Health Canada Santé Canada

HYGIÈNE DU MILIEU ET RECHERCHE ENVIRONNEMENTALE (HM–RE)

Évaluation du groupe

Rapport final

Octobre 2011

Canada

Table des matières

- **Plan d'action de gestion — Hygiène du milieu et recherche environnementale (HM−RE) — Évaluation du groupe**

- **Hygiène du milieu et recherche environnementale (HM−RE) — Évaluation du groupe — Rapport final**

Hygiène du milieu et recherche environnementale (HM-RE) – Évaluation du Groupe
Plan d'action de gestion

Recommandation	Réponse de la direction	Responsabilité	Date d'achèvement
Recommandation 1 Élargir et améliorer le modèle communautaire de prestation des services pour les programmes de santé environnementale et publique	**Augmenter la présence, l'intégration et le rôle proactif des agents d'hygiène du milieu (AHM) dans les collectivités :** - Analyser la charge de travail des AHM pour mieux comprendre les pénuries d'AHM et les exigences de la charge de travail.	Gestionnaire horizontal, Division de la santé environnementale et publique (DSEP), Direction des soins de santé primaires et de la santé publique (DSSPSP), Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), Santé Canada . Avec le soutien des gestionnaires régionaux de l'hygiène du milieu (GRHM), Services de santé environnementale et publique (SSEP), Santé des Premières nations et des Inuits (SPNI), Direction générale des régions et des programmes (DGRP), SC	Mars 2013
	- Soutenir les AHM en poursuivant le programme des contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable (CCQE) et envisager la possibilité d'élargir le rôle des CCQE ou de créer un autre poste d'employés de soutien communautaire pour les AHM.	Gestionnaire de l'eau potable, DSEP, DSSPSP, DGSPNI, avec le soutien des GRHM, SSEP, SPNI, DGRP	Mars 2014
	- Poursuivre la stratégie de recrutement et de maintien en poste des AHM.	Gestionnaire horizontal, DSEP, DSSPSP, DGSPNI, avec le soutien des GRHM, SSEP, SPNI, DGRP	En permanence
	Améliorer l'adaptabilité du PSEP aux besoins et priorités particuliers des différentes collectivités : • Songer à des stratégies permettant d'obtenir de la rétroaction plus régulière des collectivités sur les priorités, les besoins et le degré de satisfaction à l'égard des programmes de SEP.	Gestionnaire horizontal, DSEP, DSSPSP, DGSPNI, avec le soutien des GRHM, SSEP, SPNI, DGRP	Mars 2012
	• Analyser la faisabilité de passer à une approche axée sur le risque en matière d'échantillonnage de l'eau potable, ce qui libérerait des ressources pouvant être affectées à d'autres priorités ou besoins des collectivités.	Gestionnaire de l'eau potable, DSEP, DSSPSP, DGSPNI, DSEP, DSSPSP, DGSPNI, avec le soutien des GRHM, SSEP, SPNI, DGRP	Mars 2012
Recommandation 2 Poursuivre et améliorer les efforts de renforcement de la capacité des collectivités en matière d'atténuation des risques en santé environnementale et publique	• Continuer de promouvoir l'élaboration de normes exécutoires visant l'atténuation des risques en santé environnementale et publique au niveau national et régional (p. ex., lois sur l'eau, participation à des discussions sur l'intégration ou tripartites).	Gestionnaire des initiatives stratégiques, DSEP, DSSPSP, DGSPNI, SC DSEP, DSSPSP, DGSPNI, avec le soutien des GRHM, SSEP, SPNI, DGRP	Mars 2014
	• Mettre au point un guide sur les pratiques exemplaires des collectivités en matière d'application ou de règlements internes.	Gestionnaire horizontal, DSEP, DSSPSP, DGSPNI, avec le soutien des GRHM, SSEP, SPNI, DGRP	Mars 2013

