.                |
| Carrières en santé  | S.O.             | 3 635 587                  | S.O.                       | S.O.                |
| IRHSA - Élaboration de politiques et de programmes                      | S.O.             | 200 000                    | S.O.                       | S.O.                |
| Total des contributions   | 8 319 405        | 6 038 752                  | (2 280 653)                | 73 %                |
| <b>Total</b>  | <b>9 546 224</b> | <b>7 417 007</b>           | <b>(2 129 217)</b>         | <b>78 %</b>         |
| <b>2015-2016</b>  |                  |                            |                            |                     |
| Salaires  | <b>1 014 754</b> | 869 138                    | (145 616)                  | 86 %                |
| Fonctionnement et entretien   | 677 637          | 181 280                    | (496 357)                  | 27 %                |
| Contributions   |                  |                            |                            |                     |
| Augmentation du nombre de travailleurs de la santé (volet 1 de l'IRHSA) | S.O.             | 635 000                    | S.O.                       | S.O.                |
| Formation (volet 2 de l'IRHSA)  | S.O.             | 769 074                    | S.O.                       | S.O.                |
| Carrières en santé  | S.O.             | 3 299 416                  | S.O.                       | S.O.                |
| IRHSA - Élaboration de politiques et de programmes                      | S.O.             | 0                          | S.O.                       | S.O.                |
| Total des contributions   | 3 421 760        | 4 703 490                  | 1 281 730                  | 137 %               |
| <b>Total</b>  | <b>5 114 151</b> | <b>5 753 908</b>           | <b>639 757</b>             | <b>113 %</b>        |
| <b>2016-2017</b>  |                  |                            |                            |                     |
| Salaires  | 1 030 306        | 663 165                    | (367 141)                  | 64 %                |
| Fonctionnement et entretien   | 673 796          | 146 614                    | (527 182)                  | 22 %                |
| Contributions   |                  |                            |                            |                     |
| Augmentation du nombre de travailleurs de la santé (volet 1 de l'IRHSA) | S.O.             | 3 383 900                  | S.O.                       | S.O.                |
| Formation (volet 2 de l'IRHSA)  | S.O.             | 1 458 051                  | S.O.                       | S.O.                |
| Carrières en santé  | S.O.             | 0                          | S.O.                       | S.O.                |
| IRHSA - Élaboration de politiques et de programmes                      | S.O.             | 0                          | S.O.                       | S.O.                |
| Total des contributions   | 8 108 006        | 4 841 951                  | (3 266 055)                | 60 %                |
| <b>Total</b>  | <b>9 812 108</b> | <b>5 651 730</b>           | <b>(4 160 378)</b>         | <b>58 %</b>         |
| <b>2017-2018</b>  |                  |                            |                            |                     |
| Salaires  | 1 046 425        | 676 541                    | (369 884)                  | 65 %                |
| Fonctionnement et entretien   | 681 810          | 132 691                    | (549 119)                  | 19 %                |
| Contributions   |                  |                            |                            |                     |
| Augmentation du nombre de travailleurs de la santé (volet 1 de l'IRHSA) | S.O.             | 3 554 393                  | S.O.                       | S.O.                |
| Formation (volet 2 de l'IRHSA)  | S.O.             | 1 437 493                  | S.O.                       | S.O.                |
| Carrières en santé  | S.O.             | 0                          | S.O.                       | S.O.                |



| Type de dépenses                                   | Planification     | Dépenses (\$) <sup>a</sup> | Variance (\$) <sup>b</sup> | % du budget dépensé |
|--|-------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|
| IRHSA - Élaboration de politiques et de programmes | S.O.              | 0                          | S.O.                       | S.O.                |
| Total des contributions                            | 8 306 418         | 4 991 886                  | (3 314 532)                | 60 %                |
| Total  | <b>10 034 653</b> | <b>5 801 118</b>           | <b>(4 233 535)</b>         | <b>58 %</b>         |

Remarque : Les chiffres prévisionnels n'étaient pas disponibles pour 2013-2014.

Source : Données financières fournies par l'agent financier principal de la direction générale, DGSPNI.

<sup>a</sup> Les dépenses de programme comprennent les accords de contribution, le fonctionnement et l'entretien, ainsi que les salaires nécessaires à l'exécution d'un programme, y compris les dépenses de contrôle de gestion.

<sup>b</sup> La variance au tableau ci-dessus correspond aux dépenses réelles moins les dépenses prévues. Elle peut être due à la réaffectation d'une partie des ressources prévues dans le cadre du programme des ressources humaines en santé à d'autres programmes de Santé des Premières Nations et des Inuits (SPNI) afin de tenir compte des priorités et des besoins généraux de SPNI.

