



Évaluation du Programme des établissements de santé des Premières Nations de Santé Canada De 2010-2011 à 2014-2015

Préparé par
le Bureau de la vérification et de l'évaluation
Santé Canada et Agence de la santé publique du
Canada

Version traduite : En cas de divergence entre le présent texte et le text anglais, la
version anglaise a préséance

Mars 2017



Table des matières

Sommaire	i
Réponse et plan d'action de la direction	vii
1.0 Objet de l'évaluation	1
2.0 Description du programme	1
2.1 Contexte du programme	1
2.2 Profil du programme.....	2
2.3 Modèle logique et détails du programme	8
2.4 Architecture d'alignement du programme et ressources	9
3.0 Description de l'évaluation	11
3.1 Portée de l'évaluation, approche et conception.....	11
3.2 Contraintes et stratégies d'atténuation.....	12
4.0 Pertinence : Question n° 1 : Besoin de maintenir le Programme	14
5.0 Pertinence : Question n° 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement	19
6.0 Pertinence : Question n° 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	19
7.0 Rendement : Question n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité) . 20	
7.1 Résultats à court terme	20
7.2 Résultats à moyen terme	29
7.3 Résultat à long terme	31
8.0 Rendement : Question n° 5 : Démonstration d'économie et d'efficacité	32
9.0 Conclusions	41
9.1 Conclusions relatives à la pertinence.....	41
9.2 Conclusions relatives au rendement	43
10.0 Recommandations	45
Annexe 1 – Modèle logique	47
Annexe 2 – Comparaison des programmes d'immobilisations	48
Annexe 3 – Résumé des constatations	49

Liste des tableaux

Tableau 1 : Portefeuille des bâtiments financés par le Programme des établissements de santé selon leur désignation et leur emplacement.....	6
Tableau 2 : Dépenses du programme par type – Toutes les sources de financement (en millions de dollars).....	10
Tableau 3 : Contraintes, répercussions et stratégies d'atténuation	13
Tableau 4 : Dépenses du programme par type – Toutes les sources de financement (en millions de dollars).....	16
Tableau 5 : Projets d'immobilisation non financés pour l'exercice 2014-2015 (en millions de dollars)	16
Tableau 6 : Nombre de collectivités ayant signé une entente de contribution en matière de F et E, par type d'entente, au 1 ^{er} avril de chaque exercice	23
Tableau 7 : Problèmes critiques relatifs à la propriété selon la première cause	26
Tableau 8 : Dépenses du Programme des établissements de santé par région, 2010-2011 à 2014-2015, à l'exclusion de la région du Pacifique	34

Liste des sigles

AANC	Affaires autochtones et du Nord Canada
AAP	Architecture d'alignement des programmes
APN	Assemblée des Premières Nations
BVG	Bureau du vérificateur général
C.-B.	Colombie-Britannique
CEPI	Comité d'examen des programmes d'immobilisations
CERI	Comités d'examen et de répartition des immobilisations
CVR	Commission de vérité et de réconciliation du Canada
DCII	Division de la capacité, de l'infrastructure et de l'imputabilité
DGSG	Direction générale des services de gestion
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
EC	Entente de contribution
EMR	Évaluation de la menace et des risques
ERS	Enquête régionale sur la santé
F et E	Fonctionnement et entretien
FPT	Fédéral-provincial-territorial
FRISS	Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure de la santé
HIS	Indian Health Service (É.-U.)
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
MSSLDO	Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario
PAPAR	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves
PES	Programme des établissements de santé
PIE	Programme d'immobilisations et d'entretien
PILT	Plan d'immobilisations à long terme
PILT _n	Plan d'immobilisations à long terme national
PILT _r	Plan d'immobilisations à long terme régional
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones
PT	Provinces et territoires
RIEE	Rapport d'inspection sur l'état de l'établissement
RLISS	Réseaux locaux d'intégration des services de santé
RSPN	Régie de la santé des Premières Nations
VIE	Vérification intégrée des établissements

Sommaire

Les travaux avaient pour but d'évaluer la pertinence et le rendement du Programme des établissements de santé (PES) de Santé Canada pour la période s'échelonnant de 2010-2011 à 2014-2015.

L'évaluation était nécessaire pour respecter les exigences du paragraphe 42(1) de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP), laquelle exige que chaque ministère procède à un examen quinquennal de chacun des programmes de subventions ou de contributions en cours pour en évaluer l'utilité et l'efficacité.

Le PES est un programme bien établi et administré par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. Le PES administre des ententes de contribution et des dépenses ministérielles directes afin d'offrir aux communautés des Premières Nations et aux fournisseurs de soins de santé les établissements nécessaires pour assurer la prestation de programmes et de services de santé de façon sécuritaire et efficace. Ce programme a des répercussions directes sur les conditions de travail du personnel de Santé Canada, qui participe à la prestation des programmes et des services de santé aux communautés des Premières Nations. La DGSPNI de Santé Canada ne possède pas d'immobilisations (établissements de santé) financées par le PES, et n'y a aucun intérêt légal.

Le PES fournit des fonds pour réaliser de grands et de petits projets de construction d'immobilisations. Les grands projets d'immobilisations sont ceux qui permettent d'élargir l'empreinte d'un immeuble existant, ou de créer un immeuble nouveau ou de remplacement. Les petits projets d'immobilisations sont ceux qui n'ont pas les caractéristiques des grands projets; ils peuvent inclure des projets de mise à jour de systèmes défectueux ou étant à la fin de leur cycle de vie, comme le remplacement de toits, de fenêtres ou de portes. En outre, Santé Canada fournit des fonds de fonctionnement et entretien (F et E) des établissements de santé. Les dépenses du programme pour les cinq exercices dont traite l'évaluation se sont chiffrées à environ 451 millions de dollars (2010-2011 à 2014-2015).

Le PES a un portefeuille de 739 immeubles, dont 426 établissements de santé (notamment des centres de santé, des infirmeries, des postes sanitaires, des postes de soins infirmiers), 213 résidences, 96 immeubles d'exploitation (notamment des garages, des immeubles d'entreposage, des entrepôts, des bureaux) et 4 complexes hospitaliers.

Constatations et conclusions relatives à la pertinence du programme

Il est important que le gouvernement fédéral poursuive les activités à l'appui de l'entretien, de la construction, de l'acquisition, de la location, de l'agrandissement ou de la rénovation d'établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations. Ce besoin résulte de la disparité importante qui persiste entre l'état de santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et celui de la population non

autochtone du Canada. Pour aider à éliminer cette disparité, il est essentiel de mettre en place des établissements de santé sécuritaires qui peuvent contribuer à la capacité des collectivités des Premières Nations d'offrir des programmes et des services de santé, un besoin qui a été souligné dans les *appels à l'action* lancés récemment par la Commission de vérité et de réconciliation (CVR).

Le concept général du PES répond aux besoins des clients; toutefois, la mesure dans laquelle ce programme pourrait y répondre a été réduite considérablement au cours de la période visée par l'évaluation à cause des fonds limités étant accessibles pour donner suite aux demandes de F et E et d'immobilisations liées aux établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations. L'écart réel entre la demande de financement en immobilisations et le financement du programme au cours de la période visée par l'évaluation était important. Pour aider à combler cet écart, le Budget 2016 prévoyait des engagements supplémentaires en vue d'améliorer les établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations. À ce manque de financement s'ajoutent plusieurs éléments qui ont empêché le PES de combler adéquatement les lacunes au cours de la période visée par l'évaluation, notamment le nombre accru et la portée des programmes offerts par la DGSPNI dans les établissements existants; les demandes changeantes et les normes relatives aux programmes et aux établissements de santé; la croissance et les changements démographiques; et les coûts accrus liés aux nouvelles technologies, à la construction et aux services publics.

Les objectifs et les activités du PES correspondent aux priorités du gouvernement fédéral et à celles de Santé Canada. Au cours de la période visée par l'évaluation, le Programme est demeuré aligné sur les priorités énoncées dans les discours du Trône et, en particulier, la promesse, faite en 2015, de combler les écarts entre les collectivités autochtones et non autochtones en ce qui a trait aux résultats en matière de santé.

L'évaluation précédente avait indiqué que le PES correspondait aux rôles et responsabilités fédéraux. Ces rôles et responsabilités n'ont pas changé substantiellement au cours de la période visée par l'évaluation actuelle. Le PES s'harmonise avec les rôles et responsabilités établis dans diverses politiques et textes faisant autorité. Il n'y a pas de preuve de chevauchement avec d'autres programmes fédéraux, provinciaux ou territoriaux.

Constatations et conclusions relatives au rendement du programme

Des progrès ont été notés dans la mise à jour de diverses lignes directrices et politiques durant la période visée par l'évaluation, bien qu'il y ait eu des retards de diffusion et de mise en œuvre. Ces politiques et ces manuels internes sont généralement perçus par les représentants du programme comme étant d'actualité et utiles. Cependant, des suggestions précises d'amélioration ont été formulées.

Le PES a permis de faire mieux connaître et de rendre plus facilement accessibles les outils et la formation aux bénéficiaires des Premières Nations, surtout en adaptant les ressources de programme aux besoins des différentes collectivités. L'adaptation des ressources aux besoins de chaque collectivité est jugée essentielle par les intervenants auprès de ces collectivités. Les représentants de Santé Canada font toutefois observer que les petites collectivités éloignées ont tendance à se heurter à des problèmes de taille lorsqu'il s'agit d'accroître leur capacité et que, de ce fait, moins de progrès ont été réalisés dans celles-ci.

Il subsiste des difficultés en ce qui concerne l'état général et la fonctionnalité des établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations, surtout compte tenu de l'augmentation des coûts d'entretien et de construction, des problèmes de capacité dans ces dernières, et de l'évolution du type et du nombre de programmes et de services de santé offerts dans les collectivités.

- La façon de mener chaque type de vérification et d'inspection varie énormément d'une région à l'autre. Il est donc difficile de comparer et d'appliquer les constatations et les recommandations à des types précis de vérification et d'inspection. L'examen des rapports de vérification et d'inspection dans les régions n'a révélé aucune structure, aucun critère ou aucun domaine d'intérêt commun, sauf dans le cas des vérifications intégrées des établissements (VIE), pour lesquelles il existe des critères normalisés.
- Le quart des établissements de santé n'ont fait l'objet d'aucune vérification ou inspection au cours de la période quinquennale visée par l'évaluation. La moitié des établissements (51 %) ont été inspectés plus d'une fois. Pour la majeure partie de la période visée par l'évaluation, la politique était d'inspecter les établissements tous les cinq ans. En 2014-2015, le PES a élaboré une politique de vérification ou d'inspection triennales.
- Des 83 rapports de vérification ou d'inspection examinés de 2010-2011 à 2014-2015, 27 (33 %) d'entre eux faisaient mention d'un problème de priorité 1 et 71 (86 %), d'un problème de priorité 2. En outre, des quelque 1 900 constatations ressorties de ces vérifications et inspections, environ 30 % concernaient des problèmes critiques (6 % de priorité 1 et 24 % de priorité 2). Les problèmes de priorité 1 posent un risque important et nécessitent une intervention immédiate. Les problèmes de priorité 2 soulèvent de grandes préoccupations et nécessitent une intervention rapide. Parmi les exemples de recommandations de priorités 1 et 2 figurent l'absence de détecteurs de monoxyde de carbone ou de plans pour les événements environnementaux d'urgence, les réparations nécessaires à la toiture, les problèmes sanitaires, le remplacement des panneaux d'aération des soffites, la présence de fissures au niveau des fondations, ainsi que les problèmes relatifs aux structures mobiles, aux portes coupe-feu, à la définition de l'espace (espace confiné) et aux systèmes septiques.

- Selon les vérifications, les examens documentaires, les études de cas et les entrevues, il y a de nombreuses préoccupations en ce qui concerne les activités F et E de beaucoup d'établissements. Cette situation est probablement attribuable aux problèmes de capacité qu'éprouvent certaines collectivités, lesquels sont conjugués au financement limité et au vieillissement des établissements soumis à des conditions relativement dures.

L'accent a été mis sur les investissements en immobilisations dans la planification et l'établissement des priorités du processus de participation au plan d'investissement à long terme au cours de la période visée, quoique le nombre et la portée aient été restreints compte tenu du financement limité. La participation accrue dans ce processus à l'échelle nationale, combinée à une vaste participation des régions, aurait contribué au succès.

Les systèmes d'information du PES posent des problèmes de taille, de sorte qu'il est difficile, dans le cadre du programme, d'obtenir des renseignements exacts et à jour qui permettraient d'orienter les plans d'affectation du financement et de rendre compte des résultats du programme. Ce sont des enjeux de longue date qui avaient été soulevés lors de l'évaluation précédente du PES. Compte tenu de ces difficultés, les régions ont mis au point divers outils et systèmes pour être en mesure de répondre à leurs besoins immédiats d'information et en vue d'assurer la gestion et l'exécution du programme à l'échelle régionale. La DGSPNI et la Direction générale des services de gestion (DGSG) en sont actuellement à établir les solutions possibles aux problèmes de TI.

Il est difficile d'évaluer quantitativement les aspects de l'économie et de l'efficacité globale du PES dans son ensemble, étant donné les problèmes d'intégrité et d'accessibilité des données administratives et financières. Les indices qualitatifs portent à croire que le PES a fait preuve d'économie et d'efficacité grâce à la réalisation de l'objectif de 80 % découlant du cadre pour la modernisation des dépenses en immobilisations mineures, de l'intégration de la participation régionale à la planification contribuant à une hiérarchisation précise des investissements ainsi que de la collaboration entre le PES et d'autres ministères fédéraux, de même que certaines provinces, afin de gagner en efficacité, d'accommoder d'autres services de santé et de tirer parti de diverses initiatives. Les investissements faits à la fin de l'exercice dans le PES, difficiles à planifier et pas nécessairement affectés aux projets jugés les plus prioritaires pendant le processus de planification, ont été mis en évidence comme le secteur qui nuisait à l'utilisation efficace des ressources.

Les processus de conception et de mise en œuvre du PES sont un peu semblables à d'autres programmes d'immobilisations d'autres provinces. Quelques processus relevés dans d'autres programmes pourraient être examinés plus à fond par le PES pour déterminer s'ils sont pertinents et utiles pour améliorer l'économie et l'efficacité du programme et peut-être aussi son efficacité. Ils se situaient principalement dans les secteurs des dépenses en F et E, dans les systèmes de gestion de l'information et dans le renforcement de la capacité.

Recommandation 1

Santé Canada devrait s'assurer, en collaboration avec les collectivités des Premières Nations, que la politique de la DGSPNI sur la fréquence des vérifications et des inspections est appliquée comme prévu (actuellement chaque trois ans) et que les manquements aux exigences en matière de santé et de sécurité ou aux codes du bâtiment font l'objet d'un suivi systématique et d'un traitement prioritaire dans les plans d'investissement annuels, aux échelles régionale et nationale.

L'évaluation a permis de constater qu'une proportion importante d'établissements n'étaient pas régulièrement inspectés. Au cours de la période visée par l'évaluation, le Programme a assuré le suivi des problèmes prioritaires cernés dans les rapports de vérification intégrée des établissements (VIE), mais non ceux relevés dans d'autres types de vérification et d'inspection (c.-à-d. les évaluations de la menace et des risques [EMR] ou les rapports d'inspection sur l'état des établissements [RIEE]). L'étude des plans d'immobilisations à long terme régionaux (PILTr) et nationaux (PILTn) faite dans le cadre de l'évaluation n'a pas permis d'établir un lien direct entre les investissements prévus et la résolution des problèmes de haute priorité définis dans les vérifications et les inspections. À partir de 2015-2016, on a mis au point, dans le cadre du programme, un processus de suivi des recommandations émises dans les vérifications et inspections.

Recommandation 2

Santé Canada devrait remplacer son système actuel d'information de gestion du PES par un système qui peut fournir des analyses des activités, des extraits et des résultats à l'échelle des programmes et permettre d'établir des liens pertinents avec les données sur les dépenses.

On constate d'importants problèmes concernant les données administratives et financières accessibles au PES. De fait, il y a des écarts dans l'information administrative nécessaire à la gestion du portefeuille des établissements. Les principaux éléments de réflexion pour l'amélioration de ces systèmes seraient d'établir des mesures clés normalisées en matière de gestion des biens immobiliers (p. ex. l'âge effectif et l'indice de l'état des établissements) pour faciliter la gestion du programme et la prise de décisions, en particulier dans le contexte de l'évaluation du besoin, de la définition des risques et de la prévision des dépenses.

Recommandation 3

Santé Canada devrait assurer une plus grande uniformité entre les régions concernant un ensemble de normes de base pour la vérification et l'inspection des établissements, tout en continuant d'accorder aux régions la souplesse voulue.

Cette recommandation engloberait les normes concernant les critères d'inspection, la production de rapports et la saisie de données visant à donner suite aux recommandations. L'uniformité des normes de base utilisées par les régions permettrait au programme d'analyser les données à l'échelle nationale et, ainsi, de mieux comprendre la situation du programme dans son ensemble plutôt qu'à l'échelle régionale.

Réponse et plan d'action de la direction

Évaluation du Programme des établissements de santé de Santé Canada de 2010-2011 à 2014-2015

Recommandation	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Reddition de compte	Ressources
Recommandation telle qu'on la formule dans le rapport d'évaluation.	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation.	Établir les principaux livrables.	Indiquer le calendrier de mise en œuvre de chaque livrable.	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (DG et SMA) qui devront rendre compte de l'exécution de chaque livrable	Décrire les ressources humaines et financières requises pour mener à bien la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
Recommandation 1 Santé Canada devrait s'assurer, en collaboration avec les collectivités des Premières Nations, que la politique de la DGSPNI sur la fréquence des vérifications et des inspections est appliquée comme prévu	La direction approuve la recommandation.	Santé Canada fera le suivi et rendra compte de la fréquence des vérifications et des inspections prévues au Cadre de planification et de gestion des ententes de dépenses en immobilisations de la DGSPNI. Durant 2015-2016, Santé Canada a élaboré un processus méthodique de suivi de la mise en œuvre des recommandations émises lors des vérifications et des inspections qui visent à améliorer la saisie de données et la surveillance. Les résultats du suivi pour 2015-2016 et 2016-2017	1.1 Résultats des suivis de 2015-2016 et de 2016-2017; 1.2 Recommandations au sujet des immobilisations reflétées	Août 2017 31 mars 2018	DGSPNI, DCII, directeur et DGSPNI, cadres régionaux	Budget actuel

<p>(actuellement chaque trois ans) et que les manquements aux exigences en matière de santé et de sécurité ou aux codes du bâtiment font l'objet d'un suivi systématique et d'un traitement prioritaire en temps opportun dans les plans d'investissement annuels, aux échelles régionale et nationale.</p>		<p>seront présentés. Les recommandations concernant les immobilisations figureront dans le Plan d'immobilisations à long terme (PILT) à compter de l'exercice 2017-2018, en fonction du budget d'immobilisation accessible.</p>	<p>dans le PILT de 2018-2019.</p>			
<p>Recommandation 2</p> <p>Santé Canada devrait remplacer son système actuel d'information de gestion du PES par un système qui peut fournir des analyses des activités, des extraits et des résultats à l'échelle des programmes et permettre d'établir des liens pertinents avec les données sur les dépenses.</p>	<p>La direction approuve la recommandation.</p>	<p>La DGSPNI reconnaît qu'un système d'information de gestion des biens immobiliers entièrement fonctionnel est nécessaire; c'est pour cette raison qu'elle travaille pour en arriver à une solution, tout en reconnaissant la nécessité de s'en tenir à la liste des priorités de Santé Canada – Services partagés Canada (SPC) (en mars 2016, le projet occupait le 42^e rang des 59 projets figurant sur la liste des priorités). La DGSPNI continuera, au moyen du processus de planification des investissements du Ministère, à rechercher un système de remplacement approprié pour le système intégré de gestion des biens immobiliers (SIGBI) actuel. Les efforts seront axés sur l'élaboration d'options</p>	<p>Conformément à ce qui a été promis dans la réponse et du plan d'action de la direction (RPAD) à la vérification du PES (2017) :</p> <p>2.1 Élaborer une analyse de rentabilisation pour remplacer l'ancien SIGBI;</p> <p>2.2 Mettre en</p>	<p>Conformément à ce qui a été promis dans la RPAD à la vérification du PES (2017) :</p> <p>31 mars 2019</p> <p>31 juillet 2017</p>	<p>DGSPNI, DCII, directeur et DGSPNI, cadres régionaux</p>	<p>Budget actuel</p>

		<p>et d'une analyse de rentabilisation qui reflétera une portée des projets ayant évolué et englobant maintenant les différents types d'actifs des différents secteurs du programme [p. ex. Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves et Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones]. Il faudra cependant adopter une approche cohérente pour l'ensemble des régions et des différents programmes relativement à la production de rapports. Les besoins en financement des TI du gouvernement du Canada ont changé depuis le début du projet et, selon l'option choisie, cela aura des conséquences sur les étapes et le calendrier du projet.</p> <p>En attendant, la DGSPNI continuera à mettre en œuvre des mesures d'atténuation afin de s'assurer que les processus opérationnels puissent faire l'objet d'un suivi et que des renseignements pertinents sont recueillis. On élaborera une stratégie officielle pour examiner : 1) l'utilisation des composants appropriés du système actuel, dans la mesure du possible, y compris les applications suivantes : base de données principale de l'information sur les immeubles, système d'estimations de coût des établissements, et gestion d'actifs; et</p>	<p>place une stratégie d'atténuation du système de gestion de l'information sur les biens immobiliers</p>			
--	--	---	---	--	--	--

		<p>2) la mise en œuvre de processus et de modèles cohérents à l'échelle régionale en ce qui concerne : l'énoncé de projet, le PILT, et le suivi des vérifications et des inspections. Les solutions de rechange incluent principalement l'utilisation de feuilles de calcul Excel (p. ex. le PILT) et de modèles Word (p. ex. énoncé de projet).</p> <p>Nota : Même si aucun nouveau développement ne sera fait sur le SIGBI (la plateforme de développement n'est plus supportée), le système sera maintenu et restera actif jusqu'à ce qu'une solution de remplacement soit mise en œuvre. Il n'y a aucune préoccupation quant à la défaillance du système et à la perte de données.</p>				
<p>Recommandation 3</p> <p>Santé Canada devrait assurer une plus grande uniformité entre les régions concernant un ensemble de normes de base pour la vérification et l'inspection des établissements, tout en continuant d'accorder aux régions la souplesse voulue.</p>	<p>La direction approuve la recommandation.</p>	<p>Durant 2015-2016, Santé Canada a élaboré un processus méthodique de suivi des recommandations sur les vérifications et les inspections qui vise à améliorer la saisie de données et la surveillance.</p> <p>Santé Canada a la ferme intention d'améliorer la cohérence des inspections d'établissements des différentes régions, élaborera une norme de base en vue d'accroître la capacité de comparer les constatations et les recommandations et d'en faire la synthèse.</p>	<p>3.1 Un protocole d'inspection et un modèle de rapport pour les inspections principales de la DGSPNI.</p>	<p>octobre 2017</p>	<p>DGSPNI, DCII, directeur</p>	<p>Budget actuel</p>

1.0 Objet de l'évaluation

Les travaux avaient pour but d'évaluer la pertinence et le rendement du Programme des établissements de santé (PES) de Santé Canada pour la période s'échelonnant de 2010-2011 à 2014-2015.