Recommandation	Réponse de la direction	Responsabilité	Date d'achèvement
Recommandation 3 Assurer la prise de décisions reposant sur les preuves dans le cadre du programme de santé environnementale et publique ainsi qu'en matière d'élaboration et d'exécution des politiques.	• Élaborer une stratégie sur les résultats en santé environnementale et publique (indicateurs et collecte de données connexes et plan sur les rapports).	Gestionnaire horizontal, DSEP, DSSPSP, DGSPNI, avec le soutien des GRHM, SSEP, SPNI, DGRP	Décembre 2012
	• Instaurer l'utilisation obligatoire des systèmes d'information sur la santé environnementale dans toutes les régions.	Gestionnaire horizontal, DSEP, DSSPSP, DGSPNI, avec le soutien des GRHM, SSEP, SPNI, DGRP	Mars 2013
	• Améliorer la rapidité de production des données sur la qualité de l'eau faisant l'objet d'un suivi.	Gestionnaire de l'eau potable, DSEP, et gestionnaire de l'analyse des données et du soutien des programmes (ADSP), DRSE, DSSPSP, DGSPNI, avec le soutien des GRHM, SSEP, SPNI, DGRP	Mars 2013
Recommandation 4 Examiner des options qui assureront le financement à long terme des programmes du Groupe	• Renouveler le financement du Plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées des Premières nations (Plan d'action pour l'eau) en collaboration avec AINC.	Gestionnaire des initiatives stratégiques, DSEP, DSSPSP, DGSPNI	Avril 2012
	• Examiner des options relatives au financement de programmes de base pour le Programme de santé environnementale et publique (PSEP).	Gestionnaire horizontal, DSEP, DSSPSP, DGSPNI	Mars 2014
	• Avoir des réunions avec du personnel de la Direction générale des régions et des programmes pour améliorer le processus de conclusion d'accords de contribution de la DRSE et (sous réserve de l'obtention de fonds) inclure du financement pluriannuel, le cas échéant.	Directeur, DRSE, DSEP, DSSPSP, DGSPNI, avec le soutien des GRHM, SSEP, SPNI, DGRP	Mars 2012
	• Contribuer aux présentations concernant le renouvellement ou le prolongement du financement de programmes arrivant à échéance (changements climatiques, air intérieur, biosurveillance et guides).	Directeur, DRSE, DSEP, DSSPSP, DGSPNI, avec le soutien des GRHM, SSEP, SPNI, DGRP	Juin 2014
	• Mettre sur pied un groupe de travail avec le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada afin d'améliorer le processus relatif aux projets des Premières nations et des Inuits et d'élaborer des lignes directrices sur l'évaluation de l'éthique des projets de recherche axée sur la collectivité.	Directeur, DRSE, DSEP, DSSPSP, DGSPNI, avec le soutien des GRHM, SSEP, SPNI, DGRP	Juin 2014

Health Canada Santé Canada

HYGIÈNE DU MILIEU ET RECHERCHE ENVIRONNEMENTALE (HM-RE)

ÉVALUATION DU GROUPE

Rapport final

Juin 2011

Canada

Préparé par :

Goss Gilroy Inc.
Conseillers en gestion
Pièce 900, 150, rue Metcalfe
Ottawa (Ontario) K2P 1P1