## 4.2 Efficacité de l'exécution de l'IRHSA

### 4.2.1 Recours à la prestation du volet 1 par un tiers

**Environ 80 % des contributions versées à Indspire ont été redistribuées sous forme de bourses d'études. Indspire menant activement des activités d'information et faisant la promotion des études, la prestation du volet 1 par cette organisation permet de tirer parti de ressources, ce qui peut contribuer à la réalisation de l'objectif de l'IRHSA.**

Les données du programme de 2015-2016 montrent que 80 % des contributions versées à Indspire ont été redistribuées directement aux étudiants sous forme de bourses d'études. On ne connaît pas les montants réels en ce qui concerne les 20 % de dépenses restants, mais les documents budgétaires précisent que les fonds ont été utilisés pour l'information et le marketing (environ un pour cent); le contrôle et le suivi (environ un pour cent) et le reste pour les frais de personnel et d'administration (environ 18 %).

En comparaison, une évaluation de 2016 du Programme de bourses d'études supérieures du Canada des Instituts de recherche en santé du Canada révèle des frais généraux moyens de 1,8 %, mais le rapport souligne qu'il s'agit d'une sous-estimation, car les frais d'administration des bourses supportés par les universités ne sont pas inclus, pas plus que d'autres coûts similaires<sup>30</sup>. Par ailleurs, le rapport annuel de 2007 de la Fondation canadienne des bourses d'études du millénaire montre que les frais administratifs représentent sept pour cent du total des bourses distribuées<sup>31</sup>.

Il est à noter qu'Indspire mène des activités d'information et de marketing au-delà des activités financées dans le cadre du volet 1 de l'IRHSA, ce qui peut contribuer à la réalisation de l'objectif de l'IRHSA, à savoir augmenter le nombre d'Autochtones faisant carrière dans le secteur de la santé. Ainsi, l'exécution du programme par l'intermédiaire d'Indspire permet de tirer parti de ressources, ce qui peut servir l'objectif de l'IRHSA. Comme il est mentionné dans ce rapport, Indspire mène des programmes d'information afin d'aider les élèves du primaire et du secondaire à penser à de futures études et il organise un gala annuel de remise de prix qui est l'occasion de saluer publiquement les réalisations importantes d'Autochtones de tout le Canada.

<sup>30</sup> Instituts de recherche en santé du Canada. Évaluation du Programme de bourses d'études supérieures du Canada, 2008-2013, section 4.2 Économie et efficacité, 2016, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/50081.html#4.2>

<sup>31</sup> Fondation canadienne des bourses d'études du millénaire. Perspectives : rapport annuel 2007, État des produits et des charges, p. 44, 2007, <http://www.capres.ca/wp-content/uploads/2015/01/2007.pdf>

L'IRHSA a participé au financement des galas de remise des prix d'Inspire en 2015-2016 et 2016-2017.

#### 4.2.2 Coordination de programme du volet 2

**Des pratiques ont été mises en place dans les régions de la DGSPNI afin de coordonner les décisions relatives à l'affectation des fonds du volet 2 avec les organisations inuites et des Premières Nations ou avec les provinces et territoires. Cependant, on pourrait en faire plus pour coordonner la planification du financement de l'IRHSA de manière à mieux répondre aux besoins en ressources humaines des collectivités.**

Dans la plupart des régions, on observe une coordination entre les intervenants en ce qui concerne les décisions de financement du volet 2 de l'IRHSA. Par exemple, dans certaines régions, la DGSPNI et les représentants des gouvernements provinciaux ont participé aux décisions de financement. Dans la région du Nord, comme l'expliquent certains informateurs clés, la DGSPNI a organisé des discussions de planification trilatérales avec les organisations inuites et le gouvernement du Nunavut (dans le contexte de l'entente sur le mieux-être dans le Nord) afin de définir ensemble les priorités en ce qui concerne l'utilisation de programmes de financement tels que l'IRHSA.

En Alberta, au Manitoba et dans la région de l'Atlantique, le financement annuel du volet 2 a été accordé dans le cadre d'un seul accord de contribution afin de réduire le fardeau administratif.

Malgré une certaine coordination dans les régions, quelques informateurs clés internes et externes soulignent un manque de planification coordonnée de l'utilisation des fonds de l'IRHSA pour répondre aux besoins des collectivités en matière de ressources humaines en santé et pour assurer une plus grande synergie avec d'autres programmes de la DGSPNI.