L'évaluation était nécessaire pour respecter les exigences du paragraphe 42(1) de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP), lequel exige que chaque ministère procède à un examen quinquennal de chacun des programmes de subventions ou de contributions en cours pour en évaluer l'utilité et l'efficacité. D'après la *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du Trésor du Canada, un tel examen constitue une forme d'évaluation. L'évaluation a été menée dans le but de fournir à la haute direction de Santé Canada, aux organismes centraux, aux ministres, aux parlementaires et à la population canadienne une analyse neutre et crédible de la pertinence continue et du rendement (définis en termes d'efficacité, d'efficience et de rentabilité) du PES. Cette évaluation fournira tout particulièrement au sous-ministre de Santé Canada, ainsi qu'à la haute direction, des données fiables pour appuyer la prise de décisions liées aux réalisations du PES en ce qui concerne l'offre d'un soutien en capital à long terme aux établissements de santé des Premières Nations et aux terrains attenants, qui permet à ces dernières d'offrir divers programmes et services de santé.

2.0 Description du programme

2.1 Contexte du programme

Le PES est un programme bien établi et administré par l'entremise de la DGSPNI de Santé Canada. Le PES administre des ententes de contribution et des dépenses ministérielles directes afin d'offrir aux communautés des Premières Nations et aux fournisseurs de soins de santé les établissements nécessaires pour assurer la prestation de programmes et de services de santé de façon sécuritaire et efficace. Ce programme a une incidence directe sur les conditions de travail du personnel de Santé Canada qui participe directement à la prestation des programmes et des services de santé aux collectivités inuites et des Premières Nations.

Une évaluation du PES réalisée en 2012 comprenait les activités réalisées au cours des exercices 2005-2006 à 2009-2010. L'évaluation a révélé que le Programme était pertinent et avait progressé vers ses résultats escomptés à court et à moyen terme. L'évaluation a fourni trois recommandations concernant la disponibilité des données pour la prise de décisions, la hiérarchisation des projets et les processus de F et E. À l'exception de la recommandation qui concerne la restructuration ou le remplacement du système de gestion de l'information du PES (système intégré de gestion des biens immobiliers), toutes les mesures de gestion liées aux recommandations émises sont achevées.

2.2 Profil du programme

Le PES est conçu pour encourager la prestation de programmes et de services de santé au sein des infrastructures en offrant aux bénéficiaires admissibles des fonds destinés à la construction, à l'acquisition, à la location, à l'agrandissement ou à la rénovation des établissements de santé. Ces activités offrent aux Premières Nations et au personnel de la DGSPNI les locaux nécessaires pour fournir les services de soins de santé dans les collectivités des Premières Nations de façon efficace et sécuritaire. De plus, des mesures correctives et préventives ont été adoptées pour permettre aux Premières Nations d'améliorer les conditions de travail du personnel des établissements de santé, et de rester ou de devenir conforme au code du bâtiment, à la réglementation environnementale et aux normes en matière de santé et de sécurité au travail.

Le Ministère a diverses ententes de contribution qui servent de véhicules pour l'administration et la gestion des programmes et des services de santé des collectivités des Premières Nations. Ces ententes diffèrent en fonction du degré de prise en charge, de leur souplesse, de l'autorisation, des exigences en matière de rapports ainsi que de reddition de comptes, et se classent par modèle de financement. Les collectivités des Premières Nations peuvent choisir parmi différents modèles de financement, en fonction de leur admissibilité, de leurs intérêts, de leurs besoins et de leur capacité. Voici un aperçu des modèles de financement :

- **Modèle de financement préétabli** – La DGSPNI conçoit les programmes. Les bénéficiaires peuvent généralement réorienter les ressources au sein d'une même sous-sous-activité (avec l'approbation écrite de la ministre). Des rapports d'étape et de fin d'exercice sont exigés. La durée des ententes peut aller jusqu'à trois (3) ans.
- **Modèle de financement souple** – Les bénéficiaires doivent établir un plan de travail pluriannuel, notamment une structure de gestion de la santé. En général, les bénéficiaires peuvent réaffecter les fonds liés à une même autorisation de programme ainsi que reporter des fonds (avec l'approbation écrite de la ministre) en vue de réinvestir dans la même autorisation de programme au cours de l'exercice suivant. La soumission de rapports annuels, y compris des rapports de vérification de fin d'exercice, est obligatoire. La durée des ententes peut varier de deux (2) à cinq (5) ans.
- **Modèle de financement global** – Les bénéficiaires définissent leurs priorités en matière de santé, élaborent un plan de santé en conséquence et établissent leur structure de gestion de la santé. Les bénéficiaires peuvent, de manière générale, réaffecter les fonds entre toutes les autorisations et conserver les fonds excédentaires pour les réinvestir en fonction des priorités (qui figurent dans le plan de santé approuvé). Des rapports annuels et des rapports de vérification de fin d'exercice doivent être soumis, ainsi qu'un rapport d'évaluation tous les cinq (5) ans. La durée des ententes peut varier de cinq (5) à dix (10) ans.

La DGSPNI de Santé Canada ne possède pas d'immobilisations (établissements de santé) financées par le PES, et n'y a aucun intérêt légal. Lorsque les membres du personnel de Santé Canada est appelé à travailler dans des établissements de santé des Premières Nations pour offrir des programmes de santé à la demande du bénéficiaire des Premières Nations, ce dernier est tenu, comme condition préalable au financement, de permettre à Santé Canada d'utiliser gratuitement ces établissements ou de passer une entente en vue d'autoriser une telle utilisation gratuite au moyen d'un permis ou d'une désignation en vertu des paragraphes 28(2) et 38(2) de la *Loi sur les Indiens*.

Le PES fournit des fonds pour réaliser les grands et les petits projets de construction d'immobilisations. Les grands projets d'immobilisations sont ceux qui permettent d'élargir l'empreinte d'un immeuble existant, ou de créer un immeuble nouveau ou de remplacement. Les petits projets d'immobilisations sont ceux qui n'ont pas les caractéristiques des grands projets; ils peuvent inclure des projets de mise à jour de systèmes défectueux ou étant à la fin de leur cycle de vie, comme le remplacement de toits, de fenêtres ou de portes. L'importance relative n'est pas prise en considération dans la désignation des projets d'immobilisations comme étant grands ou petits.

En outre, Santé Canada fournit des fonds de F et E aux établissements de santé. Un financement limité et ponctuel visant à répondre à leurs besoins en matière de fonctionnement, d'entretien et d'immobilisations est également offert dans le cadre du Programme national d'alcoolisme et de toxicomanie chez les Autochtones (PNLAADA) et du PAPAN.

Les dépenses admissibles au titre des ententes sur les PES pourraient comprendre : (i) la construction, le remplacement, l'acquisition, la location, la rénovation, la réparation ou l'agrandissement des établissements de santé et des résidences ou bâtiments opérationnels connexes; (ii) l'équipement nécessaire à l'appui de la prestation des services de santé au sein de la collectivité bénéficiaire; et (iii) la résolution des problèmes environnementaux ou de santé et de sécurité au travail liés à l'établissement. Plus précisément, cela pourrait inclure les salaires, honoraires et débours professionnels et juridiques, les études de faisabilité, les sondages, les évaluations environnementales et la résolution des problèmes cernés, les frais d'architecture et d'ingénierie, les services de sécurité, les matériaux de construction, les fournitures, la location de matériel de construction, l'équipement de santé et tout autre équipement de soutien, de même que l'équipement connexe à la sécurité étant nécessaires pour mener à bien l'activité pour laquelle des fonds ont été déboursés, ou pour préserver l'état de l'infrastructure sanitaire de manière à appuyer efficacement la prestation de programmes de santé.

Trois types de vérification ou d'inspections sont effectués par le Programme :

- **Les vérifications intégrées des établissements (VIE)** sont coordonnées par le Bureau national et sont axées sur la vérification de l'état et du rendement de l'infrastructure et des bâtiments d'une installation, et sur la vérification du rendement des pratiques de F et E de l'installation. Une liste de critères de vérification représentatifs est présentée dans le modèle de rapport de VIE, qui comporte un aide-mémoire; toutefois, les recommandations peuvent être formulées en fonction d'autres exigences réglementaires, normes, codes de pratique, politiques et directives, qu'ils soient ou non définis comme des critères de vérification.
- **Les rapports d'inspection de l'état des installations (RIEI)** se concentrent sur l'évaluation de l'état de l'infrastructure d'une installation. Ils relèvent des bureaux régionaux et sont réalisés par des ressources internes ou par l'entremise de fournisseurs contractuels. Ils ne suivent pas un modèle de rapport normalisé, et les qualifications des personnes effectuant les inspections peuvent varier selon les régions en raison de différences dans les structures des organisations et les pratiques de dotation. Depuis l'exercice 2014-2015, les inspections de l'état des installations sont effectuées dans tous les établissements financés par le PES selon un cycle de trois ans.
- **Évaluation de la menace et des risques (EMR)¹**. Une EMR est une définition détaillée et méthodique des zones comportant des dangers potentiels en certaines circonstances qui est suivie par une analyse approfondie de possibilités de dangers, dont chacun est caractérisé par type, par niveau et par probabilité de survenue d'un événement. L'utilisation des EMR est définie par région, mais la plupart sont menées au Manitoba et en Saskatchewan. Les critères utilisés pour déterminer s'il faut entreprendre une EMR comprennent les directives du conseil de bande, de la Direction générale ou du Ministère, les préoccupations relatives à la gestion, les plaintes des employés ou du grand public, les événements liés à la sécurité et les plans relatifs à la conception ou à la rénovation des établissements de santé. Ces évaluations visent à fournir une certaine assurance quant au caractère adéquat des mesures de protection en place sur les lieux de travail non contrôlés par Santé Canada, mais dans lesquelles les employés fédéraux travaillent (c.-à-d. en fonction des conditions de travail du personnel).

Installations

À la lumière des résultats de 2015 fournis par le Programme (voir le tableau 1), le PES soutient un portefeuille de 739 immeubles, dont 426 servent à des fins sanitaires (comme les centres de santé, les postes sanitaires, les postes de soins infirmiers, les annexes dentaires et les centres voués au PNLAADA), 213 résidences, 96 immeubles d'exploitation (comme les garages, les immeubles d'entreposage, les entrepôts, les bureaux) et 4 complexes hospitaliers. ²³Il est important de mentionner que la taille du

portefeuille affecté au PES varie en fonction de la manière dont on compte les immeubles (p. ex. les annexes et les résidences), du calendrier, et des inclusions ou exclusions (p. ex. les hôpitaux, uniquement les immeubles situés sur une réserve et les immeubles d'exploitation comme les garages).

Les postes de soins infirmiers sont habituellement situés dans des zones éloignées ou isolées qui n'ont pas d'accès routier, à longueur d'année, à d'autres établissements de soins de santé. Les postes de santé se trouvent dans des régions éloignées ou isolées, lesquelles sont accessibles par la route ou par l'air, mais dont les conditions routières sont mauvaises. Les centres de santé sont habituellement situés dans des zones non isolées ou semi-isolées, où l'hôpital le plus proche est situé à moins de 350 km du centre de services. Les bureaux de santé sont généralement situés dans des zones non isolées ou semi-isolées lorsque d'autres services de santé sont accessibles dans les collectivités voisines.

La distribution générale des bâtiments par type et par région est présentée au Tableau 1. On ne retrouve pas tous les types d'immeubles dans l'ensemble des régions : par exemple, il n'y a de postes de soins infirmiers ni en Alberta ni dans la région de l'Atlantique, tandis qu'il n'y a pas de postes de santé au Québec, aucun bureau de santé au Manitoba, au Québec et en Saskatchewan, et il n'y a pas de résidences dans la région de l'Atlantique.

Les établissements de services de santé, les résidences et les installations du PNLAADA sont répartis dans 467 collectivités différentes, dont 145 sont en Ontario, 94, en Saskatchewan, 82, au Manitoba, 64, en Alberta, 44, au Québec et 38, dans la région de l'Atlantique⁴.

La distribution des locaux représentés par les 639 établissements de services de santé, les résidences et les installations du PNLAADA est répartie comme suit : le Manitoba, l'Ontario et la Saskatchewan représentent chacun environ 20 % de l'espace, suivis de près par l'Alberta, qui représente 17 % de l'espace. Viennent ensuite le Québec, 14 % et la région de l'Atlantique, 7 %.

Tableau 1 : Portefeuille des bâtiments financés par le Programme des établissements de santé selon leur désignation et leur emplacement.

Désignation de l'immeuble	Alberta	Région de l'Atlantique	Manitoba	Ontario	Québec	Saskatchewan	TOTAL
Poste de soins infirmiers	-	-	22	19	11	12	64
Centre de santé	43	26	10	38	16	68	201
Postes sanitaires	2	1	26	44	-	1	74
Bureau de santé	3	9	-	24	-	-	36
Résidences^a	25	-	56	46	30	56	213
Annexe dentaire^b	-	4	-	-	-	-	4
Installation du PNLAADA	16	7	3	7	5	9	47
Total partiel	89	47	117	178	62	146	639
							0
Complexes hospitaliers	-	-	2	2	-	-	4
Immeuble d'exploitation	22	-	38	15	7	14	96
TOTAL	111	47	157	195	69	160	739

Source : SIGBI – Données extraites le 12 janvier 2015.

^aLorsque les locaux affectés à la résidence sont attenants à l'immeuble des services de santé, ils sont compris dans la superficie du bâtiment. En conséquence, dans ce dénombrement, seules les résidences autonomes sont incluses.

^b Les quatre annexes dentaires indiquées sont attenantes aux écoles communautaires de la région de l'Atlantique. Ces annexes offrent un espace supplémentaire à l'établissement de santé principal de la collectivité et l'administration de ces locaux est jugée comme relevant des responsables de l'installation principale et, ainsi, elles ne sont pas toujours considérées comme des bâtiments séparés et isolés.

Structure de gouvernance et de mise en œuvre

Le PES est géré à l'échelle nationale par la Division de la capacité, de l'infrastructure et de l'imputabilité (DCII) de la DGSPNI. La DCII en définit les principaux objectifs, les orientations stratégiques et elle joue un rôle important dans l'affectation des fonds et la surveillance des dépenses. Elle en établit également les normes nationales, les politiques et les lignes directrices pour les partenaires communautaires et régionaux. La DCII agit également comme secrétariat du Comité d'examen du programme d'immobilisations (CEPI). L'élaboration du Plan d'immobilisations à long terme national (PILTn) relève de la DCII. Au cours de la période couverte par l'évaluation, ce processus a plutôt évolué d'une simple compilation des PILT régionaux (PILTr) vers un

engagement et une participation accrue des représentants nationaux en vue de jouer un rôle de remise en question dans l'évaluation des priorités à l'échelle nationale. La DCII est appuyée, dans les bureaux régionaux, par la Division des services de gestion (DGSG) de la Direction générale des services généraux (DGSG). La DGSG est responsable des systèmes de TI que détient la Direction des biens immobiliers et de la sécurité (DBIS); la DGSPNI, les systèmes de TI relevant de sa compétence.

Le CEPI appuie la mise en œuvre du PES et joue un rôle global de surveillance. Il est composé de représentants de chaque région, du Bureau des services infirmiers, de la Direction des programmes communautaires, de la Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, de la Direction générale des services financiers de la DGSPNI et de la DGSG.

Les comités d'examen et de répartition des immobilisations (CERI) sont des comités régionaux généralement composés d'un représentant du PES (président), d'un médecin du programme, d'un agent régional de soins infirmiers, d'un représentant de la gestion des ressources et des directeurs de zone (si pertinent). Le CERI est un organe de consultation qui émet des recommandations aux cadres régionaux concernant des questions comme les immobilisations annuelles prioritaires et le PILTr. Le processus de hiérarchisation et l'élaboration du PILTr sont effectués par le CERI à l'échelle régionale en fonction des critères transmis aux régions dans les lettres d'appel émises par le bureau national.

Les directeurs régionaux de la DGSPNI jouent un rôle actif dans la gestion et dans l'exécution du PES. Ils sont responsables de son exécution efficiente et efficace, de manière à appuyer les programmes de la DGSPNI. Les membres du personnel des régions et de zones du PES ainsi que ceux du personnel régional de la Division des biens immobiliers de la DGSG sont chargés de mettre en œuvre les ententes d'apport en capital, d'entreprendre des évaluations de risque des bénéficiaires, de fournir des conseils techniques aux bénéficiaires, de surveiller les projets d'immobilisations et de gérer les apports en capital.

Au cours de la période couverte par l'évaluation, la Politique sur le Cadre de modernisation du programme des immobilisations (2011) a été instaurée pour favoriser une gestion plus efficace, systématique et durable des biens d'immobilisations d'établissements de santé financés par Santé Canada dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits, en fonction des cibles et des normes industrielles. Cette politique-cadre a été approuvée lors de 2011-2012 avec un objectif de mise en œuvre de deux ans. Un des principes clés de la Politique est que 80 % des investissements en capital doivent être affectés à de petits projets d'immobilisations.

2.3 Modèle logique et détails du programme

Le résultat escompté à long terme pour le Programme est qu'il contribue à offrir des établissements de santé sécuritaires qui permettent aux collectivités des Premières Nations d'exécuter efficacement les programmes et les services de santé.