Table des matières

Résumé ..... **iii**
1.0 Introduction **1**
1.1 Description du Groupe EH-ER 1
1.2 Contexte de l'évaluation 18
2.0 Méthodologie **21**
2.1 Entrevues avec des informateurs clés 21
2.2 Sondage auprès des agents d'hygiène du milieu 24
2.3 Recension des écrits, des documents et des données administratives 25
2.4 Approche analytique 27
2.5 Limites et défis 28
3.0 Constatations relatives à la pertinence du Groupe HM-RE **30**
3.1 Risques, enjeux et priorités en santé environnementale et publique confrontant les collectivités des Premières nations et des Inuits 30
3.2 Mesure dans laquelle les programmes HM-RE traitent des risques, des enjeux et des priorités 39
3.3 Adaptation du Groupe aux besoins diversifiés et changeants des collectivités des Premières nations et des Inuits et des régions 49
3.4 Conformité des objectifs et activités du Groupe aux priorités du gouvernement du Canada 51
3.5 Conformité des objectifs et des activités du Groupe aux résultats stratégiques du Ministère et au mandat de la Direction générale 53
3.6 Conformité du Groupe aux rôles et responsabilités plus vastes du gouvernement du Canada en matière programmes de santé pour les Premières nations et les Inuits 54
4.0 Rendement du Groupe HM-RE : Constatations sur l'efficacité **56**
4.1 Résultat à court terme : Amélioration de la détermination et de l'atténuation des risques en santé environnementale et publique 56
4.2 Résultat à moyen terme : Plus grande capacité des collectivités et des membres des Premières nations et des Inuits à traiter des risques en santé environnementale et publique 80
4.3 Résultat à long terme : État de santé et bien-être améliorés des collectivités et des membres des Premières nations et des Inuits 86
4.4 Conséquences non voulues et incidences de plus grande portée 89
5.0 Rendement du Groupe HM-RE : Constatations relatives à l'économie et à l'efficience **90**
5.1 Démonstration par le Groupe de la minimisation des ressources tout en maximisant les extrants 90
5.2 Gestion des ressources par le Groupe pour veiller à l'atteinte de résultats pertinents 93
5.3 Productivité optimale démontrée par le Groupe tout en minimisant les efforts et en assurant la qualité des résultats 95
5.4 Autres méthodes éventuelles d'exécution des programmes 96
6.0 Conclusions et recommandations **97**
6.1 Conclusions 97
6.2 Recommandations 107

Liste des acronymes et des abréviations

ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
AHM	Agent d'hygiène du milieu
AINC	Affaires indiennes et du Nord Canada
APN	Assemblée des Premières nations
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCQEP	Contrôleur communautaire de la qualité de l'eau potable
CGRR	Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats
CMT	Contrôle des maladies transmissibles
DGRP	Direction générale des régions et des programmes
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
DRSE	Division de la recherche en santé environnementale
DSEP	Division de santé environnementale et publique
EC	Environnement Canada
FNUC	First Nations University of Canada
GRHM	Gestionnaire régional de l'hygiène du milieu
HM-RE	Groupe d'hygiène du milieu et recherche environnementale
IngSP	Ingénieur en santé publiqu
ICISP	l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique
ISP	Inspecteur en santé publique
MHR	Médecin hygiéniste régional
MT	Maladie transmissible
OA	Organisations autochtones
OAN	Organisation autochtone nationale
OAR	Organisation autochtone régionale
PRCEPN	Programme régional sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations
PRSE	Programme de recherche en santé environnementale
PSEP	Programme de santé environnementale et publique
RCN	Région de la capitale nationale
ROP	Recherche sur l'opinion publique
RSE	Recherche en santé environnementale
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SEP	Santé environnementale et publique
SIHM	Système d'information sur l'hygiène du milieu
SPNI	Santé des Premières nations et des Inuits
SSEP	Services de santé environnementale et publique
VNO	Virus du Nil occidental

RÉSUMÉ

Le présent rapport contient les constatations de l'Évaluation de la pertinence et du rendement du Groupe Hygiène du milieu et recherche environnementale (HM-RE), de 2005 à 2010 (Santé des Premières nations et des Inuits). L'évaluation visait deux objectifs principaux, d'abord évaluer la pertinence du Groupe Hygiène du milieu et recherche environnementale (HM-RE) par rapport aux besoins des Premières nations et des Inuits, aux priorités fédérales et aux résultats stratégiques, puis évaluer le rendement du Groupe en termes d'efficacité (progrès réalisés en vue de l'atteinte de résultats escomptés), d'efficience et d'économie. Outre l'évaluation de la pertinence et du rendement des activités du Groupe afin d'étayer les plans d'action de la direction pour les prochaines années, l'évaluation fournit une base d'éléments probants plus vaste permettant à la Direction générale de la santé des Premières nations et Inuits (DGSPNI) de présenter des rapports sur des résultats de plus haut niveau et sur le respect des exigences redditionnelles.