## 5. Conclusions et recommandations

### 5.1 Conclusions

#### 5.1.1 Pertinence

Des programmes restent nécessaires pour augmenter le nombre de travailleurs autochtones, éliminer les obstacles financiers à l'accès aux études en santé et renforcer les capacités des agents de santé communautaires inuits et des Premières Nations. L'objectif de l'IRHSA concorde aussi avec les priorités autochtones pour ce qui est d'accroître la capacité des collectivités de gérer et de contrôler leurs services de santé, d'augmenter le nombre des Autochtones travaillant dans le secteur de la santé et de renforcer les capacités des travailleurs de la santé dans les collectivités autochtones. Le gouvernement du Canada n'a cessé de réitérer des priorités semblables au cours des dernières années.

Il existe de nombreux exemples d'autres programmes qui apportent une aide financière aux étudiants autochtones ou qui offrent une formation aux travailleurs inuits et des Premières Nations. Cependant, rien n'indique clairement qu'il y ait double emploi, car ces autres programmes visent des groupes très précis ou certaines régions géographiques.

### 5.1.2 Atteinte des résultats

Sur la période d'évaluation, les 3 016 bourses d'études attribuées dans le cadre du volet 1 de l'IRHSA ont contribué à aider chaque année quelque 765 étudiants autochtones à suivre des études postsecondaires en santé et ceux-ci estiment que ces bourses, qui couvraient environ 17 % de leurs besoins financiers, les ont aidés à poursuivre leurs études. De manière générale, la majorité des étudiants qui ont bénéficié d'une aide du volet 1 de l'IRHSA travaillaient dans un domaine lié à leurs études et servaient la population autochtone dans le cadre de leur emploi.

Quelques difficultés ont été relevées par rapport à la conception et à l'exécution du volet 1. En particulier, le processus de demande d'aide financière est considéré comme difficile à remplir, surtout pour le niveau de financement fourni. Par ailleurs, le manque de connaissances préalables nécessaires constitue un des plus gros obstacles que doivent surmonter les Autochtones dans l'accès aux études en santé. Pour les informateurs clés, il faut en faire plus pour aider les étudiants potentiels à acquérir les compétences voulues pour s'inscrire à des programmes postsecondaires en santé. À cet égard, les constatations de l'évaluation donnent à penser que le volet 1 de l'ARHSA vise plus à aider les étudiants à mener à terme leurs études en santé qu'à augmenter le nombre d'étudiants inscrits à des études en santé.

Les fonds du volet 2 de l'IRHSA financent la formation de travailleurs communautaires dans différents domaines et les informateurs clés considèrent qu'ils contribuent à améliorer les qualifications des travailleurs de la santé dans les collectivités et, partant, les services de santé. L'évaluation a trouvé des exemples convaincants de la contribution de l'IRHSA au renforcement de la capacité des collectivités des Premières Nations d'influencer et de contrôler leurs services de santé. Plus particulièrement, l'IRHSA a aidé à financer la création de l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations et la mise en place de son programme de certification des gestionnaires de santé, dont on considère qu'il améliore la capacité de gestion au sein des collectivités. Les difficultés liées à la conception et à l'exécution du volet 2 tiennent au montant limité qui lui est affecté par rapport aux besoins existants, aux critères d'admissibilité, qui ne permettent pas aux collectivités d'obtenir une aide pour des formations qui pourraient contribuer à renforcer les capacités de leurs travailleurs de la santé.

### 5.1.3 Efficacité

Environ 80 % des contributions versées à Indspire ont été redistribuées sous forme de bourses d'études. En comparaison avec d'autres programmes d'aide financière aux étudiants, les frais généraux d'Indspire sont élevés. Cependant, si l'on tient compte du fait qu'Indspire mène activement des activités d'information et de promotion des études, les activités d'exécution du volet 1 par l'intermédiaire de cet organisme permettent de tirer parti de ressources, ce qui peut contribuer à la réalisation des objectifs de l'IRHSA.

Des pratiques ont été mises en place dans les régions de la DGSPNI afin de coordonner les décisions relatives à l'affectation des fonds du volet 2 avec les organisations inuites et des Premières Nations ou avec les provinces et territoires. Cependant, on pourrait en faire plus pour garantir que les décisions relatives à l'affectation des fonds contribuent à répondre aux besoins des collectivités en matière de ressources en santé.

## 5.2 Recommandations

Les conclusions de cette évaluation amènent à formuler les deux recommandations suivantes :

### **Recommandation 1**

Services aux Autochtones Canada devrait travailler en collaboration avec Indspire pour rendre les études postsecondaires plus accessibles dans le domaine de la santé :

- A. En simplifiant le processus de demande pour le rendre plus facile;
- B. En créant des soutiens pour aider les étudiants à suivre avec succès les cours préalables; et
- C. En renforçant les activités d'information existantes pour faire davantage la promotion des carrières dans le secteur de la santé dans l'ensemble des collectivités.