De nombreux extrants et résultats à court et à moyen terme sont nécessaires pour atteindre ce résultat final. Les activités et les extrants du modèle logique du PES sont divisés en trois catégories :

- Élaboration de politiques
- Renforcement des capacités
- Collecte, suivi et analyse des données pour la planification d'investissements stratégiques axée sur les risques présents dans l'infrastructure

On s'attend à ce que l'ensemble des activités et des extrants contribuent aux résultats suivants :

Résultats à court terme

- Les lignes directrices, les politiques et les manuels sont mis à jour et mis en application au moment voulu;
- Les bénéficiaires des Premières Nations connaissent les ressources offertes dans le cadre du programme qui vise à accroître leur capacité, et ils y ont accès;
- Les plans de gestion de F et E des établissements bénéficiaires sont mis en œuvre et les installations sont conformes aux règlements, aux codes et aux normes applicables;
- Les plans d'allocation du financement du programme pour les dépenses en capital sont élaborés en fonction des données les plus récentes.

Résultats à moyen terme

- L'amélioration de la capacité technique et administrative des bénéficiaires des Premières Nations à coordonner et à soutenir les activités de gestion des installations;
- La mise en priorité de l'allocation du financement en vue de mettre en œuvre les projets de réfection et les mesures correctives, ainsi que de faire de nouvelles constructions, est établie en fonction des besoins réels menant à la réduction du risque.

Le lien entre ces extrants et les résultats escomptés est illustré dans le modèle logique (voir l'annexe 1). L'évaluation visait à mesurer le niveau de production des extrants définis et de l'atteinte des résultats à court et à moyen terme durant la période visée.

2.4 Architecture d'alignement du programme et ressources

Le PES est un sous sous-programme (3.3.1.3) du Programme 3.3 de l'Architecture d'alignement des programmes (AAP) de Santé Canada : Soutien à l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits. Le PES appuie le résultat stratégique 3 de Santé Canada : Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services et de prestations qui répondent à leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé.

Les dépenses du Programme pour la période allant de 2010-2010 à 2014-2015 sont présentées ci-dessous (**Tableau2**). Dans l'ensemble, le Ministère a dépensé quelque 451 millions de dollars en cinq ans dans le cadre du Programme.

Tableau 2 : Dépenses du programme par type – Toutes les sources de financement (en millions de dollars)

Description des fonds	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
<i>DGSPNI</i>					
Traitements et salaires	0,8	0,7	0,9	0,8	2,5
Non contrôlables	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres dépenses de fonctionnement	1,4	2,0	7,0	6,0	6,0
Contributions	42,4	42,3	72,6	80,7	71,0
Immobilisations	0,7	0,5	0,2	1,1	0,0
Total partiel	45,2	45,6	80,7	88,6	79,5
<i>Sources autres que la DGSPNI^a</i>					
Traitements et salaires	1,4	0,9	0,8	0,9	0,0
Non contrôlables	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Autres dépenses de fonctionnement	1,9	1,0	0,0	0,0	0,0
Contributions	85,7	18,1	0,0	0,0	0,0
Immobilisations	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Total partiel	89,7	20,0	0,9	0,9	0,0
<i>Toutes les sources</i>					
Traitements et salaires	2,1	1,7	1,7	1,6	2,5
Non contrôlables	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1
Autres dépenses de fonctionnement	3,3	3,0	7,0	6,0	6,0
Contributions	128,1	60,4	72,6	80,7	71,0
Immobilisations	1,3	0,5	0,2	1,1	0,0
Total général	134,8	65,6	81,6	89,5	79,5

Source : Direction générale du dirigeant principal des finances (DGDPF).

^a Financement alloué par le Bureau des régions et des programmes (BRP).

Nota : Exclut le financement des services hospitaliers. Exclut le financement lié à la région du Pacifique. Comprend les dépenses en immobilisations associées au programme du PNLAADA si celles-ci sont codées en immobilisations. Tout financement de dépenses en immobilisations transférées en vertu du F et E ou de subventions et de contributions ne figurent pas dans ce tableau.

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée de l'évaluation, approche et conception

L'évaluation a porté sur la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015. Au cours du processus de planification, la portée de l'évaluation a été calibrée en tenant compte des éléments suivants :

- En ce qui concerne la pertinence, le Programme n'a subi aucun changement d'orientation important depuis sa dernière évaluation. C'est pourquoi la présente évaluation n'a permis que de faire le point sur la pertinence du Programme assez pour réduire le niveau d'efforts fournis et d'approfondissement dans ce domaine;
- En ce qui a trait au rendement, et conformément à l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations et aux ententes auxiliaires, l'évaluation ne comportait pas d'appréciation des services transférés à la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) de la C.-B. en juillet 2013.

Les questions sur lesquelles portait l'évaluation étaient conformes à la *Politique sur les résultats (2016)* du Conseil du Trésor du Canada⁵. Une approche fondée sur les résultats a été appliquée pour évaluer les progrès réalisés quant à l'atteinte des résultats attendus à l'établissement des conséquences inattendues éventuellement subies. Toutefois, en raison de la nature procédurale du programme, beaucoup des résultats se traduisent en réalité par des extraits relatifs à son orientation.

La *Politique sur les résultats (2016)* du Conseil du Trésor a aussi guidé la conception de l'évaluation et la détermination des méthodes de collecte de données, afin que l'évaluation satisfasse aux objectifs et aux exigences de la politique. Le modèle non expérimental utilisé était inspiré du cadre d'évaluation, qui présente de façon détaillée la stratégie d'évaluation adoptée pour le Programme et qui assure l'utilisation d'une procédure uniforme pour la collecte des données à l'appui de l'évaluation. L'évaluation a été faite selon l'*Entente sur les évaluations ministérielles de la DGSPNI*, élaborée conjointement par l'Assemblée des Premières Nations (APN), l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), la DGSPNI et le Bureau de l'évaluation de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada. Cette entente porte sur l'évaluation de la programmation de la DGSPNI. Comme ce programme est axé sur les collectivités des Premières Nations, l'APN a été consultée lors de l'élaboration de la méthodologie d'évaluation, ce qui a fourni l'occasion d'examiner et de commenter les instruments utilisés dans les collectivités des Premières Nations, les constatations préliminaires et le rapport d'évaluation.

Les données de l'évaluation ont été recueillies à l'aide de diverses méthodes, notamment l'examen de documents, une analyse des données administratives, des entretiens avec des informateurs clés, des études de cas auprès de deux collectivités

des Premières Nations qui comprenaient des visites sur place, des mini-études de cas comprenant l'analyse approfondie des données administratives et une analyse des systèmes ou processus des programmes de trois autres établissements de santé. Pour les besoins de l'analyse des données, on a procédé à la triangulation des renseignements recueillis à l'aide des différentes méthodes susmentionnées. On a recouru à diverses sources de données et à la triangulation pour accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions découlant de l'évaluation.

Aux fins de l'évaluation, les termes « partenaires » et « parties prenantes » sont utilisés de la façon suivante : Les partenaires sont des organismes qui aident à la mise en œuvre du Programme ou qui ont des programmes parallèles qui aident les établissements de santé pour ce qui touche la clientèle ou les questions connexes (p. ex. Direction des services de gestion, gouvernements provinciaux et territoriaux et APN). Les parties prenantes sont les bénéficiaires du PES (p. ex. les bénéficiaires d'ententes de contribution, les collectivités des Premières Nations, les particuliers).

3.2 Contraintes et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont aux prises avec des contraintes susceptibles d'avoir des conséquences sur la justesse et la fiabilité des constatations et des conclusions. Le tableau suivant décrit les limites auxquelles on s'est heurté pendant l'exécution des méthodes choisies pour cette évaluation. On y précise également les stratégies d'atténuation mises en place afin de voir à ce que les constatations émanant de l'évaluation peuvent être utilisées en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions connexes.

Tableau 3 : Contraintes, répercussions et stratégies d'atténuation

Limite	Répercussion	Stratégie d'atténuation
L'équipe d'évaluation n'a pas pu réaliser un sondage auprès des représentants des Premières Nations comme prévu en raison de difficultés rencontrées au moment d'obtenir leurs coordonnées.	Les points de vue des clients et des représentants des collectivités des Premières Nations pourraient ne pas être complètement représentés par les résultats de l'évaluation.	La méthodologie d'évaluation a été modifiée pour inclure quelques mini-études de cas comprenant des analyses approfondies des données administratives, des plans, des vérifications et des entretiens avec des représentants des collectivités lorsque cela était réalisable pendant la période allouée à la collecte de données.
Les données portant sur les activités, les résultats et le rendement des programmes étant recueillis ou compilés de façon systématique sont limitées. Les données recueillies et compilées varient grandement selon les régions.	L'analyse à l'échelle du programme n'a pas été possible pour tous les indicateurs.	Lorsque cela était possible, l'équipe d'évaluation a tenté de compiler les données et d'extraire les variables de différents systèmes pour établir des liens lors de l'analyse.
Les données financières du programme obtenues de sources différentes ne concordent pas toujours dans certains exercices et secteurs de dépense.	Il est difficile de réaliser une évaluation précise de l'utilisation des ressources.	L'équipe d'évaluation s'est servi principalement des données de la DGDPF pour évaluer des indicateurs précis lorsqu'elles étaient accessibles. D'autres sources ont été subséquemment utilisées, mais des problèmes causés par les lacunes particulières et par les « zones grises » sur le plan de l'interprétation ont été documentés.

4.0 Pertinence : Question n° 1 : Besoin de maintenir le Programme

Le gouvernement fédéral doit poursuivre les activités appuyant l'entretien, la construction, l'acquisition, la location, l'agrandissement ou la rénovation d'établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations. Il existe toutefois un écart manifeste entre le besoin en établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations et les ressources accessibles dans ce secteur.

Les établissements de santé des Premières Nations sont la pierre angulaire de la prestation de programmes et de services de santé dans les collectivités des Premières Nations du Canada. La prestation efficace des soins de santé dans les collectivités des Premières Nations est essentielle, comme en témoigne l'écart entre l'état de santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et celui de la population non autochtone du Canada. Bien que la conception générale du PES réponde aux besoins des Premières Nations de disposer d'établissements de santé sécuritaires pour fournir des programmes et des services de santé de façon efficace, l'écart réel entre les besoins évalués et le financement du programme au cours de la période couverte par l'évaluation était important. Pour aider à combler cet écart, le Budget 2016 prévoyait des engagements supplémentaires en vue d'améliorer les établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations.

Le PES fonctionne dans un contexte de disparités importantes et persistantes entre les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et la population non autochtone du Canada en matière de santé. Les besoins en matière de santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves sont relativement bien étudiés et documentés, ce qui permet de constater que leur état de santé est généralement beaucoup moins bon, qu'il s'agisse des taux de prévalence des maladies aiguës plus élevés ou les indicateurs de déterminants sociaux de la santé à l'échelle de la collectivité. Dans de nombreuses collectivités, les membres des Premières Nations n'ont toujours pas un accès équitable aux services de santé pour diverses raisons, notamment les obstacles d'ordre géographique (collectivités éloignées et isolées, et où les services sont limités), les changements dans les systèmes de santé (p. ex. la centralisation des services), les difficultés de s'y retrouver dans les systèmes de santé complexes et les obstacles économiques et culturels⁶⁷. Ces défis et ces disparités soulignent le besoin important de services de santé pouvant appuyer la prestation de programmes et de services de santé dans les collectivités des Premières Nations. Ce besoin a trouvé des échos dans les divers *Appels à l'action* de la CVR (2015) en indiquant la nécessité d'accroître le financement des établissements de santé autochtones.

Selon l'examen des documents, les entretiens et les études de cas, la conception générale du PES répond aux besoins des collectivités des Premières Nations en ce qui a trait à l'équité de l'accès aux services de santé et à la définition et à la prestation des services de santé d'une manière qui respecte leur culture. Pour répondre à la nécessité d'un accès équitable aux services de santé, le PES est conçu pour fournir aux collectivités des Premières Nations des ressources (p. ex. fonds, outils, soutien de spécialistes) qui les aideront à construire et à entretenir des installations de santé sécuritaires situées directement dans leurs collectivités (accès aux services de santé). Le PES a été mis au point de manière à ce que les représentants de Santé Canada travaillent avec les collectivités des Premières Nations afin de les soutenir pour évaluer certains de leurs besoins fonctionnels, pour construire des immeubles appropriés, pour pourvoir en personnel les établissements de santé et en assurer l'entretien (définir et recevoir des services adaptés aux réalités culturelles).

Bien que l'évaluation ait révélé que la conception générale du PES répond aux besoins des Premières Nations, l'écart réel entre les besoins évalués et le financement du programme au cours de la période couverte par l'évaluation était important. En 2011, d'après les documents du programme, on estimait qu'il manquait environ 55 millions de dollars en financement annuel. Il s'agissait notamment d'un déficit estimatif de 30 millions de dollars annuellement dans les investissements de rénovation et de réfection, selon un taux de réfection ciblé d'environ 2,5 % de la valeur de remplacement de l'inventaire par année (soit 2,5 % de 1,2 milliard de dollars = 30 millions de dollars), qui correspond aux cibles du secteur, et un écart annuel estimatif de 20 à 25 millions de dollars en F et E d'après une enquête régionale, les données historiques et les dépenses excédentaires de la DGSPNI dans ce domaine⁸. L'écart de financement du F et E est difficile à déterminer avec précision en raison du manque d'information sur les exigences en matière de F et E et de l'approche fondée sur l'héritage du financement (p. ex. les proportions historiquement attribuées par région et, dans bien des cas, à l'échelle des collectivités) plutôt que sur l'évaluation des besoins réels dans ce domaine. Comme il est indiqué au tableau 4, les dépenses de F et E sont demeurées relativement constantes pour la période de trois ans la plus récente, soit environ 39 millions de dollars annuellement.

Tableau 4 : Dépenses du programme par type – Toutes les sources de financement (en millions de dollars)

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
DGSPNI				
Dépenses en immobilisations	14,3	42,0	49,4	38,4
F et E des établissements communautaires	31,3	38,7	39,2	38,9
Établissements de santé – Élaboration des politiques et surveillance du programme	-	-	-	2,2
total partiel DGSPNI	45,6	80,7	88,6	79,5
Sources de financement autres que la DGSPNI^a	20,0	0,9	0,9	0,0
Total	65,6	81,6	89,5	79,5

Source : DGDPF.

^a Financement alloué par le Bureau des régions et des programmes (BRP).

Nota : Exclut le financement des services hospitaliers. Exclut le financement lié à la région du Pacifique. Comprend les dépenses en immobilisations associées au programme du PNLAADA si celles-ci sont codées en immobilisations. Les fonds pour dépenses en capital transférés en vertu du F et E ou de subventions et de contributions ne figurent pas dans ce tableau.

L'incidence cumulative de l'écart annuel estimé dans le financement de la rénovation et de la réfection du portefeuille de PES a été indiquée dans le plan d'immobilisations à long terme (PILT) pour l'exercice 2014-2015. Selon le processus de planification régionale et nationale du PILT, l'écart cumulatif pour la rénovation et la réfection était estimé à 196 millions de dollars depuis 2014 (voir le tableau 5). Ce montant ne comprenait pas les écarts relatifs au F et E mentionnés ci-dessus. Les gestionnaires de portefeuilles de biens immobiliers conviennent toutefois que la sous-utilisation des sommes allouées au F et E contribue généralement à des coûts accrus de rénovation et de réfection attribuables à la dégradation prématurée des systèmes des immeubles. La majorité des projets non financés identifiés étaient de grands projets d'immobilisation (77 %), difficiles à entreprendre dans le contexte de la Politique sur le Cadre de modernisation du programme des immobilisations (2011) qui prévoit d'allouer seulement 20 % du financement annuel aux grands projets d'immobilisations⁹.

Tableau 5 : Projets d'immobilisation non financés pour l'exercice 2014-2015 (en millions de dollars)

Total général depuis 2014	
Grands projets	150,7
Petits projets	44,9
Total	195,6

Source : PILTn de 2014-2015

Certaines contraintes liées au contexte d'exécution du PES contribuent à l'écart de financement décrit ci-dessus. On compte au nombre de ces contraintes l'augmentation du nombre de programmes offerts par la DGSPNI au sein des établissements existants et celle de leur portée; l'évolution des demandes et des normes en matière de programmation et d'établissements de santé; la croissance de la population et les changements démographiques, les défis que posent la construction dans les régions éloignées et l'augmentation des coûts liés aux nouvelles technologies, à la construction, aux services publics et à l'âge des établissements.

Selon les études de cas et les mini-études de cas, les représentants de la collectivité estiment que le nombre d'initiatives et de programmes de la DGSPNI, ainsi que leur portée, a considérablement augmenté au cours de la dernière décennie. Il est difficile de déterminer et de tracer la croissance réelle au cours de cette période, compte tenu des changements dans la structure des rapports (par exemple, la modification de la structure de l'AAP en 2011-2012 pour la production du Rapport ministériel sur le rendement [RMR]) et l'établissement de nouvelles ententes (entente tripartite de la C.-B.) qui ont des répercussions sur la codification des dépenses. À titre d'exemple, les évaluations récentes ont relevé une augmentation de 25 % du financement des principaux programmes de santé mentale de la DGSPNI de 2010-2011 à 2013-2014¹⁰, dont plusieurs sont mis en œuvre dans les établissements de santé situés dans les réserves. Il y a également eu une augmentation de 11 % de l'aide financière allouée à la programmation de soins à domicile et en milieu communautaire de la DGSPNI de 2009-2010 à 2011-2012, et plusieurs de ces activités sont offertes par les établissements de santé des collectivités. Bien que les représentants des collectivités aient jugé cette croissance comme bénéfique, les programmes de la DGSPNI ne sont pas toujours accompagnés d'un financement supplémentaire. Il en résulte des contraintes et des défis considérables pour les collectivités lorsque ces dernières travaillent dans des établissements de santé aménagés et construits en moyenne bien avant cette augmentation; environ 84 % des établissements sont âgés d'au moins 10 ans. En 2015, 29 % du portefeuille des bâtiments était âgé de 20 à 29 ans, 47 %, de 10 à 19 ans et 16 %, de moins de 10 ans. Selon les renseignements fournis par le Programme, le cycle de vie moyen de ces installations est de l'ordre de 25 ans¹¹, tandis que le cycle de vie moyen varie de 35 à 40 ans¹². Autrement dit, il est probable que plus de la moitié des installations atteignent la fin de leur cycle de vie au cours de la prochaine décennie. Cette situation entraînerait la nécessité d'effectuer d'importantes dépenses en immobilisations sur une courte période.

L'utilité de maintenir le PES est reflétée par le changement de population dans les collectivités des Premières Nations, et par l'évolution de leurs besoins. Selon l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011, le nombre de membres des Premières Nations a augmenté de 22,9 % entre 2006 et 2011, comparativement à 5,2 % pour la population non autochtone. D'après les entrevues et les études de cas, on a constaté une demande accrue pour les salles de groupe, les salles d'examen supplémentaires, une infrastructure de TI améliorée, les installations de préparation d'échantillons, les laboratoires, les centres de guérison traditionnels et les installations vouées à l'exercice

physique. Les besoins de programmation en matière de santé et les besoins en infrastructures connexes sont exprimés au cours de la planification sanitaire et de l'élaboration de plans fonctionnels. Par exemple, les représentants d'un des sites consultés ont indiqué qu'avant la construction de leur nouveau centre de santé, le matériel d'exercices obtenu grâce à une initiative sur le diabète devait être conservé dans la salle d'attente de soins primaires. La croissance de la programmation combinée à la croissance et aux changements démographiques observés dans les collectivités entraîne l'apparition de divers défis, notamment une pénurie de l'espace global accessible, ainsi que le fonctionnement optimal des locaux pour répondre aux besoins changeants.

Les normes en vigueur dans les établissements de santé ont évolué, ce qui influe également sur les pressions exercées sur les nouvelles constructions et sur ce qui est jugé comme adéquat en ce qui concerne les installations actuelles. Comme nous l'avons mentionné dans le Plan stratégique de la DGSPNI de 2012, nous avons l'intention de travailler à l'harmonisation avec les systèmes provinciaux, ce qui comprendrait des normes semblables à celles des partenaires provinciaux. Par exemple, la norme Z-8000 de l'Association canadienne de normalisation, publiée en 2011 et réaffirmée en 2016, fournit les critères de base reconnus à l'échelle nationale pour la conception et la construction d'établissements de soins de santé. Les représentants du programme ont indiqué que, bien que les normes soient pertinentes et utiles dans la plupart des cas, elles contribuent à faire augmenter les coûts de construction, en particulier pour les nouvelles constructions.