Description du Groupe HM-RE

Le Groupe HM-RE a pour objectif de cerner les risques pour la santé humaine associés à l'exposition à des dangers dans l'environnement naturel et l'environnement créé et d'en promouvoir l'atténuation ou la prévention. Dans cette optique, il fournit des services de santé environnementale et publique, des activités de renforcement de la capacité communautaire, de la surveillance et de la recherche, ainsi que de la collaboration avec des partenaires pour traiter des déterminants de la santé. Le Groupe chapeaute deux grands secteurs de programmes : 1) le Programme de santé environnementale et publique (PSEP) et 2) le Programme de recherche en santé environnementale (PRSE). Le PSEP vise à cerner les risques pour la santé environnementale et publique susceptibles d'influer sur la santé des résidents des collectivités et à recommander des mesures correctives que les dirigeants de ces dernières pourraient prendre pour réduire ces risques. Bien que l'atténuation des risques soit un objectif sous-jacent du programme, la responsabilité du PSEP à ce chapitre se limite à la prestation de conseils, de directives et de recommandations concernant d'éventuelles stratégies et mesures d'atténuation à prendre par les collectivités. Pour sa part, le PRSE cible la recherche sur les dangers et risques environnementaux (c.-à-d. physiques, chimiques, biologiques et radiologiques) qui touchent la santé des Premières nations et des Inuits. Il vise à aider les collectivités des Premières nations et des Inuits à renforcer leur capacité de travailler avec les gouvernements, les organismes, les universités et d'autres organisations pour intégrer les connaissances tant scientifiques que conventionnelles aux études sur l'hygiène du milieu et au matériel de sensibilisation à cet égard.

Méthodes d'évaluation

L'équipe d'évaluation a puisé à de nombreuses sources de données, dont des entrevues avec 85 informateurs clés, un sondage mené sur le Web auprès de 93 agents d'hygiène du milieu (AHM) (dont 15 œuvraient dans des collectivités ayant conclu des accords de transfert) ainsi qu'une recension des écrits, des documents et des données administratives. Les informateurs clés comprenaient notamment des représentants de la Division de santé environnementale (DSEP) et de la Division de la recherche en santé environnementale (DRSE) de l'administration centrale,

des gestionnaires régionaux de la santé environnementale, des médecins hygiénistes régionaux, des représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution au titre de projets de recherche en santé environnementale, des représentants des collectivités des Premières nations y compris des représentants des collectivités ayant conclu des accords de contribution pour l'exécution des programmes de santé environnementale et de celles n'en ayant pas conclu, des organisations autochtones (OA) nationales, des organisations autochtones régionales, ainsi que d'autres intervenants gouvernementaux, dont Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC), la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) et l'Agence canadienne d'évaluation environnementale (ACEE).