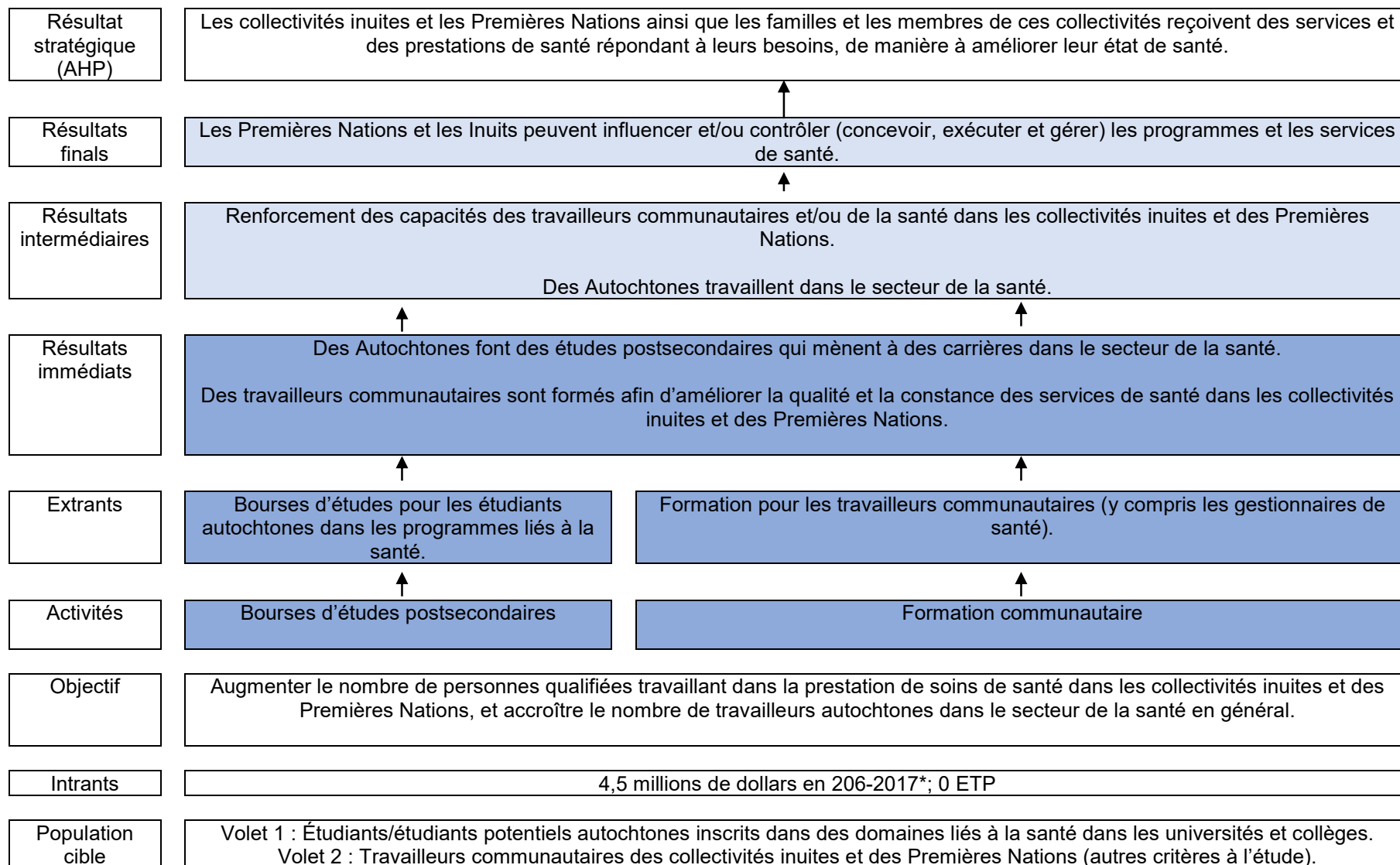
### **Recommandation 2**

Services aux Autochtones Canada devrait veiller à ce que les activités de formation répondent aux besoins des collectivités :

- A. En communiquant avec les collectivités afin de déterminer la meilleure façon d'utiliser les fonds du volet 2; et
- B. En coordonnant davantage les activités de formation de l'IRHSA avec d'autres initiatives semblables de SAC.

## Annexe A : Modèle logique

### Modèle logique pour l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone



\*Soumission au Conseil du Trésor pour le *renouvellement des programmes de santé en amont pour les Autochtones*.

Légende – relations d'attribution:

|                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| Influence directe | Contribution au changement |
|-------------------|----------------------------|