Parmi les autres facteurs de pression définis lors de l'examen documentaire et des entrevues, on peut citer l'inflation des coûts de construction (estimée à environ 34 % d'augmentation des coûts par m² entre 2010 et 2018), qui pourrait avoir une incidence sur les dépenses en immobilisations, et celle des coûts des services publics pour les établissements de santé (les coûts en énergie ont un taux de croissance annuel moyen d'environ 6 %), qui pourraient entraîner une augmentation substantielle des budgets de F et E pour les collectivités éloignées qui dépendent du mazout pour le chauffage et la production d'électricité.

Le Budget 2016 comprenait des engagements visant à améliorer l'état des établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations pour combler ce déficit. Comme l'indique le chapitre 3, « Un avenir meilleur pour les peuples autochtones », du document budgétaire de 2016 intitulé *Assurer la croissance de la classe moyenne*, l'infrastructure sanitaire des réserves vieillit et, dans certains cas, est insuffisante pour répondre aux besoins croissants des collectivités. Le budget projetait d'investir 270 millions de dollars sur cinq ans pour appuyer la construction, la rénovation et la réparation des postes de soins infirmiers, des résidences destinées aux travailleurs de la santé et des bureaux de santé qui fournissent des renseignements sur la santé dans les réserves. Cela comprend une allocation de 82 millions de dollars pour le financement octroyé sous la rubrique « Peuples autochtones – Infrastructure sociale » en 2016-2017 et 2017-2018.

5.0 Pertinence : Question n° 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Les objectifs et les activités du PES s'alignent sur les priorités gouvernementales et les résultats stratégiques du Ministère.

Tout au long de la période d'évaluation, le gouvernement a pris un certain nombre d'engagements relativement à la santé dans les collectivités des Premières Nations. Dans le discours du Trône de 2013, *Saisir le moment pour le Canada : prospérité et opportunité dans un monde incertain*, le gouvernement s'est engagé à continuer de « travailler en partenariat avec les peuples autochtones pour créer des collectivités saines, prospères et autonomes » (traduction libre de la p. 22 de la version anglaise), et dans le discours du Trône de 2015, *Réaliser le vrai changement*, le gouvernement a souligné qu'il « collaborera à la mise en œuvre de recommandations de la Commission de vérité et réconciliation du Canada ». La CVR a publié plusieurs *Appels à l'action* pertinents liés à la santé des Autochtones, dont cinq s'adressent directement au gouvernement fédéral. Ceux-ci concernent le PES en ce sens que bon nombre des services et programmes demandés exigeront l'utilisation des établissements de santé dans les réserves.

Les investissements clés pour la santé des membres des Premières Nations et des Inuits visant à améliorer la qualité des services de santé dans les collectivités des Premières Nations et le maintien du financement du PES ont également été énoncés dans les discours du budget de 2011 et de 2013, au cours de la période couverte par l'évaluation. Plus récemment, dans le discours sur le Budget 2016, des niveaux de financement accrus ont été octroyés aux établissements de santé des Premières Nations dans les réserves.

Enfin, le PES s'aligne sur le résultat stratégique n° 3 de Santé Canada : *Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services et de prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé*. Le PES aide à s'assurer que les établissements de santé situés dans les collectivités des Premières Nations sont en mesure de soutenir des programmes et des services de santé efficaces.

6.0 Pertinence : Question n° 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le PES s'harmonise avec les rôles et responsabilités établis dans diverses politiques et textes faisant autorité.

L'évaluation précédente avait indiqué que le PES s'harmonisait aux rôles et responsabilités fédéraux. Ces rôles et responsabilités n'ont pas changé substantiellement au cours de la période visée par l'évaluation actuelle. L'amélioration de la santé des peuples autochtones est une responsabilité partagée entre les partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et autochtones et reflète l'héritage des décisions prises par les gouvernements qui se sont succédé en matière de programmes et de financement visant à améliorer la santé des Premières Nations et des Inuits.

La Politique sur la santé des Indiens de 1979 demeure notre principal fondement stratégique. Elle s'articule autour du pouvoir juridique que confère la *Loi sur le ministère de la Santé* de préserver et de protéger la santé et le bien-être des Canadiens, ainsi que la *Constitution canadienne* (paragraphe 91[24]), les traités et les pratiques antérieures. La Politique sur la santé des Indiens de 1979 vise à améliorer l'état de santé des collectivités des Premières Nations et des Inuits tout en reconnaissant la nature interdépendante du système de santé canadien. Plus précisément, le quatrième pilier de cette politique stipule que l'un des rôles fédéraux les plus importants dans le système de santé canadien est celui joué dans le cadre des activités de santé publique dans les réserves.

Conformément aux constatations de l'évaluation précédente, cette évaluation n'a pas permis d'établir le chevauchement entre le PES et d'autres programmes ou sources de financement pour les établissements de santé dans les réserves. Il existe des domaines de complémentarité où les collectivités des Premières Nations ont tiré profit d'initiatives provinciales (p. ex. les investissements dans les infrastructures de TI et le financement de médecins en milieu communautaire) ou d'autres programmes du gouvernement fédéral (p. ex. santé en ligne, PNLAADA). Toutefois, ces domaines facilitent, dans l'ensemble, l'accroissement de l'efficacité des investissements dans les collectivités et des économies réalisées.

7.0 Rendement : Question n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

7.1 Résultats à court terme

Résultat à court terme n° 1 : Les lignes directrices, les politiques et les manuels ont été mis à jour et appliqués au moment voulu.

Le PES a actualisé certaines lignes directrices et politiques au cours de la période visée par l'évaluation. Certains problèmes se sont posés quant à leur diffusion parmi les bénéficiaires; cependant, les représentants des programmes perçoivent généralement les politiques et les manuels internes comme opportuns et utiles, tout en formulant quelques suggestions d'amélioration.

L'évaluation a examiné en détail trois documents (politique, manuel et guide) qui ont été définis par les représentants du programme comme les principales ressources élaborées ou mises à jour au cours de la période couverte par l'évaluation.

- Politique sur le Cadre de modernisation du programme des immobilisations (2011). L'objectif de la politique est de favoriser une gestion plus efficace, systématique et durable des biens d'immobilisations d'établissements de santé financés par Santé Canada dans les collectivités des Premières nations et des Inuits en fonction des cibles et des normes industrielles. La Politique-cadre a été récemment élaborée et approuvée en 2011-2012 avec un objectif de mise en œuvre de deux ans. La mise en œuvre de la Politique a eu lieu en temps voulu, et, selon l'examen des données administratives, 80 % des investissements allaient à des petits projets d'immobilisations en 2014-2015. De plus, les constatations faites lors des entretiens et de l'examen documentaire indiquaient que les considérations relatives aux besoins de santé primaires, à l'âge effectif des établissements de santé et à la vulnérabilité des collectivités ont guidé la planification régionale et l'établissement des priorités pour les investissements en immobilisations.
- *Manuel de planification et de gestion des biens immobiliers* du PES (2005, 2011). Ce manuel a été préparé pour la première fois en 2005 et mis à jour en 2011. Il vise à définir, expliquer, préciser et interpréter les processus clés de planification stratégique et de gestion du programme qui appuient les bénéficiaires dans le domaine des dépenses en capital et de la gestion de leurs établissements de santé locaux. Les employés de Santé Canada constituent le principal public. Les représentants des programmes régionaux ont formulé très peu de commentaires sur l'utilité du manuel et sur la mesure dans laquelle les mises à jour ont été faites en temps opportun au cours des entretiens. Des représentants du Bureau national ont indiqué que certains aspects du manuel n'étaient plus pertinents et nécessiteraient des mises à jour supplémentaires, notamment en ce qui concerne la passation de marchés et la coordination des aspects du cadre de modernisation.
- *Guide de fonctionnement et d'entretien* (2011/12). Ce guide a été élaboré afin d'introduire les concepts de fonctionnement et d'entretien (F et E) dans le contexte de la gestion des établissements de santé et d'énoncer les considérations particulières dont doivent tenir compte les bénéficiaires lors de l'élaboration de leurs plans de gestion en matière de F et E. À ce jour, la diffusion aux bénéficiaires a varié, tant d'une région à l'autre qu'au sein d'une même région. Selon les entrevues, il y avait certaines inquiétudes quant à la distribution du guide dans le contexte d'un déficit continu de financement en F et E, des capacités variables des collectivités, des défis liés à l'utilité de cet ouvrage pour certaines collectivités et des incohérences d'une région à l'autre ou au sein d'une même région en ce qui concerne les inclusions, les coûts et d'autres aspects du F et E.

En plus des guides et des manuels élaborés par le Bureau national, on a pu constater au cours des entretiens avec les représentants régionaux que ces derniers participent à l'élaboration et à la diffusion de manuels et d'outils pour les bénéficiaires, comme des vidéos, des listes de contrôle, des cahiers d'orientation adaptés aux installations, des feuilles de calcul pour le suivi des budgets et des dépenses, des modèles de planification des activités de F et E et divers outils servant aux projets d'immobilisations. Les publics visés varient et comprennent notamment les directeurs de la santé, le personnel d'entretien et les conseillers de bande.

Résultat à court terme n° 2 : Les bénéficiaires des Premières Nations connaissent les ressources offertes dans le cadre du programme pour accroître leur capacité et y ont accès.

Le PES a permis de mieux faire connaître et de rendre plus facilement accessibles les outils et la formation aux bénéficiaires des Premières Nations en adaptant les ressources de programme aux besoins des différentes collectivités. Les représentants de Santé Canada font toutefois observer que les petites collectivités éloignées ont tendance à se heurter à des défis de taille lorsqu'il s'agit d'accroître leur capacité.

Les entrevues avec les représentants du programme indiquent que le PES n'a pas de composante formelle de renforcement des capacités. Le renforcement des capacités se fait plutôt aux échelles régionales et locales, principalement à l'aide d'interactions avec le personnel régional et de liaisons directes avec les bénéficiaires. L'évaluation a permis de trouver de nombreux exemples de manuels et d'outils qui avaient été élaborés par les régions ou adaptés à divers bénéficiaires en fonction de leurs besoins et de leurs capacités. De plus, de nombreux exemples de la façon dont le personnel régional travaille pour renforcer les capacités des collectivités ont été fournis à l'aide d'études de cas, de mini-études de cas et d'entrevues : encadrement individuel, démonstration de techniques d'entretien, diverses formules de mentorat au cours de l'élaboration de grands projets d'immobilisations, et expérience pratique de la mise en œuvre d'une gamme d'outils de planification et de suivi. En outre, les représentants régionaux ont également souligné que les vérifications et les inspections des installations étaient une bonne occasion de visiter les installations et de les parcourir avec le personnel des bénéficiaires pour cerner les problèmes de F et E, d'en discuter et d'établir la manière les régler rapidement et efficacement. L'adaptation des ressources aux besoins de chaque collectivité est jugée essentielle par les intervenants auprès de ces collectivités.

Le type d'entente de financement en matière de F et E qui est signé par les bénéficiaires est une indication de leur niveau de capacités. Comme l'illustre le Tableau 6, en 2014-2015, 280 bandes des Premières Nations avaient conclu une entente en matière de F et E. Il s'agit d'un nombre non unique, étant donné que certaines bandes peuvent avoir en place deux ententes de types différents au cours du même exercice. Le nombre de bandes ayant signé des ententes de F et E a fluctué au

cours de la période d'évaluation, passant de seulement 271 ententes signées en 2010-2011 à un nombre maximal de 296 ententes signées en 2012-2013¹³. Il est manifeste que les ententes flexibles sont les plus utilisées. Environ les deux tiers des ententes qui sont signées chaque année utilisent soit un modèle de financement souple, soit un modèle de financement global, ce qui indique un certain niveau de capacité communautaire.

Tableau 6 : Nombre de collectivités ayant signé une entente de contribution en matière de F et E, par type d'entente, au 1^{er} avril de chaque exercice

	2010- 2011	2011- 2012	2012- 2013	2013- 2014	2014- 2015	Total
Ententes globales	2 (1 %)	12 (4 %)	29 (10 %)	41 (14 %)	53 (19 %)	137 (10 %)
Ententes flexibles	163 (60 %)	186 (63 %)	171 (58 %)	161 (56 %)	162 (58 %)	843 (59 %)
Ententes préétablies	87 (32 %)	82 (28 %)	75 (25 %)	70 (24 %)	62 (22 %)	376 (26 %)
Ententes spéciales	19 (6 %)	14 (5 %)	21 (7 %)	17 (6 %)	3 (1 %)	74 (5 %)
Total	271	294	296	289	280	1 430

Source : Système de gestion des contrats et des contributions (SGCC)

Nota : Comprend les bandes des Premières Nations figurant dans le fichier de données du SGCC qui n'ont pas de centre de santé dans le Système intégré de gestion des biens immobiliers (SIGBI).

Comme nous l'avons mentionné précédemment dans les limites de l'évaluation, l'enquête planifiée auprès des représentants des collectivités n'a pas été entreprise en raison des difficultés liées à l'élaboration d'un cadre d'enquête adéquat. En conséquence, les données recueillies directement auprès des collectivités ont été limitées par leur niveau de sensibilisation et leur évaluation du caractère adéquat des outils et de la formation accessibles. Les renseignements tirés des deux études de cas et des mini-études de cas font ressortir que l'encadrement et le soutien personnalisés constituent l'approche clé du développement des capacités. Cela permet de faire face aux variations considérables de la capacité des bénéficiaires en matière de planification, de construction et d'entretien des installations. Les outils, les guides et les manuels plus formels ont rarement été mentionnés au cours des entretiens, suggérant une diffusion et une sensibilisation limitées. Bien que le renforcement des capacités ne soit pas un des objectifs déclarés du programme, ces types d'outils formels peuvent être bénéfiques pour les petites collectivités plus éloignées qui sont aux prises avec d'importants problèmes de capacité.

Résultat à court terme n° 3 : Les plans de gestion des bénéficiaires pour le fonctionnement et l'entretien des établissements sont mis en œuvre et les installations sont conformes aux règlements, aux codes et aux normes applicables.

Il subsiste des difficultés en ce qui concerne l'état général et la fonctionnalité des établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations, surtout compte tenu de l'augmentation des coûts d'entretien et de construction, des problèmes de capacité dans ces dernières, et de l'évolution du type et du nombre de programmes et de services de santé offerts dans les collectivités. La politique de vérification quinquennale de chacun des établissements n'a pas été respectée dans tous les cas. Au cours de la période visée par l'évaluation, le Programme a fait le suivi des questions prioritaires ayant été établies dans les vérifications intégrées des établissements (VIE), mais n'a pas fait le suivi des questions prioritaires d'autres types de vérifications et d'inspections (c.-à-d. les EMR ou les RIEE). Depuis 2015-2016, le Programme a mis en œuvre un processus systématique de suivi des recommandations émises lors de vérifications et d'inspection, et de la manière dont on y a fait suite.

Plans de gestion de F et E du bénéficiaire

Selon les propos recueillis lors des entrevues, les plans de fonctionnement et d'entretien des établissements de santé varient considérablement selon le type d'entente, la capacité de la collectivité et le type d'installation. L'obligation de créer un plan de gestion des activités de F et E est liée aux modalités et du financement accordé au bénéficiaire, qui sont déterminées par le type d'entente de contribution (EC) signée par la collectivité. Comme il a été mentionné précédemment, il existe trois types de mécanismes de financement fondés sur la capacité du bénéficiaire. On s'attend des bénéficiaires ayant reçu un financement de F et E dans le cadre d'une EC préétablie qu'ils incluent le calendrier des activités de F et E de leurs installations dans le plan de programme. En revanche, les bénéficiaires qui ont reçu une aide financière de F et E dans le cadre d'une EC flexible sont tenus de décrire les plans et les activités de F et E dans leur plan de travail pluriannuel, tandis que ceux qui ont une EC globale décrivent leur approche dans leur plan de santé communautaire. Le niveau de détail des plans de F et E varie. L'élaboration réelle des plans de l'EC (c'est-à-dire le plan de programme, le plan de travail pluriannuel et le plan de santé communautaire) est la responsabilité du bénéficiaire, conseillé par les représentants du Programme de planification et de gestion de la qualité de la DGSPNI.

Le PES ne compile pas systématiquement tous les plans de F et E à l'échelle nationale. Les évaluateurs ont donc utilisé des indications indirectes révélant la mesure dans laquelle les plans de F et E avaient été mis en œuvre dans l'échantillon d'établissements qui avaient fait l'objet d'une VIE. Bien que les VIE ne fassent pas expressément référence aux plans de gestion de F et E, il est possible de déterminer si une question prioritaire cernée lors de la vérification ou de l'inspection est liée au F et E. On s'attend à ce que ces problèmes ne se présentent pas si les plans de gestion de F et E sont suivis en temps opportun.

On considère les causes fondamentales suivantes¹⁴ comme étant la principale raison de la non-conformité des plans de F et E :

- **Entretien, inspection et vérification** : La composante ou l'élément n'atteignent pas un niveau de rendement acceptable. Avec un entretien mineur, le rendement peut être confirmé ou restauré à un niveau acceptable. On exclut les cas où une inspection ou des essais supplémentaires sont recommandés.
- **Direction** : Le rendement de la composante ou de l'élément est limité par les pratiques opérationnelles ou les procédures d'exploitation normalisées en place dans l'établissement.
- **Désuétude** : La fiabilité de la composante ou de l'élément ne peut être assurée en raison de son état. Les cas où le problème est causé par l'âge sont exclus.

Les autres causes fondamentales mentionnées dans le modèle de VIE sont les suivantes :

- **Conception** : L'état observé est probablement le résultat de la conception de l'élément; ou la conception de l'élément est susceptible d'avoir contribué à l'état observé.
- **Installation ou qualité des travaux** : La composante ou l'élément ne fonctionne pas de manière optimale et on ne peut compter sur un rendement conforme à sa capacité nominale en raison de l'installation inadéquate ou de la piètre qualité des travaux.
- **Vandalisme** (seuls les actes visibles et manifestes, et non ce qui provient de rumeurs ou des commentaires du personnel de l'établissement) : La composante ou l'élément a fait l'objet d'un acte de vandalisme évident.
- **Planification et utilisation de l'espace** : Le rendement de la composante ou de l'élément est limité par la planification ou l'utilisation des locaux.

Les problèmes liés aux activités de F et E (entretien, gestion ou désuétude) ont été cernés dans 725 (76 %) cas d'immeubles où un problème critique de propriété a été constaté (voir tableau 7).

Tableau 7 : Problèmes critiques relatifs à la propriété selon la première cause

	2010- 2011	2011- 2012	2012- 2013	2013- 2014	2014- 2015	Total
Liés au F et E	-	-	-	-	-	725
Entretien	10	42	95	78	96	374
Gestion	17	46	57	100	78	298
Désuétude	1	13	17	13	9	53
Conception	24	23	28	25	24	124
Pose	8	15	20	26	6	75
Autre	1	-	65	6	3	75
Vandalisme	-	4	-	8	2	14
Total	61	143	282	256	218	960

Sur les 83 VIE qui ont été entreprises au cours de la période d'évaluation, 41 % (34) ont cerné au moins un problème de priorité 1 lié au F et E et 95 % (79), au moins un problème de priorité 2 lié au F et E¹⁵. Ces données révèlent des problèmes importants liés au F et E qui se traduisent par des violations de code comme celles qui ont été relevées dans le cadre des VIE.

Établissements conformes aux règlements, codes et normes applicables

Le déroulement des vérifications et des inspections est loin d'être uniforme. L'examen d'autres rapports de vérification et d'inspection dans les régions n'a révélé aucune structure, aucun critère ou aucun domaine d'intérêt commun, sauf dans le cas des vérifications intégrées des établissements, pour lesquelles il existe des critères normalisés. Il est donc difficile, voire impossible, de comparer les constatations et les recommandations, et d'en faire la synthèse.

Si l'on combine tous les types de vérifications et d'inspections (VIE, RIEE ou EMR), un total de 646 vérifications ou inspections ont été effectuées relativement aux immeubles de services de santé et centres de traitement au cours de la période d'évaluation. La fréquence des vérifications varie grandement d'une région à l'autre. Dans l'ensemble, 75 % des centres de santé et des centres de traitement (318 sur 422) ont fait l'objet d'une vérification ou d'une inspection au moins une fois au cours de la période d'évaluation. En conséquence, la politique de vérification quinquennale des installations n'a pas été respectée pour tous les établissements. Depuis 2014-2015, la politique du PES vise la vérification et l'inspection des établissements selon un cycle de trois ans.

La fréquence des vérifications variait grandement pour les 318 établissements ayant fait l'objet d'une vérification ou d'une inspection. Environ la moitié des établissements (49 %) ont fait l'objet d'une vérification une fois au cours de la période d'évaluation;

24 %, l'objet de deux vérifications et 13 %, l'objet de trois vérifications. Quelque 14 % des immeubles ont fait l'objet de quatre vérifications ou plus. Les personnes interrogées ont donné plusieurs raisons pour expliquer la fréquence des vérifications et des inspections :

- Les demandes, les incidents et les suivis;
- Les considérations relatives à la planification des investissements en capital et des placements dans le PILT régional;
- Une capacité très restreinte dans certaines régions qui se concentraient sur les urgences et les établissements ou les collectivités à haut risque (p. ex. l'Ontario et la Saskatchewan). D'autres régions ont une approche systématique de réalisation de vérifications et d'inspections (p. ex. les provinces de l'Atlantique et le Québec).

Les 83 VIE qui ont été entreprises au cours de la période d'évaluation ont été codifiées pour obtenir des renseignements sur la conformité aux règlements, aux codes et aux normes. De façon générale, 77 des 83 (93 %) vérifications et inspections menées durant la période à l'étude ont permis faire au moins une constatation de non-conformité. Des 1 900 constatations ressorties de ces vérifications et inspections, environ 30 % concernaient des problèmes critiques (6 % de priorité 1 et 24 % de priorité 2)¹⁶¹⁷. Parmi les exemples de recommandations de priorités 1 et 2 figurent l'absence de détecteurs de monoxyde de carbone ou de plans pour les événements environnementaux d'urgence, les réparations nécessaires à la toiture, les problèmes sanitaires, le remplacement des panneaux d'aération des soffites, la présence de fissures au niveau des fondations, ainsi que les problèmes relatifs aux structures mobiles, aux portes coupe-feu, à la définition de l'espace (espace confiné) et aux systèmes septiques.

Le Programme a assuré le suivi des problèmes prioritaires décrits dans les VIE de la période à l'étude, mais non ceux relevés dans les autres types de vérifications et d'inspections (p. ex. EMR et RIEE). Le Programme a permis de colliger et de rendre compte des données provenant de deux rapports ministériels sur le rendement (RMR), dans lesquels on indiquait qu'en 2013-2014, on avait mis à exécution, dans les temps, 70 % des recommandations de « haute priorité » tirant leur origine des VIE; lors de 2014-2015, cette proportion a néanmoins chuté à 51 %. À partir de 2015-2016, on a mis au point, dans le cadre du programme, un processus de suivi des recommandations émises dans les vérifications et inspections.

Toutefois, l'évaluation a révélé un lien important avec l'obtention de fonds pour des dépenses en immobilisations majeures ou mineures dans les cinq ans suivant la VIE, ce qui permet de penser que les problèmes relevés dans le cadre d'une vérification ou d'une inspection ont par la suite été réglés au moyen de fonds d'immobilisations. Les 24 VIE réalisées pendant 2010-2011 et 2011-2012 ont été ciblées pour former l'échantillon permettant de faire le suivi sur la mesure dans laquelle les recommandations émises lors des vérifications avaient été mise en œuvre pendant la

période couverte par l'évaluation. L'équipe d'évaluation s'est concentrée sur une analyse approfondie de ces évaluations en tant qu'approche plus normalisée de vérification des établissements, dont les résultats pourraient être compilés et comparés d'une année à l'autre et d'une région à l'autre¹⁸. La plupart des collectivités identifiées dans l'échantillon (20 sur 24) ont obtenu du financement dans le cadre du PILT durant les trois ou quatre années suivant la VIE, ce qui indique qu'il est fort probable que les recommandations relatives aux investissements en immobilisations sont prises en compte, au moins en partie. Trois des quatre collectivités qui n'ont reçu aucun financement en matière d'immobilisations à l'aide du processus de PILT avaient des problèmes qui n'auraient pas pu être réglés par les dépenses en immobilisations.

Résultat à court terme n° 4 : Les plans d'allocation du financement du programme pour les dépenses en immobilisations sont élaborés en fonction des données les plus récentes.

Les systèmes d'information du PES posent des problèmes de taille, de sorte qu'il est difficile, dans le cadre du programme, d'obtenir des renseignements exacts et à jour qui permettraient d'orienter les plans d'allocation du financement et de rendre compte des résultats du programme.

Le Système intégré de gestion des biens immobiliers (SIGBI) a été mis au point par la DGSPNI vers 2002 en vue de recueillir des renseignements précis sur les infrastructures de santé financées par la DGSPNI qui servent à appuyer les Premières Nations dans la prestation de programmes et de services de santé soutenus par le gouvernement fédéral. L'information qui peut être potentiellement saisie dans un tel système est « une composante essentielle de l'approche basée sur des données probantes de la planification stratégique, opérationnelle et de la gestion des risques de l'entreprise »¹⁹. La fonctionnalité de SIGBI a été modélisée selon les systèmes classiques de gestion d'actifs de bâtiment en vigueur à ce moment et configurée pour répondre aux besoins spécifiques aux entreprises découlant des activités héritées du programme de contribution pour dépenses en capital de Santé Canada.

Plusieurs modules de base ont été mis en œuvre au cours de la phase initiale de développement. En 2008, le Ministère a mis fin à l'initiative « Prochaines étapes » qui exigeait le rassemblement et la transition de tous les membres du personnel et des services des directions relevant des Technologies de l'information (TI) pour qu'ils relèvent de la Direction des services de gestion de l'information (DSGI). De ce fait, tous les contrats de TI qu'avaient conclus les directions ont été résiliés, ce qui a empêché de mener à bien le transfert de la responsabilité en matière de soutien apporté par le SIGBI entre le conseiller interne du PES et la DSGI. À la suite de la fermeture de l'initiative en 2009, le travail effectué sur le SIGBI n'a pas été achevé, car la technologie Lotus Notes était considérée comme caduque par les responsables du gouvernement du Canada. En conséquence, les capacités des utilisateurs du système du PES et du système régional à satisfaire aux exigences primordiales en matière de rapports, de

planification stratégique et de gestion des risques qui reposent sur les renseignements à jour dans le SIGBI demeurent gravement compromises²⁰.

Le PES met actuellement au point diverses options pour tenter de résoudre ses problèmes de TI. La DGSPNI a lancé un nouveau projet de plan d'investissement (actuellement sur le plan d'investissement des ministères) qui vise à fournir une solution globale qui répond aux exigences opérationnelles critiques du PES. Les responsables du PES collaborent actuellement avec la DGSI pour étudier les options relatives aux tentatives de résolution de leurs problèmes en TI. Toutefois, la complexité du projet et son bas classement de priorité ont entravé les progrès. Depuis mars 2016, le projet occupe le 42^e rang des 59 projets figurant sur la liste de mises en priorité de Santé Canada – SPC.

Compte tenu des difficultés rencontrées par le système du SIGBI, les régions ont mis au point divers systèmes de données intérimaires allant de plusieurs feuilles de calcul à divers types de bases de données pour répondre à leurs besoins immédiats en matière d'information pour la gestion et la prestation du programme à l'échelle régionale. Néanmoins, des entrevues avec des représentants du PES ont laissé entendre que la fonctionnalité limitée du système de gestion de l'information représentait²¹ un défi considérable pour la gestion du programme à divers niveaux. Il s'agissait, notamment, de disposer de données précises permettant de comprendre l'état général du portefeuille afin d'appuyer la planification, les prévisions et les dépenses, de faire rapport sur le rendement du programme et de donner suite à la mise en œuvre des recommandations.

7.2 Résultats à moyen terme

Résultat à moyen terme n° 1 : Les capacités techniques et administratives des bénéficiaires des Premières Nations nécessaires à la coordination et au maintien des activités de gestion des installations sont renforcées.

Bien que des progrès aient été réalisés dans ce sens, principalement parmi les collectivités dont les activités se caractérisent déjà par un niveau relativement plus élevé de fonctionnalité, il existe généralement d'importantes variations dans la capacité des bénéficiaires.

Les entretiens avec les représentants régionaux ont indiqué que des progrès ont été accomplis quant au renforcement des capacités techniques et administratives des bénéficiaires pour coordonner et soutenir les activités de gestion des installations au cours des cinq dernières années, mais que cela est nettement plus perceptible chez les collectivités dont les activités se caractérisent déjà par un niveau de fonctionnalité relativement plus élevé. Il reste des défis particuliers pour ce qui est d'observer cette réalisation parmi les collectivités les plus vulnérables qui, pour diverses raisons, ont des niveaux de capacité plus faibles et sont aux prises avec des obstacles plus importants. Une étude de cas a démontré que la capacité de coordonner et de soutenir la gestion

de l'établissement a grandement augmenté sur une période relativement courte (environ 5 ans) avec la construction d'une nouvelle installation sous la direction d'une équipe de centre de santé très compétente. Une autre étude de cas a mis en évidence les gains réalisés par les équipes et les bénéficiaires qui sont probablement déjà très bien cotés sur plusieurs aspects de la capacité communautaire.

Les études de cas, les mini-études de cas et les entretiens ont mis en évidence les variations considérables de la capacité des bénéficiaires en matière de planification, de construction et d'entretien des installations. Des défis liés à la capacité ont été relevés dans les collectivités plus petites et plus éloignées, qui ont des problèmes importants liés à la formation et au niveau de compétence de même qu'à la rétention du personnel. Certains représentants régionaux ont indiqué qu'il était nécessaire d'offrir une formation plus générale pour le personnel d'entretien des installations.

Résultat à moyen terme n° 2 : La mise en priorité de l'allocation du financement en vue de mettre en œuvre les projets de réfection et les mesures correctives, ainsi que de faire de nouvelles constructions, est établie en fonction des besoins réels menant à la réduction du risque.

La participation régionale à la planification et à l'établissement des priorités pour l'affectation du financement est essentielle pour faire en sorte que l'allocation est fondée sur les besoins et sur la réduction au minimum des risques. La corrélation positive entre l'âge de l'établissement et le montant d'aide financière montre que l'affectation des fonds tient compte des besoins.

Selon les entretiens et l'examen des documents, les projets d'immobilisations sont classés par ordre de priorité à l'échelle régionale d'après les évaluations des besoins et de la vulnérabilité. Le processus de hiérarchisation et l'élaboration du PILTr sont effectués par le CERI à l'échelle régionale en fonction des critères transmis aux régions dans les lettres d'appel émises par le bureau national. Selon les entretiens avec les représentants régionaux, l'élaboration du PILT régional est appropriée étant donné que les personnes qui assurent un contact étroit auprès des collectivités jouent un rôle direct dans l'exécution du PES et sont aussi celles qui participent à l'évaluation des priorités. Les régions ont une connaissance directe des besoins des collectivités grâce à des contacts et des consultations en continu. D'après des entretiens avec les représentants à l'échelle nationale, le développement du PILT national a évolué quelque peu au cours de la période couverte par l'évaluation, passant de ce qui était, pour l'essentiel, une simple compilation des PILT régionaux à un plus grand engagement et une participation accrue des représentants dans le rôle de remise en question de l'évaluation des priorités à l'échelle du pays.

Étant donné que « l'âge effectif »²² des établissements de santé n'a pas pu être calculé, l'évaluation a utilisé les années de construction comme données de substitution et les a comparés aux décisions de financement. Parmi les collectivités ayant reçu des fonds pour dépenses en immobilisations, il existe une corrélation positive faible entre le montant du financement obtenu et l'âge de l'établissement le plus ancien. Cela donne à penser que, dans une certaine mesure, les priorités en matière de financement sont établies selon les besoins évalués d'après l'âge chronique des établissements.

7.3 Résultat à long terme

Résultat à long terme : Des établissements de santé sécuritaires permettant aux collectivités des Premières Nations d'offrir des programmes et des services de santé de façon efficace.

Bien que l'évaluation ne permette pas d'établir objectivement le niveau de sécurité des établissements de santé à cause de lacunes concernant la collecte de données, elle a permis de constater que des problèmes persistent quant à l'état général et la fonctionnalité des établissements de santé des collectivités des Premières Nations. Toutefois, on ne recommandait, dans aucune des 83 VIE menées, la fermeture d'un établissement, ce qui semble indiquer un certain niveau de sûreté et de sécurité.

L'évaluation ne permet pas d'évaluer de manière objective la sûreté des établissements de santé, car les données du programme présentent des lacunes, notamment dans le cadre des vérifications et des inspections : près du quart d'entre eux n'ont pas été vérifiés ou inspectés au cours de la période visée. On constate aussi que les recommandations découlant de vérifications ou d'inspections ne sont pas compilées avec cohérence d'une région à l'autre et les infractions aux codes ou à la réglementation relevés dans le cadre des vérifications et des inspections ne font pas systématiquement l'objet d'un suivi visant à établir si des mesures ont été prises et à quel moment elles ont été prises.

Toutefois, comme on l'a mentionné à la section 7.1 du présent ouvrage, selon les résultats de l'évaluation, il subsiste des difficultés en ce qui concerne l'état général et la fonctionnalité des établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations. En examinant les 83 vérifications et inspections produites de 2010-2011 à 2014-2015, on a cerné 1 900 constatations, dont environ 30 % étaient des problèmes critiques (6 % de priorité 1 et 24 % de priorité 2). L'évaluation a néanmoins permis de constater que, dans aucun des 83 rapports de VIE, on ne recommandait la fermeture d'un établissement, ce qui semble indiquer un certain niveau de sûreté et de sécurité.

Les anecdotes rapportées lors des entrevues suggèrent à la fois l'amélioration de la sécurité des établissements de santé et la persistance de certains problèmes. Par exemple, l'une des personnes interrogées a raconté qu'un nouvel établissement construit en 2016 a permis une plus grande intimité pour les patients en séparant le

Bureau du conseil de bande de l'établissement de santé. Une autre des personnes interrogées a mentionné que l'établissement où elle se trouvait lui permettait de grouper certaines pièces d'équipement et fournitures (p. ex. l'équipement d'exercice physique, l'équipement de soins à domicile et les fournitures, l'équipement destiné à la santé publique et l'équipement de laboratoire), ce qui aide à offrir plus efficacement des services de qualité. Toutefois, une autre personne a raconté que, parce que l'établissement où elle se trouvait n'avait pas été rénové depuis 20 ans, le toit s'est un jour effondré, ce qui a causé une grosse inondation de l'établissement. Les dommages ont été estimés à quelque 50 000 \$. Le toit a été réparé, mais à coût plus élevé en raison de l'inondation. De plus, selon la personne, le plancher de l'établissement doit être remplacé, on ne peut accéder au sous-sol en fauteuil roulant et la cuisine est dans un piètre état.

La vérification de la sécurité physique effectuée en septembre 2016 par Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada a révélé des faiblesses dans les services de sécurité de postes de soins infirmiers situés dans des collectivités éloignées et isolées. La réponse de la direction et le plan d'action associés à la recommandation découlant de cette constatation ont été approuvés et sont maintenant mis en œuvre par le Programme. De plus, comme on l'a noté tout au long du rapport, il existe des exemples d'endroits où les établissements de santé ont facilité la prestation efficace de programmes et de services de santé (nouvelle construction offrant plus de locaux pour les services et la programmation), mais aussi des situations dans lesquelles les installations ne favorisaient pas la prestation de programmes et des services de santé efficaces (un espace limité exige le stockage des équipements dans les salles d'attente).

Veillez consulter la section 8.0 du présent ouvrage pour évaluer si les établissements de santé permettent aux Premières Nations de faire la prestation efficace des programmes et les services de santé.

8.0 Rendement : Question n° 5 : Démonstration d'économie et d'efficacité

L'évaluation a permis de recueillir des données dans quatre domaines principaux afin d'évaluer l'efficacité et l'économie du programme²³ : (1) dépenses du programme; (2) les gains d'efficacité; (3) la comparaison avec les systèmes et les processus d'autres programmes; et (4) la mesure du rendement. Ces données se fondaient sur les constatations faites dans le cadre de l'examen documentaire, de l'examen des données administratives, de l'analyse des systèmes et des processus, et des entretiens avec les principaux informateurs.

Plusieurs types de données financières ont servi à éclairer l'analyse de l'efficacité et de l'économie, notamment le budget et les dépenses du programme, les coûts associés à la construction et à la rénovation des bâtiments (tant planifiés que réels) ainsi que les

dépenses de F et E. Les renseignements sur le budget et les dépenses du programme provenaient de la DGDPF, alors que les renseignements sur les plans de construction et de rénovation étaient fournis par l'administration centrale du programme et les régions.

Économie – Dépenses et planification du programme

Lors des entrevues, on a mentionné qu'une proportion importante du budget alloué au Programme est versée tard au cours de l'exercice au moyen de fonds supplémentaires, pourrait mener à la dépense de ressources dans le cadre de projets d'immobilisations « prêts à construire » vers la fin de l'exercice, mais étant moins prioritaires que certains autres projets pour lesquels il faut prévoir plus de temps pour la planification et l'élaboration. Néanmoins, en général, l'utilisation optimale des ressources et de la planification a été facilitée par la forte participation des régions au processus du PILT.

Bien qu'une comparaison détaillée des dépenses budgétisées et des dépenses réelles n'ait pas été possible avec les données fournies pour l'évaluation, une analyse des rapports ministériels sur le rendement (RMR) a révélé que plus de la moitié des dépenses sont supérieures aux montants initialement prévus et que des fonds supplémentaires sont octroyés par des sources non précisées. Le fait de devoir consacrer des ressources à la fin de l'année à des projets d'immobilisations où l'on est « prêt à construire », mais qui sont moins prioritaires que certains projets dont la planification et l'élaboration nécessitaient plus de temps a posé quelques défis en matière de planification et d'économie générale du Programme. Dans l'ensemble, toutefois, la planification s'est améliorée grâce à la participation des régions au processus d'établissement des priorités.

L'évaluation actuelle n'a pas permis de faire une comparaison directe entre les dépenses et les budgets annuels en utilisant des données provenant de la DGDPF, étant donné les différences dans la façon dont les budgets et les dépenses du PES sont saisis et alloués dans les systèmes de données financières du Programme. Selon les données financières fournies par la DGDPF pour le PES, le Programme a dépensé environ 451 millions de dollars de 2010-2011 à 2014-2015 (voir le Tableau 8). Selon les RMR examinés, qui indiquaient les dépenses prévues et réelles au niveau du sous-sous-programme (2013-2014 et 2014-2015), une proportion importante du budget alloué au Programme est versée en fin d'exercice, sous forme de fonds supplémentaires. Bien que les montants fournis dans RMR ne puissent pas être comparés directement aux dépenses du Tableau 8 en raison des différents filtres utilisés (par exemple, à l'exclusion de la région du Pacifique), les données indiquent que les dépenses prévues peuvent être doublées par les fonds supplémentaires reçus. Par exemple, en 2013-2014, le budget prévoyait des dépenses de 41,8 millions de dollars, mais les dépenses réelles ont atteint 103,6 millions de dollars. De même, en 2014-2015, les dépenses prévues étaient de 32,3 millions de dollars, mais les dépenses réelles se sont élevées à 79,7 millions de dollars, soit plus du double des

dépenses prévues. Selon les RMR, l'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles est principalement attribuable au financement supplémentaire provenant d'autres sources, comme le report à vue, en vue de réaliser des investissements de capital essentiels et prioritaires dans les infrastructures des Premières Nations et des Inuits.

Tableau 8 : Dépenses du Programme des établissements de santé par région, 2010-2011 à 2014-2015, à l'exclusion de la région du Pacifique (en millions de dollars)

	Atl.	QC	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	Région du Nord	AC	Total
2010-2011	7,43	8,11	26,96	51,86	15,80	24,67	0,00	0,00	134,83
2011-2012	5,37	5,73	18,26	11,78	9,81	14,69	0,00	0,00	65,64
2012-2013	4,62	7,00	24,70	15,85	11,74	17,17	0,00	0,51	81,59
2013-2014	3,98	6,56	26,56	18,91	12,22	20,66	0,00	0,60	89,49
2014-2015	3,59	4,34	24,98	26,15	7,90	10,90	0,19	1,47	79,52
Total	24,99	31,74	121,46	124,55	57,47	88,09	0,19	2,58	451,09
Distribution régionale									
2010-2011	5,5 %	6,0 %	20,0 %	38,5 %	11,7 %	18,3 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
2011-2012	8,2 %	8,7 %	27,8 %	17,9 %	14,9 %	22,4 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
2012-2013	5,7 %	8,6 %	30,3 %	19,4 %	14,4 %	21,0 %	0,0 %	0,6 %	100,0 %
2013-2014	4,5 %	7,3 %	29,7 %	21,1 %	13,6 %	23,1 %	0,0 %	0,7 %	100,0 %
2014-2015	4,5 %	5,5 %	31,4 %	32,9 %	9,9 %	13,7 %	0,2 %	1,8 %	100,0 %

Source : DGDPF. Nota : Exclut le financement des services hospitaliers. Comprend les dépenses en immobilisations associées au programme du PNLAADA si celles-ci sont codées en immobilisations. Les fonds pour dépenses en capital du PNLAADA transférés en vertu du F et E ou de subventions et de contributions ne figurent pas au tableau.

Étant donné le nombre élevé de demandes de financement pour des dépenses en immobilisations dans la plupart des régions et les ressources limitées étant accessibles au cours de la période d'évaluation, il a été jugé comme essentiel d'établir avec justesse un ordre de priorité des investissements. Les personnes interrogées ont soulevé quelques questions à propos de la façon dont les fonds supplémentaires mis à leur disposition plus tard au cours de l'exercice financier ont été alloués. Quelques-unes d'entre elles craignaient que certaines collectivités n'aient pas reçu le financement supplémentaire qui avait été versé plus tard dans l'année en raison des difficultés auxquelles elles se heurtaient en ce qui concerne la capacité de gérer les projets

d'immobilisations, et ce, malgré le fait qu'elles avaient le plus de besoins. Cela a peut-être été le cas lorsque les collectivités qui avaient un besoin important et de priorité plus élevée ont été ignorées à cette étape de l'année en faveur des collectivités qui avaient des projets prêts à construire, même s'ils étaient moins prioritaires.

Selon ce qui est ressorti des entrevues, l'utilisation optimale des ressources et de la planification était directement liée à des régions dans le processus du PILT. Compte tenu du nombre élevé de demandes de fonds pour des dépenses en immobilisations dans la plupart des régions et des ressources limitées pour l'investissement au cours de la période d'évaluation, on a généralement estimé que le processus d'établissement des priorités était exact et valide étant donné que les personnes qui avaient une connaissance très tangible des collectivités et qui participaient aux activités de celles-ci prenaient également part à l'élaboration du PILT régional. Cette participation était jugée comme essentielle pour classer avec précision les investissements en ordre de priorité.

Enfin, le Cadre de modernisation du programme des immobilisations (CMPI) a été mis en place en avril 2011, l'objectif premier étant de promouvoir une gestion plus efficace, systématique et durable des immobilisations des établissements de santé financés par Santé Canada. Ce cadre accorde la priorité aux projets de nouvelles constructions, de remplacement et de réfection touchant aux besoins de santé primaires, aux établissements dont l'âge effectif est le plus élevé et aux communautés les plus fragiles. L'un des principaux éléments du Cadre était l'affectation de 80 % des fonds d'investissement aux dépenses en immobilisations mineures et des 20 % restants aux projets d'immobilisations importants. Avant l'exercice 2014-2015, la proportion prévue de fonds alloués à de petits projets d'immobilisations variait de 27 % à 66 %, selon l'année étudiée. Dès 2014-2015, le PES a atteint l'objectif fixé dans le Cadre lorsque le PILTn a prévu de verser 80 % du financement à de petits projets d'immobilisations²⁴.

Gains d'efficacité

L'évaluation a permis de relever divers exemples de l'efficacité du programme. Il s'agissait notamment de la coordination continue entre le Programme et d'autres ministères fédéraux ainsi que de gains d'efficacité pour quelques provinces et territoires grâce à la collaboration.

D'après l'examen documentaire, les études de cas, l'analyse des systèmes ou des processus, et les entrevues, il y avait un certain nombre d'exemples de la façon dont le Programme produit des extraits et obtient des résultats de manière économique. En voici quelques exemples :

- Une certaine collaboration entre les représentants du PES et AANC en vue de faire des gains d'efficacité quant aux inspections d'établissements, grâce à la conduite d'un projet pilote, toujours en cours, qui vise à entreprendre des inspections conjuguées dans certaines régions. Parmi les objectifs du Plan stratégique pour la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, publié en 2012, on trouve l'harmonisation des programmes d'AANC et ceux des

provinces. De plus, le plan de travail commun d'AANC et de Santé Canada sur les possibilités et questions stratégiques de 2015-2016 indique trois domaines dans lesquels les travaux relatifs aux immobilisations pourraient être réalisés de façon conjointe : (1) inspections conjointes (2) programme de formation itinérante pour l'entretien des immeubles combiné (bâtiments communautaires et établissements de santé) (3) planification concertée de grands projets, y compris sur les aspects comme la co-occupation de l'infrastructure de soins dentaires dans les écoles financées par AANC dans la région de l'Atlantique et le travail visant à intégrer le PAPAN dans les nouvelles constructions scolaires de la région de la Saskatchewan. La collaboration entre AANC et Santé Canada peut parfois se produire à l'échelle communautaire, mais les personnes interrogées n'en ont noté que très peu d'exemples. À l'occasion, il peut y avoir une certaine coordination à l'échelle communautaire si AANC et Santé Canada effectuent des investissements en capital au cours de la même période, mais il s'agit plutôt d'un échange d'information que d'activités de coordination. On a également fait remarquer qu'AANC avait fait peu d'investissements en capital au cours des cinq dernières années, ce qui limite les possibilités de collaboration.

- Il existe des différences entre les régions en ce qui concerne la mesure dans laquelle elles coordonnent leurs activités et collaborent avec les gouvernements provinciaux sur ce qui a trait aux établissements de santé des collectivités des Premières Nations. L'évaluation a permis de relever divers exemples de la façon dont les installations financées par le PES sont conçues et soutenues pour accommoder les visites de médecins financées par les gouvernements provinciaux, de même que le travail des infirmières praticiennes dans les réserves afin de fournir des services de soins primaires aux groupes bénéficiaires de la population, bien que cela semble souvent être coordonné à l'échelle locale (par la collectivité) plutôt que par des initiatives coordonnées par les gouvernements provinciaux et fédéral. Dans la région de l'Ontario, le gouvernement de l'Ontario dispose d'un vaste secteur de la santé communautaire, auquel participent un peu plus de 900 organismes de services de santé. Parmi ces organismes, il y a 10 centres autochtones d'accès aux soins de santé qui offrent des services à la fois dans les réserves, à proximité et à l'extérieur des celles-ci, dans les zones urbaines, rurales et nordiques. Les 14 RLISS ont pour mandat d'harmoniser et d'intégrer la prestation des services de santé par un éventail considérable de fournisseurs de services de santé dans la zone qu'ils desservent. La duplication et le chevauchement sont ainsi réduits au maximum. Par exemple, on indique, dans le Rapport annuel du RLISS du Nord-Ouest de 2014-2015 que le RLISS du Nord-Ouest a pour objectif de collaborer avec la collectivité autochtone et les organismes fédéraux et provinciaux en vue d'améliorer l'accès aux programmes et services de soins de santé qui sont adaptés aux différences culturelles. Les représentants officiels du RLISS du Nord-Ouest rencontrent les fonctionnaires de Santé Canada en ce qui a trait aux 72 collectivités des Premières Nations du RLISS. En revanche, au Manitoba, il semble y avoir une coordination limitée entre la planification des

immobilisations en santé du gouvernement provincial et le PES en ce qui concerne les collectivités autochtones signataires du Mémorandum d'entente de 1964, si l'on en croit les commentaires des personnes interrogées. La province fournit des services de santé et d'infrastructure directement à ces collectivités. Par exemple, la province a récemment construit deux centres de dialyse et a également mis à niveau les postes de soins infirmiers plus âgés dans les centres de santé autochtones.

- Une initiative d'essai appuyée par le PES est en cours dans quelques régions; elle vise à regrouper diverses ressources liées à l'exploitation et à la gestion des installations pour ensuite soutenir un groupe de petites collectivités qui n'auraient vraisemblablement pas accès à la gamme et aux compétences de ces ressources.

Pratiques exemplaires et novatrices

L'évaluation a examiné d'autres programmes de planification et de gestion des immobilisations liés aux communautés autochtones ou aux établissements de santé. L'objectif de cette analyse était de définir les pratiques exemplaires et les approches novatrices de programmation dans ce domaine, puis de procéder à une analyse comparative par rapport au PES pour mettre en évidence les similitudes et les domaines qui différaient, mais pourraient être considérés comme porteurs d'améliorations importantes par le PES.

L'analyse des systèmes ou des processus a porté sur un petit nombre de programmes d'immobilisations²⁵, à savoir les quatre programmes suivants :

- *Programme d'immobilisations et d'entretien (PIE) d'Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC).* L'autre principal fonds fédéral canadien visant à soutenir les infrastructures communautaires des Premières Nations dans les réserves.
- *Fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé du ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO).* Financement de dix centres autochtones d'accès à la santé et du rôle des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS).
- *Santé Manitoba – Planification des immobilisations.* Un protocole d'entente entre le ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social et le ministère de la Santé du Manitoba a été signé en 1964 pour assurer la prestation des services de santé aux Premières Nations du Nord.
- *Département de la santé et des services sociaux des États-Unis, Service de santé des Indiens (IHS) et Office of Environmental Health & Engineering.* L'IHS offre des services de santé à environ 2,2 millions d'Amérindiens et Autochtones de l'Alaska, et il comprend plus de 650 établissements de santé.

Les méthodes comprenaient un examen du site Web, un examen documentaire et des entrevues avec des représentants du programme.

Examen des processus de planification et d'établissement des priorités

Dans l'ensemble, l'évaluation a révélé que, parmi les autres programmes, la planification et l'établissement des priorités consistaient en des processus de planification imbriqués liés à une planification plus vaste, avec des contributions et une participation considérables des régions. Ceci est semblable au processus de planification et de définition des priorités des investissements en capital. Si l'on prend en considération le changement du rôle de remise en question plus important du bureau national et les lettres d'appel explicites rédigées à partir de 2013-2014, le processus du PILT est assez semblable aux autres programmes. Les principales caractéristiques des priorités de planification des autres programmes étaient les suivantes :

- Les processus de planification imbriqués, de même que les lignes directrices ou les listes de priorités permettent de s'assurer que le financement en capital correspond aux plans de santé et d'immobilisations plus vastes. En règle générale, les plans régionaux sont guidés par un plan directeur national qui définit les priorités de financement et doivent s'harmoniser avec celui-ci. C'est ce qui caractérise le PES, tout comme l'utilisation de lettres d'appel décrivant les priorités d'un point de vue national;
- Les entités régionales et les organismes qui les approuvent peuvent fournir des renseignements sur les besoins en matière d'infrastructure sanitaire dans les zones desservies, et approuver ou soumettre des demandes d'immobilisations tenant compte des besoins des systèmes régionaux de santé dans leur ensemble et s'y harmonisant. Cela est typique de l'utilisation que fait le PES du CERI;
- Les AC classent les demandes de financement d'immobilisations en fonction des besoins et des risques, même si les organismes régionaux ont déjà fourni des projets prioritaires. Cette mesure garantit une évaluation des risques et un classement cohérent entre les régions, ainsi que l'harmonisation sur les priorités et considérations d'ordre national. Cela caractérise mieux le PES depuis 2013-2014;
- Le classement prioritaire des applications d'infrastructure est guidé par un cadre de classement national prioritaire, ou par des critères ou une échelle de cotation normalisés en vue d'appuyer la cohérence et la transparence. Il s'agit d'un domaine sur lequel le PES travaille actuellement; toutefois, les critères et les échelles de cotations ne sont pas encore normalisés aux échelles régionale et nationale;

- Les critères d'établissement des priorités en matière de financement des immobilisations étaient les suivants :
 1. État de l'actif et risques associés, en mettant l'accent sur la santé et la sécurité (étayé par des vérifications et des inspections d'établissements);
 2. Besoins qu'a la population de services et de programmes de santé;
 3. Distance d'autres services de santé;
 4. Expérience du patient ou prestation des soins;
 5. Gains d'efficacité en coûts;
 6. Autres modèles de financement;
 7. Croissance de la demande pour des services de santé;
 8. Priorités ou contributions de l'organisme de soutien ou de la région;
 9. Les évaluations réalisées après l'occupation servent à éclairer la planification et la conception des installations et des immobilisations futures et à améliorer la prestation globale des services de santé dans les établissements.

Examen des processus de gouvernance et de gestion

L'évaluation a révélé que, dans les autres programmes examinés, il était courant de travailler avec des conseils de gestion des placements ou des comités consultatifs qui surveillaient, orientaient et établissaient des normes relatives aux décisions de financement d'immobilisations. Des cadres de contrôle de la gestion ont été utilisés pour fournir des lignes directrices sur la gouvernance, la gestion financière, le financement, la préparation de rapports, l'évaluation des risques et le suivi. Cette démarche est semblable à la mise en service du Comité d'examen et de répartition des immobilisations (CERI) et du Comité d'examen des programmes d'immobilisations (CEPI) du PES, de même que des outils et cadres employés pour la gestion du Programme.

Examen du processus de financement en F et E

L'examen d'autres programmes a permis de constater que les entités régionales fixaient des objectifs précis en matière de dépenses en immobilisations et en F et E pour favoriser l'entretien adéquat des installations, ce, en fonction des inspections périodiques de l'état des actifs et de la population desservie. Disposer d'infrastructures financées au moyen d'un fonds d'immobilisation doté de volets soutenant, tant les nouveaux projets que le maintien de l'actif et la co-occupation, a aidé à assurer l'entretien des installations existantes. Un processus de demande unique a permis de réduire le fardeau des demandeurs et de permettre au bailleur de fonds de prendre des décisions sur le type de financement nécessaire. Une autre constatation tirée de l'examen était que rendre le financement conditionnel à des inspections accréditées des installations a aidé à concentrer les ressources sur les besoins les plus élevés en F et E. En ce qui concerne le PES, l'évaluation a permis de découvrir que les décisions relatives à l'affectation des fonds de F et E varient selon les régions, mais qu'elles sont fondées en grande partie sur les allocations historiques. En outre, certaines régions

utilisent une formule selon le nombre de mètres carrés et attribuent moins souvent les fonds en fonction des besoins évalués de façon officielle. Il convient de noter que ce n'est pas nécessairement le résultat de la conception du programme, puisque ce sont les régions qui reçoivent le financement pour les activités de F et E et qui décident de la façon dont les sommes seront allouées à chaque collectivité. Certaines choisissent de le faire en se basant sur le niveau de financement des années antérieures, d'autres avec une formule, et quelques-unes, en fonction des besoins.

Examen des systèmes d'information

L'examen a permis de constater que les systèmes d'information sont utilisés pour consigner les renseignements sur les infrastructures ou les installations ainsi que les résultats d'inspections dans un format normalisé et cohérent qui facilite la prise de décisions et la production de rapports. Les systèmes de planification informatisés servent à déterminer les besoins en personnel et en installations en fonction de ceux de la collectivité et des données sur l'infrastructure. Les données de ces systèmes peuvent être utilisées pour évaluer les risques et établir des priorités. Toutefois, les représentants du Programme d'immobilisations et d'entretien d'AANC et ceux du fonds pour le réaménagement de l'infrastructure du système de santé du MSSLDO ont tous déclaré que garder le système à jour posait des difficultés. En comparaison, le PES a rencontré des problèmes avec les systèmes d'information actuels utilisés pour faire la gestion et le suivi du programme.

Renforcement des capacités

Quelques-uns des programmes ont noté que les groupes consultatifs techniques et les programmes de formation et de mentorat aidaient les collectivités et les fournisseurs de services de santé à effectuer les inspections, à achever les plans, à soumettre des demandes de projets et des analyses de rentabilisation, et à maximiser l'utilisation des infrastructures existantes.

Mesure du rendement

Dans l'ensemble, l'évaluation a relevé d'importants obstacles en ce qui concerne la mesure du rendement du Programme.

Le SIGBI a des fonctionnalités limitées en tant que système de gestion de l'information, bien que la planification et le développement d'options soient de nouveau en cours afin de trouver une solution qui fournira au Programme des données administratives adéquates pouvant être utilisées pour diverses fonctions de gestion. Au cours de la période ciblée par l'évaluation, le Programme n'a permis de recueillir que de l'information limitée sur le rendement. On a rendu compte de certains indicateurs de rendement propres au PES à l'aide des RMR de Santé Canada pour les exercices 2013-2014 et 2014-2015 : 1) la proportion des recommandations considérées comme étant de « haute priorité » émises dans les VIE qui sont abordées dans les temps; et

2) le nombre de bénéficiaires ayant conclu des ententes de contribution en vigueur à partir de 2011-2012 ou ultérieurement qui a entraîné l'élaboration de plans visant à gérer les activités de F et E de l'infrastructure sanitaire. Selon le PES, les objectifs pour ces deux indicateurs ont été surpassés au cours de ces deux exercices. De plus, pendant la période évaluée, le PES a rendu compte, au moyen du tableau de bord ministériel, de la proportion, à l'échelle nationale, d'établissements de santé pour lesquels une VIE a révélé des problèmes critiques en matière de biens immobiliers et du nombre de recommandations primordiales en suspens, et ce, pour cinq exercices financiers (de 2010-2011 à 2014-2015). En vue de rendre compte de ces indicateurs, les représentants du PES ont collaboré avec les régions pour obtenir les données fondées sur les VIE menées dans ces régions. Toutefois, selon les représentants des régions consultés, lors de la période à l'étude, ceux-ci n'ont pas directement participé à la réalisation des rapports sur le rendement à l'échelle nationale, mais qu'ils fournissaient au bureau national des rapports ponctuels, sur demande.

Le PES a modifié le modèle logique et la stratégie de mesure du rendement (SMR) lors de 2014-2015 et 2015-2016 pour que les activités du Programme ainsi que les extrants et résultats connexes soient mieux reflétés, ce qui a engendré la modification des indicateurs de rendement. La modification a été effectuée en consultation avec le DGDPF et le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT); les régions ont participé au processus. Le Programme a en outre élaboré un processus systématique de suivi des recommandations émises lors de vérifications et d'inspections en réponse à l'une des recommandations émises par le Bureau du vérificateur général (BVG).

9.0 Conclusions

9.1 Conclusions relatives à la pertinence

Besoin en continu

Il est important que le gouvernement fédéral poursuive les activités à l'appui de l'entretien, de la construction, de l'acquisition, de la location, de l'agrandissement ou de la rénovation d'établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations. Ce besoin résulte de la disparité importante qui persiste entre l'état de santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et celui de la population non autochtone du Canada. Pour aider à éliminer cette disparité, il est essentiel de mettre en place des établissements de santé sécuritaires qui peuvent contribuer à la capacité des collectivités des Premières Nations d'offrir des programmes et des services de santé, un besoin qui a été souligné dans les *appels à l'action* lancés récemment par la Commission de vérité et de réconciliation (CVR).

Le concept général du PES répond aux besoins des clients; toutefois, la mesure dans laquelle ce programme pourrait y répondre a été réduite considérablement au cours de la période visée par l'évaluation à cause des fonds limités étant accessibles pour

donner suite aux demandes de F et E et d'immobilisations liées aux établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations. L'écart réel entre la demande de financement en immobilisations et le financement du programme au cours de la période visée par l'évaluation était important. Pour aider à combler cet écart, le Budget 2016 prévoyait des engagements supplémentaires en vue d'améliorer les établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations. À ce manque de financement, s'ajoutent plusieurs facteurs qui ont empêché le PES de combler adéquatement les lacunes au cours de la période visée par l'évaluation, notamment l'accroissement du nombre et de la portée des programmes offerts par la DGSPNI dans les installations existantes, les demandes changeantes et les normes relatives aux programmes et aux établissements de santé, la croissance et les changements démographiques, et l'augmentation des coûts liés aux nouvelles technologies, à la construction et aux services publics.

Conformité avec les priorités du gouvernement

Les objectifs et les activités du PES correspondent aux priorités du gouvernement fédéral et à celles de Santé Canada. Au cours de la période visée par l'évaluation, le Programme est demeuré aligné sur les priorités énoncées dans les discours du Trône et, en particulier, la promesse, faite en 2015, de combler les lacunes dans les résultats de santé entre les collectivités autochtones et non autochtones.

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

L'évaluation précédente avait indiqué que le PES s'harmonisait avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral. Ces rôles et responsabilités n'ont pas changé substantiellement au cours de la période visée par la présente évaluation. Le PES s'harmonise avec les rôles et responsabilités établis dans diverses politiques et textes faisant autorité. Il n'y a pas de preuve de chevauchement avec d'autres programmes fédéraux, provinciaux ou territoriaux.

9.2 Conclusions relatives au rendement

Des progrès ont été notés dans la mise à jour de diverses lignes directrices et politiques durant la période visée par l'évaluation, bien qu'il y ait eu des retards de diffusion et de mise en œuvre. Ces politiques et ces manuels internes sont généralement perçus par les représentants du programme comme étant d'actualité et utiles. Cependant, des suggestions précises d'amélioration ont été formulées.

Le PES a permis de faire mieux connaître et de rendre plus facilement accessibles les outils et la formation aux bénéficiaires des Premières Nations, surtout en adaptant les ressources de programme aux besoins des différentes collectivités. L'adaptation des ressources aux besoins de chaque collectivité est jugée comme essentielle par les intervenants qui travaillent directement auprès de ces collectivités. Les représentants de Santé Canada font toutefois observer que les petites collectivités éloignées ont tendance à se heurter à des problèmes de taille lorsqu'il s'agit d'accroître leur capacité et que, de ce fait, moins de progrès ont été réalisés dans celles-ci.

Il subsiste des difficultés en ce qui concerne l'état général et la fonctionnalité des établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations, surtout compte tenu de l'augmentation des coûts d'entretien et de construction, des problèmes de capacité dans ces dernières, et de l'évolution du type et du nombre de programmes et de services de santé offerts dans les collectivités.

- La façon de mener chaque type de vérification et d'inspection varie énormément d'une région à l'autre. Il est donc difficile de comparer les constatations et les recommandations issues de types précis de vérification et d'inspection, et d'en faire la synthèse. L'examen des rapports de vérification et d'inspection dans les régions n'a révélé aucune structure, aucun critère ou aucun domaine d'intérêt commun, sauf dans le cas des VIE, pour lesquelles il existe des critères normalisés.
- Le quart des établissements de santé n'ont fait l'objet d'aucune vérification ou inspection au cours de la période quinquennale visée par l'évaluation. La moitié des établissements (51 %) ont été inspectés plus d'une fois. Pour la majeure partie de la période visée par l'évaluation, la politique était d'inspecter les établissements tous les cinq ans. En 2014-2015, le PES a élaboré une politique de vérification ou d'inspection d'installations aux trois ans.
- Des 83 rapports de vérification ou d'inspection examinés de 2010-2011 à 2014-2015, 27 (33 %) d'entre eux faisaient mention d'un problème de priorité 1 et 71 (86 %), d'un problème de priorité 2. En outre, des quelque 1 900 constatations ressorties de ces vérifications et inspections, environ 30 % concernaient des problèmes critiques (6 % de priorité 1 et 24 % de priorité 2).

- Selon les vérifications, les examens documentaires, les études de cas et les entrevues, il y a de nombreuses préoccupations en ce qui concerne les activités F et E de beaucoup d'établissements. Cette situation est probablement attribuable aux problèmes de capacité qu'éprouvent certaines collectivités, lesquels sont conjugués au financement limité et au vieillissement des établissements soumis à des conditions relativement dures.

L'accent a été mis sur les investissements en immobilisations dans la planification et l'établissement des priorités du processus de participation au plan d'investissement à long terme au cours de la période visée, quoique le nombre et la portée aient été restreints, compte tenu du financement limité. La participation accrue dans ce processus à l'échelle nationale, combinée à une vaste participation des régions, aurait contribué au succès.

Les systèmes d'information du PES posent des problèmes de taille, de sorte qu'il est difficile, dans le cadre du programme, d'obtenir des renseignements exacts et à jour qui permettraient d'orienter les plans d'allocation du financement et de rendre compte des résultats du programme. Ce sont des enjeux de longue date qui avaient été soulevés lors de l'évaluation précédente du PES. Compte tenu de ces difficultés, les régions ont mis au point divers outils et systèmes pour être en mesure de répondre à leurs besoins immédiats en matière d'information et d'assurer la gestion et l'exécution du programme à l'échelle régionale. La DGSPNI et la DGSG en sont actuellement à établir les solutions possibles aux problèmes de TI.

Démonstration d'économie et d'efficacité

Il est difficile d'évaluer quantitativement les aspects de l'économie et de l'efficacité globale du PES dans son ensemble, étant donné les problèmes d'intégrité et d'accessibilité des données administratives et financières. Les indices qualitatifs portent à croire que le PES a fait preuve d'économie et d'efficacité grâce à la réalisation de l'objectif de 80 % découlant du cadre pour la modernisation des dépenses en immobilisations mineures, de l'intégration de la participation régionale à la planification contribuant à une hiérarchisation précise des investissements ainsi que de la collaboration entre le PES et d'autres ministères fédéraux, de même que certaines provinces, afin de gagner en efficacité, d'accommoder d'autres services de santé et de tirer parti de diverses initiatives. Les investissements faits à la fin de l'exercice dans le PES, difficiles à planifier et pas nécessairement affectés aux projets jugés les plus prioritaires durant le processus de planification, ont été mis en évidence comme le secteur qui nuisait à l'utilisation efficace des ressources.

Les processus de conception et de mise en œuvre du PES sont un peu semblables aux programmes d'immobilisations d'autres provinces. Quelques-uns des processus relevés dans d'autres programmes pourraient être examinés plus à fond par le PES pour déterminer s'ils sont pertinents et utiles à l'amélioration de l'économie et de l'efficacité du programme, et peut-être aussi de son efficacité. Ils se situaient principalement dans

les secteurs des dépenses en F et E, dans les systèmes de gestion de l'information et dans le renforcement de la capacité.

10.0 Recommandations

Recommandation 1

Santé Canada devrait s'assurer, en collaboration avec les collectivités des Premières Nations, que la politique de la DGSPNI sur la fréquence des vérifications et des inspections est appliquée comme prévu (actuellement effectuées tous les trois ans) et que les manquements aux exigences en matière de santé et de sécurité ou aux codes du bâtiment font l'objet d'un suivi systématique et d'un traitement prioritaire dans les plans d'immobilisations annuels, aux échelles régionale et nationale.

L'évaluation a permis de constater qu'une proportion importante d'établissements n'étaient pas régulièrement inspectés. Le Programme a assuré le suivi des problèmes prioritaires décrits dans les VIE de la période à l'étude, mais non ceux relevés dans les autres types de vérifications et d'inspections (p. ex. EMR et RIEE). L'examen des PILTr et des PILTn lors de la période à l'étude n'a pas permis d'établir un lien direct entre les investissements prévus et la résolution des problèmes de haute priorité définis dans les vérifications et les inspections. Depuis 2015-2016, on a mis au point, dans le cadre du programme, un processus systématique de suivi des recommandations émises dans les vérifications et inspections.

Recommandation 2

Santé Canada devrait remplacer son système actuel d'information de gestion du PES par un système qui peut fournir des analyses des activités, des extraits et des résultats à l'échelle des programmes et permettre d'établir des liens pertinents avec les données sur les dépenses.

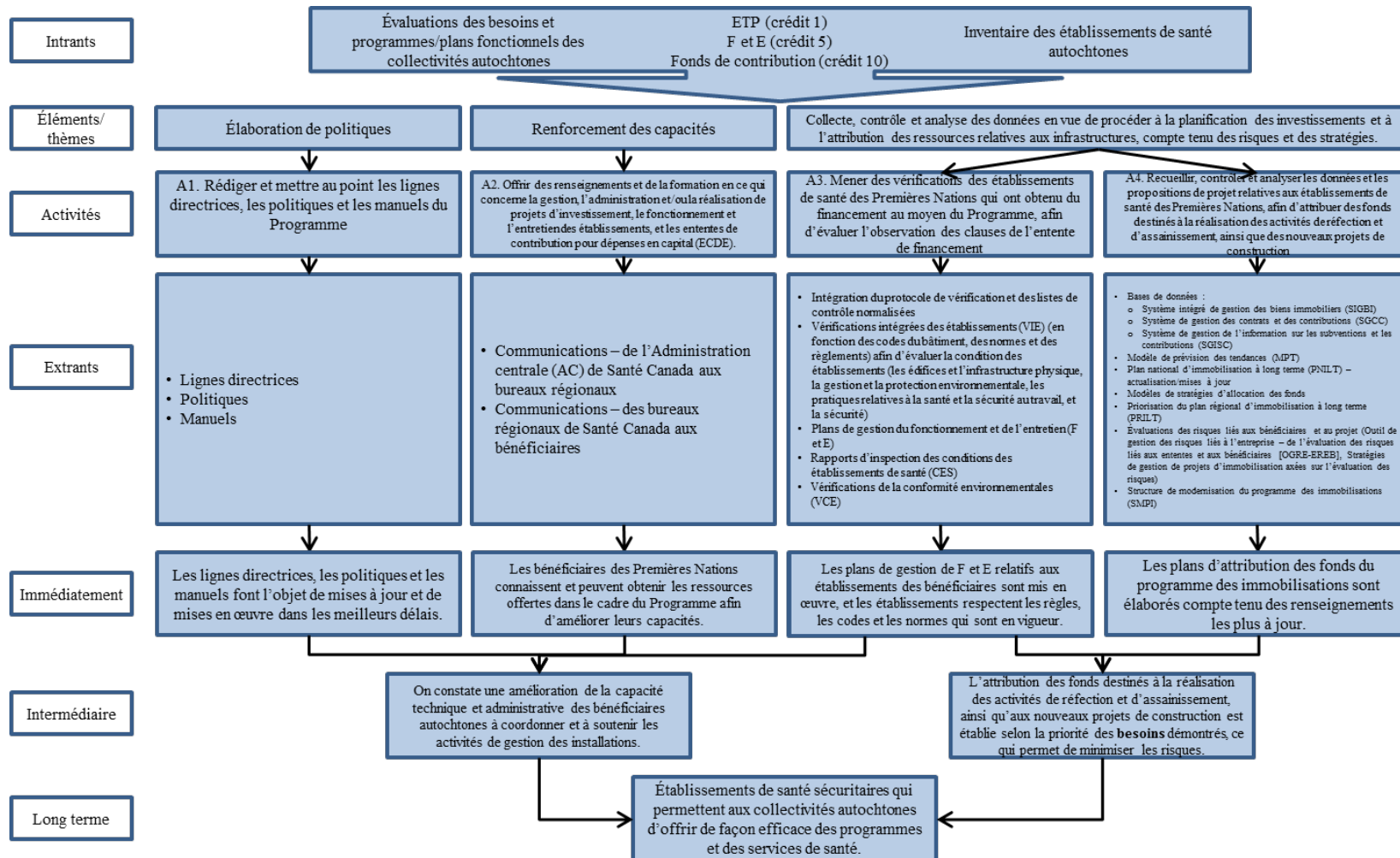
On constate d'importants problèmes concernant les données administratives et financières accessibles au PES. L'information administrative nécessaire pour gérer le portefeuille des établissements présente des lacunes. Des éléments clés de l'amélioration de ces systèmes consisteraient à établir des mesures clés normalisées de la gestion des biens immobiliers (p. ex. âge effectif et indice de l'état des établissements) pour faciliter la gestion du programme et la prise des décisions, en particulier dans le contexte de l'évaluation du besoin, de la détermination des risques et de la prévision des dépenses.

Recommandation 3

Santé Canada devrait assurer une plus grande uniformité entre les régions concernant un ensemble de normes de base pour la vérification et l'inspection des établissements, tout en continuant d'accorder aux régions la souplesse voulue.

Cette recommandation engloberait les normes concernant les critères d'inspection, la production de rapports et la saisie de données visant à donner suite aux recommandations. L'uniformité des normes de base utilisées par les régions permettrait au programme d'analyser les données à l'échelle nationale et, ainsi, de mieux comprendre la situation du programme dans son ensemble plutôt qu'à l'échelle régionale.

Annexe 1 – Modèle logique



Annexe 2 – Comparaison des programmes d’immobilisations

L’analyse des systèmes et des processus a porté sur un petit nombre de programmes d’immobilisations. Les méthodes comprenaient un examen du site Web, un examen documentaire et des entrevues avec les représentants du programme. Les quatre programmes examinés comprenaient :

- *Programme d’immobilisations et d’entretien (PIE) d’Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC)*. Bien que ce fonds soit axé sur l’infrastructure communautaire et non sur l’infrastructure de la santé, il constitue le principal autre fonds fédéral canadien d’immobilisations dans les réserves des Premières Nations et il existe actuellement des occasions de coordonner son action et de collaborer avec le PESI.
- *Fonds pour le réaménagement de l’infrastructure de la santé du MSSLDO*. L’Ontario suit la Colombie-Britannique en ce qui concerne le nombre de collectivités des Premières Nations qu’elle compte sur son territoire. L’approche adoptée en Ontario comprend le financement de 10 centres autochtones d’accès aux soins de santé et le rôle important des 14 RLISS pour assurer l’harmonisation et l’intégration, de même que pour éviter les chevauchements parmi les fournisseurs de services de santé dans leurs zones desservies respectives.
- *Santé Manitoba – Planification des immobilisations*. Le Manitoba compte de nombreuses collectivités des Premières Nations; un mémorandum d’entente entre le ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social et le ministère de la Santé du Manitoba a été signé en 1964 pour assurer la prestation des services de santé aux Premières Nations du Nord. Les investissements en santé dans ces collectivités sont effectués à partir de fonds d’immobilisations fédéraux ou provinciaux.
- *Département de la santé et des services sociaux des États-Unis, IHS, et l’Office of Environmental Health & Engineering*. L’IHS offre des services de santé à environ 2,2 millions d’Amérindiens et Autochtones de l’Alaska, et il comprend plus de 650 établissements de santé. L’IHS a une structure administrative et des éléments moteurs semblables à ceux de Santé Canada.

Annexe 3 – Résumé des constatations

Cotation des constatations : Les cotations ont été fournies pour indiquer la mesure dans laquelle chaque question ou problème relevé dans l'évaluation a été abordé.

Cotes relatives à la pertinence et explications : Un résumé des cotes relatives à la pertinence est présenté dans le tableau 1 ci-dessous. La légende contient une définition des cotes relatives à la pertinence.

Tableau 1 : Cotes relatives à la pertinence et explications

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Besoin de maintenir le Programme			
<p>Le Programme répond-il toujours à un besoin démontrable?</p> <p>Le Programme est-il adapté aux besoins de ses clients?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mesure dans laquelle les établissements de santé financés par le Programme respectent les besoins définis en matière de prestations des services aux collectivités des Premières Nations servies par le Programme. 	<p>Élevée</p>	<p>Il est important que le gouvernement fédéral poursuive les activités à l'appui de l'entretien, de la construction, de l'acquisition, de la location, de l'agrandissement ou de la rénovation d'établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations. Ce besoin résulte de la disparité importante qui persiste entre l'état de santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et celui de la population non autochtone du Canada. Pour aider à éliminer cette disparité, il est essentiel de mettre en place des établissements de santé sécuritaires qui peuvent contribuer à la capacité des collectivités des Premières Nations à offrir efficacement des programmes et des services de santé, un besoin qui a été souligné dans les appels à l'action lancés récemment par la CVR.</p> <p>Le concept général du PES répond aux besoins des clients; toutefois, la mesure dans laquelle ce programme pourrait y répondre a été réduite considérablement au cours de la période visée par l'évaluation à cause des fonds limités étant accessibles pour donner suite aux demandes de F et E et d'immobilisations liées aux établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations. L'écart réel entre la demande de financement en immobilisations et le financement du Programme au cours de la période visée par l'évaluation était important.</p>

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Harmonisation avec les priorités du gouvernement			
Le Programme s'harmonise-t-il avec les priorités du gouvernement fédéral?	<ul style="list-style-type: none"> Mesure dans laquelle le Programme est aligné avec les priorités du gouvernement du Canada. 	Élevée	Les objectifs et les activités du PES sont conformes aux priorités du gouvernement fédéral et à celles de Santé Canada. Au cours de la période visée par l'évaluation, le Programme est demeuré aligné sur les priorités énoncées dans les discours du Trône et, en particulier, la promesse, faite en 2015, de combler les lacunes dans les résultats de santé entre les collectivités autochtones et non autochtones.
Le Programme cadre-t-il avec les résultats stratégiques du Ministère?	<ul style="list-style-type: none"> Mesure dans laquelle le Programme est aligné avec les résultats stratégiques du Ministère. 	Élevée	
Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral			
Le Programme cadre-t-il avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?	<ul style="list-style-type: none"> Mesure dans laquelle le Programme est harmonisé avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral. 	Élevée	L'évaluation précédente avait indiqué que le PES s'harmonisait avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral. Ces rôles et responsabilités n'ont pas changé substantiellement au cours de la période visée par la présente évaluation. Le PES s'harmonise avec les rôles et responsabilités établis dans diverses politiques et textes faisant autorité. Il n'y a pas de preuve de chevauchement avec d'autres programmes fédéraux, provinciaux ou territoriaux.

Légende – Définition des cotes relatives à la pertinence

- Élevée** Il y a un besoin manifeste pour les activités du Programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du Programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du Programme sont clairs.
- Partielle** Il y a un besoin partiel pour les activités du Programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du Programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du Programme sont partiellement clairs.
- Faible** Il n'y a pas un besoin manifeste pour les activités du Programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du Programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du Programme n'ont pas été clairement énoncés.

Cotes relatives au rendement et explications :

Un résumé des cotes relatives au rendement est présenté dans le tableau 2 ci-dessous. La légende contient la définition des cotes relatives au rendement.

Tableau 2 : Cotes relatives au rendement et explications

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Les lignes directrices, les politiques et les manuels sont mis à jour et mis en application au moment opportun.	<ul style="list-style-type: none"> • Révision ou mise à jour du nombre et du type d'outils et de formation du Programme, et raison pour cette révision ou cette mise à jour. • Du temps s'est écoulé pendant la révision/ mise à jour des outils et de la formation du Programme, de même qu'entre la réalisation de ces activités et la diffusion de l'information aux régions. 	Progrès réalisés; autres travaux requis	Des progrès ont été notés quant à la mise à jour d'un éventail de lignes directrices et de politiques durant la période visée par l'évaluation, bien qu'il y ait eu des retards de diffusion et de mise en œuvre. Ces politiques et ces manuels internes sont généralement perçus par les représentants du Programme comme étant d'actualité et utiles. Cependant, des suggestions précises d'amélioration ont été formulées.
Les bénéficiaires des Premières Nations connaissent les ressources offertes dans le cadre du Programme pour accroître leur capacité, et y ont accès.	<ul style="list-style-type: none"> • Faits démontrant que les ressources du Programme ont été diffusées ou que les formations ont été données au personnel régional de Santé Canada, ainsi qu'aux bénéficiaires, par type de ressources ou de formations et par type de voie de diffusion ou de formation; • Le niveau de connaissances et d'accessibilité aux outils et aux formations du Programme qu'ont les membres du personnel régional de Santé Canada et les bénéficiaires, par type d'outils ou de formation. 	S.O.	Le PES a permis de faire mieux connaître et de rendre plus facilement accessibles les outils et la formation aux bénéficiaires des Premières Nations, surtout en adaptant les ressources du Programme aux besoins des différentes collectivités. L'adaptation des ressources aux besoins de chaque collectivité est jugée comme essentielle par les intervenants qui travaillent directement auprès de ces collectivités. Les représentants de Santé Canada font toutefois observer que les petites collectivités éloignées ont tendance à se heurter à des problèmes de taille lorsqu'il s'agit d'accroître leur capacité et que, de ce fait, moins de progrès ont été réalisés dans celles-ci.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
<p>Les plans de gestion des bénéficiaires pour le fonctionnement et l'entretien (F et E) des établissements sont mis en œuvre et les installations sont conformes aux règlements, aux codes et aux normes applicables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les faits démontrant que les établissements de santé ont fait l'objet de vérifications ou d'inspections conformément aux politiques ou aux lignes directrices de la DGSPNI; Mesure dans laquelle les recommandations émises dans le cadre des vérifications ou des inspections ont été abordées dans le respect des échéanciers; Nombre et proportion des établissements de santé ayant été soumis à des vérifications ou à des inspections, par type d'établissement qui respecte les règlements, les codes et les normes applicables; Nombre et proportion des établissements de santé ayant fait l'objet de vérifications ou d'inspections, par type d'établissement qui se conforme aux plans de gestion en matière de F et E des bénéficiaires et au calendrier des services de sécurité. 	<p>Progrès réalisés; autres travaux requis</p>	<p>Il subsiste des difficultés en ce qui concerne l'état général et la fonctionnalité des établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations, surtout compte tenu de l'augmentation des coûts d'entretien et de construction, des problèmes de capacité dans ces dernières, et de l'évolution du type et du nombre de programmes et de services de santé offerts dans les collectivités.</p> <ul style="list-style-type: none"> La façon de mener chaque type de vérification et d'inspection varie énormément d'une région à l'autre. Il est donc difficile de comparer les constatations et les recommandations issues de types précis de vérification et d'inspection, et d'en faire la synthèse. L'examen des rapports de vérification et d'inspection dans les régions n'a révélé aucune structure, aucun critère ou aucun domaine d'intérêt commun, sauf dans le cas des VIE, pour lesquelles il existe des critères normalisés. Le quart des établissements de santé n'ont fait l'objet d'aucune vérification ou inspection au cours de la période quinquennale visée par l'évaluation. La moitié des établissements (51 %) ont été inspectés plus d'une fois. Pour la majeure partie de la période visée par l'évaluation, la politique était d'inspecter les établissements tous les cinq ans. En 2014-2015, le PES a élaboré une politique de vérification ou d'inspection d'installations aux trois ans. Des 83 rapports de vérification ou d'inspection examinés de 2010-2011 à 2014-2015, 27 (33 %) d'entre eux faisaient mention d'un problème de priorité 1 et 71 (86 %), d'un problème de priorité 2. En outre, des quelque 1 900 constatations ressorties de ces vérifications et inspections, environ 30 % concernaient des problèmes critiques (6 % de priorité 1 et 24 % de priorité 2). Selon les vérifications, les examens documentaires, les études de cas et les entrevues, il y a de nombreuses préoccupations en ce qui concerne les activités F et E de beaucoup d'établissements. Cette situation est probablement attribuable aux problèmes de capacité qu'éprouvent certaines collectivités, lesquels sont conjugués au financement limité et au vieillissement des établissements soumis à des conditions relativement dures.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
<p>Les plans d'allocation du financement du Programme pour les dépenses en immobilisations sont élaborés en fonction des données les plus récentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Faits démontrant que les systèmes de gestion de l'information sont fonctionnels et à jour; Faits démontrant que les outils de prise de décisions du Programme sont élaborés ou mis à jour conformément aux plans établis et selon les exigences du Programme. 	<p>Peu de progrès; attention prioritaire requise</p>	<p>Les systèmes d'information du PES posent des problèmes de taille, de sorte qu'il est difficile, dans le cadre du Programme, d'obtenir des renseignements exacts et à jour qui permettraient d'orienter les plans d'allocation du financement et de rendre compte des résultats du Programme. Ce sont des enjeux de longue date qui avaient été soulevés lors de l'évaluation précédente du PES. Compte tenu de ces difficultés, les régions ont mis au point divers outils et systèmes pour être en mesure de répondre à leurs besoins immédiats en matière d'information et d'assurer la gestion et l'exécution du Programme à l'échelle régionale. La DGSPNI et la DGSG en sont actuellement à établir les solutions possibles aux problèmes de TI.</p>
<p>Les capacités techniques et administratives des bénéficiaires des Premières Nations nécessaires à la coordination et au maintien des activités de gestion des installations sont renforcées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nombre et proportion de bénéficiaires des Premières Nations ayant conclu des ententes de contribution (EC) et qui ont élaboré des plans prévoyant la gestion des activités et leur infrastructure sanitaire, par type d'entente, par type de plan; Faits démontrant que les bénéficiaires des Premières Nations emploient ou mettent en œuvre les outils conçus par le Programme. 	<p>S.O.</p>	<p>Bien que des progrès aient été réalisés dans ce sens, principalement parmi les collectivités dont les activités se caractérisent déjà par un niveau relativement plus élevé de fonctionnalité, il existe généralement d'importantes variations dans la capacité des bénéficiaires.</p>
<p>La mise en priorité de l'allocation du financement en vue de mettre en œuvre les projets de réfection et les mesures correctives, ainsi que de faire de nouvelles constructions, est établie en fonction des besoins réels menant à la réduction du risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le niveau d'harmonisation entre les décisions sur l'allocation du financement et les objectifs de mise en priorité des collectivités des Premières Nations les plus vulnérables, des besoins de santé primaire et des établissements de santé les plus âgés (âge effectif du bâtiment). 	<p>Progrès réalisés; autres travaux requis</p>	<p>L'accent a été mis sur les dépenses en immobilisations dans la planification et l'établissement des priorités du processus de participation au plan d'investissement à long terme au cours de la période visée, quoique le nombre et la portée aient été restreints, compte tenu du financement limité. La participation accrue dans ce processus à l'échelle nationale, combinée à une vaste participation des régions, aurait contribué au succès.</p>

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
<p>Des établissements de santé sécuritaires permettant aux collectivités des Premières Nations d'offrir des programmes et des services de santé de façon efficace.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le niveau des répercussions qu'a la rénovation ou la modernisation de l'infrastructure des établissements sur la prestation des services de santé. 	<p>Progrès réalisés; autres travaux requis</p>	<p>L'évaluation ne permet pas d'évaluer de manière objective la sûreté des établissements de santé, car les données du Programme présentent des lacunes, notamment dans le cadre des vérifications et des inspections : près du quart d'entre eux n'ont pas été vérifiés ou inspectés au cours de la période visée. On constate aussi que les recommandations découlant de vérifications ou d'inspections ne sont pas compilées avec cohérence d'une région à l'autre et que les infractions aux codes ou à la réglementation relevées dans le cadre des vérifications et des inspections ne font pas systématiquement l'objet d'un suivi visant à établir si des mesures ont été prises et à quel moment elles ont été prises.</p> <p>Toutefois, selon les résultats de l'évaluation, il subsiste des difficultés en ce qui concerne l'état général et la fonctionnalité des établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations. L'évaluation a néanmoins permis de constater que, dans aucun des 83 rapports de VIE, on ne recommandait la fermeture d'un établissement, ce qui semble indiquer un certain niveau de sûreté et de sécurité.</p>
<p>Démonstration d'économie et d'efficacité</p>			
<p>Le PES emploie-t-il les ressources existantes de manière optimale (p. ex. ordre de priorité en matière de financement, risque ou besoins les plus élevés, tendances observées pour l'indice de l'état des installations [IEI], efficacité du processus de planification, complémentarité d'autres programmes fédéraux)? Le Programme a-t-il produit ses extraits et ses livrables de la façon la plus économique (p. ex. la réduction maximale des ressources investies en comparaison des dépenses prévues pour la gestion économique du cycle de vie)? Comment peut-on améliorer les économies ou la durabilité?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Faits démontrant que les décisions d'investir dans les nouvelles constructions se fondent sur la mise en priorité annuelle du PILTn et qu'on se concentre à allouer 20 % du financement aux projets de construction importants (nouveaux bâtiments, immeubles de remplacement ou travaux d'agrandissement) et 80 %, aux petits projets de construction; Faits démontrant que l'approche adoptée en matière de planification des immobilisations et de gestion des immobilisations est harmonisée avec celle des autres ministères fédéraux, et avec celle des provinces et territoires; Faits démontrant que les nouvelles technologies, les pratiques exemplaires et les méthodes novatrices sont prises en compte et intégrées aux pratiques de gestion des installations, ainsi qu'aux processus de planification, de 	<p>Objectif atteint</p>	<p>Il est difficile d'évaluer quantitativement les aspects de l'économie et de l'efficacité globale du PES dans son ensemble, étant donné les problèmes d'intégrité et d'accessibilité des données administratives et financières. Les indices qualitatifs portent à croire que le PES a fait preuve d'économie et d'efficacité grâce à la réalisation de l'objectif de 80 % découlant du cadre pour la modernisation des dépenses en immobilisations mineures, de l'intégration de la participation régionale à la planification contribuant à une hiérarchisation précise des investissements ainsi que de la collaboration entre le PES et d'autres ministères fédéraux, de même que certaines provinces, afin de gagner en efficacité, d'accommoder d'autres services de santé et de tirer parti de diverses initiatives. Les investissements faits à la fin de l'exercice dans le PES, difficiles à planifier et pas nécessairement affectés aux projets jugés les plus prioritaires durant le processus de planification, ont été mis en évidence comme le secteur qui nuisait à l'utilisation efficace des ressources.</p>

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
	<p>conception et de construction des immobilisations;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre et proportion des projets relatifs aux établissements de santé réalisés conformément aux échéanciers et aux budgets prévus, par type d'installation. 		
Recueille-t-on les données de mesure du rendement lors de la prise de décisions?	<ul style="list-style-type: none"> • Faits démontrant la mise au point de paramètres de mesure du rendement (p. ex. une stratégie de mesure du rendement [SMR]), sa mise en application et le suivi des données). 	Peu de progrès; attention prioritaire requise	<p>Au cours de la période ciblée par l'évaluation, le Programme n'a permis de recueillir que de l'information limitée sur le rendement.</p> <p>Le PES a révisé le modèle logique et la SMR lors de 2014-2015 et 2015-2016 pour qu'on y reflète mieux les activités du Programme ainsi que les extrants et les résultats connexes, ce qui a également engendré des indicateurs de rendement révisés. La révision a été effectuée en consultation avec le DGDPF et le SCT; les régions ont participé au processus. Le Programme a en outre élaboré un processus systématique de suivi des recommandations émises lors de vérifications et d'inspections en réponse à l'une des recommandations émises par le Bureau du vérificateur général (BVG).</p>

Légende – Définition des cotes relatives au rendement

Objectif atteint	Les résultats ou les objectifs ont été atteints.
Progrès réalisés; autres travaux requis	D'importants progrès ont été réalisés pour atteindre les résultats ou objectifs escomptés, mais il reste du travail à faire.
Peu de progrès; attention prioritaire requise	Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Tableau 3 : Sommaire des cotes relatives à la pertinence

Question évaluée	Élevée	Partielle	Faible
Question : Besoin de maintenir le Programme			
Le Programme répond-il toujours à un besoin démontrable? Le Programme est-il adapté aux besoins de ses clients?	Élevée	S.O.	S.O.
Question : Harmonisation aux priorités du gouvernement fédéral			
Le Programme s'harmonise-t-il avec priorités du gouvernement fédéral?	Élevée	S.O.	S.O.
Le Programme cadre-t-il avec les résultats stratégiques du Ministère?	Élevée	S.O.	S.O.
Question : Conformité du programme aux rôles et aux responsabilités du gouvernement fédéral			
Le Programme cadre-t-il avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?	Élevée	S.O.	S.O.

Légende – Définition des cotes relatives à la pertinence

- Élevée** Il y a un besoin manifeste pour les activités du Programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du Programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du Programme sont clairs.
- Partielle** Il y a un besoin partiel pour les activités du Programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du Programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du Programme sont partiellement clairs.
- Faible** Il n'y a pas un besoin manifeste pour les activités du Programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du Programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du Programme n'ont pas été clairement énoncés.

Tableau 4 : Sommaire des cotes relatives au rendement

Question évaluée	Objectif atteint	Progrès réalisés; autres travaux requis	Peu de progrès; attention prioritaire requise
Question : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Les lignes directrices, les politiques et les manuels sont mis à jour et mis en application au moment opportun.	S.O.	Progrès réalisés; autres travaux requis	S.O.
Les bénéficiaires des Premières Nations connaissent les ressources offertes dans le cadre du Programme pour accroître leur capacité, et y ont accès.	S.O.	S.O.	S.O.
Les plans de gestion des bénéficiaires pour le F et E des établissements bénéficiaires sont mis en œuvre et les installations sont conformes aux règlements, aux codes et aux normes applicables.	S.O.	Progrès réalisés; autres travaux requis	S.O.
Les plans d'allocation du financement du Programme pour les dépenses en immobilisations sont élaborés en fonction des données les plus récentes.	S.O.	S.O.	Peu de progrès; attention prioritaire requise
Les capacités techniques et administratives des bénéficiaires des Premières Nations nécessaires à la coordination et au maintien des activités de gestion des installations sont renforcées.	S.O.	S.O.	S.O.
La mise en priorité de l'allocation du financement en vue de mettre en œuvre les projets de réfection et les mesures correctives, ainsi que de faire de nouvelles constructions, est établie en fonction des besoins réels menant à la réduction du risque.	Objectif atteint	S.O.	S.O.
Des établissements de santé sécuritaires permettant aux collectivités des Premières Nations d'offrir des programmes et des services de santé de façon efficace.	S.O.	Progrès réalisés; autres travaux requis	S.O.
Question : Démonstration de l'économie et de l'efficacité			
Le PES emploie-t-il les ressources existantes de manière optimale (p. ex. ordre de priorité en matière de financement, risque ou besoins les plus élevés, tendances observées pour l'indice de l'état des installations [IEI], efficacité du processus de planification, complémentarité d'autres programmes fédéraux)? Le Programme a-t-il produit ses extrants et ses livrables de la façon la plus économique (p. ex. la réduction maximale des ressources investies en comparaison des dépenses prévues pour la gestion économique du cycle de vie)? Comment peut-on améliorer les économies ou la durabilité?	Objectif atteint	S.O.	S.O.
Recueille-t-on les données de mesure du rendement lors de la prise de décisions?	S.O.	S.O.	Peu de progrès; attention prioritaire requise

Légende – Définition des cotes relatives au rendement

Objectif atteint Les résultats ou les objectifs ont été atteints.
 Progrès réalisés; autres travaux requis D'importants progrès ont été réalisés pour atteindre les résultats ou objectifs escomptés, mais il reste du travail à faire.
 Peu de progrès; attention prioritaire requise Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Endnotes

¹ Le terme « évaluation de la menace et des risques » a une signification très particulière dans le contexte du gouvernement du Canada; les activités entreprises par la DGSPNI ne répondent généralement pas à cette définition, car elles visent à cerner des questions opérationnelles ou tactiques de sécurité physique (p. ex. l'évaluation des caractéristiques en matière de sécurité physique : éclairage de bâtiment, serrures de porte, des modèles de circulation, protection des fichiers, etc.), plutôt que de se concentrer sur la documentation des caractéristiques de l'environnement de menace et de risque local. Pour cette raison, les agents de sécurité préfèrent utiliser l'expression « vérification de la sécurité » ou « évaluation de la sécurité ».

² On observe donc des écarts quant à la taille du portefeuille d'installations selon la source de données utilisée. Les chiffres utilisés dans le présent rapport sont fondés sur l'extraction de données du SIGBI datée du 12 janvier 2015, fournie par les responsables du programme et par laquelle on a calculé un total de 739 bâtiments.

³ Les complexes hospitaliers comprennent 101 immeubles d'exploitation, comme on le mentionne dans la note précédente. La recommandation du programme est d'exclure ces bâtiments du dénombrement (et de ne faire référence qu'aux complexes hospitaliers) afin de réduire le risque de surévaluer le nombre d'installations. En outre, deux des hôpitaux sont situés à l'extérieur de la réserve (Moose Factory et Norway House) et un est situé sur une réserve (Percy Moore). L'ancien complexe Sioux Lookout est situé hors réserve et ne fournit plus de services hospitaliers. Les hôpitaux et les immeubles d'exploitation sont généralement exclus des analyses de cette évaluation.

⁴ Il s'agit d'un dénombrement de noms de collectivités uniques tels qu'ils sont inscrits dans le SIGBI. D'autres analyses du présent rapport utilisent le nombre de bandes des Premières Nations comme unité d'analyse pour permettre d'établir des liens entre les données sur les installations, les données financières, les données démographiques et les données de vérification.

⁵ Bien que le processus de planification de l'évaluation se soit appuyé sur la Politique sur l'évaluation de 2009, l'évaluation a également assuré sa conformité avec la nouvelle *Politique sur les résultats (2016)* du Conseil du Trésor.

⁶ Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, *Aperçu de la santé des Autochtones au Canada*, 2013.

⁷ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (2012), *Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières Nations 2008-2010 : Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations*, 2012.

⁸ Santé Canada, *Cadre de modernisation du programme des immobilisations*, 2011 – document de présentation de la Direction de la planification et de la gestion des affaires.

⁹ Conformément au contexte de la Politique (2011), la décision de concentrer les dépenses en immobilisations sur les réparations, les rénovations et le F et E, plutôt que sur les nouvelles constructions et les agrandissements, était fondée sur une analyse effectuée en 2010. Selon le document, le motif de l'investissement dans l'entretien préventif était de réduire la détérioration des établissements de santé et de protéger les immobilisations et les biens actuels dans l'optique d'augmenter l'accessibilité de fonds limités pour la construction et l'agrandissement d'établissements.

¹⁰ On a réduit le financement d'environ 10 % en 2014-2015, mais des fonds additionnels alloués à d'autres initiatives (p. ex. bien-être mental, services infirmiers de santé publique et représentants en santé communautaire) ont atténué en partie les répercussions.

¹¹ Les immeubles du PES qui ont été remplacés dans le cadre du Plan d'action économique du Canada (PAEC) de 2009 à 2011 étaient, en moyenne, vieux de 25 ans. Le remplacement de tous les immeubles de 25 ans et la construction d'immeubles conçus pour avoir une durée de vie utile de 25 ans ne constituent pas des politiques du PES.

¹² La norme CSA S478-95 *Guideline on Durability in Buildings* prescrit une durée de vie de conception de 50 à 99 ans (longue durée de vie) pour la plupart des immeubles résidentiels, commerciaux et à bureaux, de même que pour les établissements d'enseignement et de santé.

¹³ Il est important de noter que ces chiffres renvoient au nombre d'ententes et non au nombre d'immeubles et d'établissements. Plusieurs immeubles peuvent être couverts en vertu d'une même entente.

¹⁴ Les causes fondamentales sont définies de manière normalisée et utilisées dans toutes les VIE pour classer les problèmes relevés.

¹⁵ Les problèmes de priorité 1 posent un risque important et nécessitent une intervention immédiate. Les problèmes de priorité 2 soulèvent de grandes préoccupations et nécessitent une intervention rapide.

¹⁶ Les problèmes de priorité 1 posent un risque important et nécessitent une intervention immédiate. Les problèmes de priorité 2 soulèvent de grandes préoccupations et nécessitent une intervention rapide.

¹⁷ Les codes du bâtiment s'appliquent aux projets de construction, y compris les agrandissements et les transformations importantes, les bâtiments qui changent d'usage et la mise à niveau des bâtiments en vue d'éliminer les risques inacceptables. Ces codes sont sujets à changer et il n'est pas obligatoire d'adapter les bâtiments déjà construits aux codes actuels jusqu'à ce que de nouveaux travaux soient effectués sur l'installation. Cela est cohérent avec les pratiques de l'industrie.

¹⁸ Il convient de noter que les analyses fondées sur les VIE ne sont probablement pas représentatives des inspections et des vérifications effectuées dans l'ensemble du Programme, car la sélection des établissements devant faire l'objet d'une VIE peut entraîner certains biais (p. ex. un établissement qui présente des problèmes importants ou qui est classé comme prioritaire pour les dépenses en immobilisations).

¹⁹ DGSPNI, *Analyse des besoins opérationnels de haut niveau du SIGBI*, 2014, 4

²⁰ DGSPNI, *Analyse des besoins opérationnels de haut niveau du SIGBI*, 2014.

²¹ Les représentants du PES ont indiqué que plusieurs des applications du SIGBI fonctionnent; toutefois, dans certains cas, les régions ont élaboré des flux de travail et des processus qui leur sont propres et qui s'avèrent différents de ceux qui sont normalisés dans les différentes applications du SIGBI. Dans d'autres cas, les intervenants considéraient que le flux de travail du SIGBI était lourd.

²² L'âge effectif est une mesure indirecte dérivée de l'état de service de l'immeuble. L'âge effectif est calculé comme étant l'âge chronologique de l'infrastructure modifiée pour refléter les effets rajeunissants des investissements en capital au cours de sa vie utile.

²³ La *Politique sur les résultats (2016)* du Conseil du Trésor du Canada et les directives contenues dans le document intitulé *Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux (2013)* définissent la démonstration de l'économie et de l'efficacité à titre de mesure de l'utilisation des ressources par rapport à la production d'extrants et aux progrès réalisés à l'égard des résultats escomptés. Cette évaluation suppose que tous les ministères ont des systèmes de mesure du rendement normalisés et que les données sur les dépenses et l'information du Programme comprises dans les systèmes financiers peuvent être reliées à des ressources, activités, extrants et résultats escomptés particuliers.

²⁴ Même si l'on mentionne ces améliorations, l'analyse de 2014-2015 se fonde sur une partie du financement du PILT (données non mises à jour) et l'information sur la répartition finale complète des fonds n'a pas été donnée dans la documentation fournie.

²⁵ Une description des programmes est donnée à l'annexe 5.