Constatations et conclusions de l'évaluation

La conception du Groupe lui permet de contribuer à traiter nombre des risques pour la santé environnementale et publique qui sont identifiés comme des enjeux et des secteurs prioritaires dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Il ressort de l'évaluation que les volets du PRSE et du PSEP du Groupe sont conformes aux principaux risques, enjeux et priorités en matière de santé environnementale et publique cernés chez les collectivités des Premières nations et des Inuits. En raison de la complexité des risques en santé environnementale, il a fallu adopter des approches qui tiennent compte de nombreux déterminants de la santé dans un modèle de santé de la population globale. L'équipe d'évaluation a conclu que la conception du Groupe réussissait à montrer qu'une approche axée sur la santé de la population avait été mise en œuvre puisqu'il attache une très grande importance à l'engagement et à la participation de la collectivité, à la collaboration et aux partenariats à de nombreux échelons, au renforcement des capacités, à la souplesse, à la prévention et à la collecte d'éléments probants. Même si, dans l'ensemble, les activités du Groupe sont bien conformes aux risques prioritaires cernés, plusieurs lacunes méritent un examen plus poussé, dont l'analyse d'échantillons d'eau potable des différents réseaux d'approvisionnement en eau potable dans les collectivités des Premières nations comme les citernes et les puits, la santé et sécurité au travail et la prévention des blessures. Une autre lacune importante a été décelée, à savoir le manque de ressources nécessaires ou de normes d'exécution nécessaires pour atténuer de fait les risques liés à la santé environnementale et publique qui ont été cernés (ce point est abordé en profondeur plus loin).

La conception du Groupe assure un équilibre suffisant entre une structure satisfaisante et la souplesse requise pour donner suite à la plupart des besoins des Premières nations et des Inuits et des besoins régionaux, bien que des défis perdurent en ce qui a trait à l'assurance de la prise en compte de la rétroaction communautaire périodique dans la planification des programmes et à l'amélioration de la cohérence des priorités entre les régions et l'administration centrale, de sorte que les régions disposent d'une plus grande marge de manœuvre pour donner suite aux priorités communautaires. Le PRSE a fait montre de souplesse et d'adaptation en soutenant des projets de recherche communautaires dans le cadre desquels les collectivités ont fait connaître les besoins, déterminé les questions de recherche et mis en œuvre les projets. Cette souplesse a été mise en balance avec la structure de divers genres de processus d'examen afin d'assurer la qualité des projets de recherche. Le volet du PSEP a fait montre de souplesse en demandant aux régions et aux collectivités de dresser des plans de travail fondés sur leurs priorités en matière de santé environnementale. La souplesse a

également été démontrée dans les modèles de financement dont se servent certaines collectivités des Premières nations qui ont conclu des accords de contribution pour mettre en œuvre leurs propres programmes de santé environnementale. La structure fournie par le *Cadre national du Programme de santé environnementale et publique*, qui guide la mise en œuvre du PSEP en énonçant les rôles et responsabilités, les activités et les outils communs, assure un équilibre avec la souplesse globale. Toutefois, il faut encore obtenir davantage de rétroaction communautaire périodique sur les priorités, les besoins et la satisfaction pour veiller à ce que les programmes de santé environnementale et publique (SEP) demeurent adaptés aux besoins et efficaces. Enfin, d'autres travaux doivent être accomplis afin d'accroître la cohérence et d'améliorer la communication des priorités entre les régions et l'administration centrale.

Les objectifs du Groupe sont conformes aux priorités, rôles et responsabilités du gouvernement du Canada en matière de programmes de santé pour les collectivités des Premières nations et des Inuits, aux résultats stratégiques de Santé Canada, de même qu'au mandat de la DGSPNI. Les activités et objectifs du Groupe s'harmonisaient avec les priorités indiquées dans les récents plans budgétaires et les annonces dans le domaine de la santé et de l'environnement. De même, on a constaté que le Groupe se conformait aux rôles et responsabilités du gouvernement du Canada ainsi qu'à ses décisions stratégiques en matière de programmes de santé dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Enfin, l'équipe d'évaluation a conclu que les activités du Groupe étaient nettement conformes aux résultats stratégiques de Santé Canada et au mandat de la DGSPNI.

Le Groupe contribue nettement à l'atteinte de l'objectif à court terme d'améliorer la détermination des risques en santé environnementale et publique et la prise de mesures immédiates d'atténuation à leur égard. Une approche axée sur les collectivités en matière de recherche, les interactions des AHM et les communications avec les collectivités, de même que l'embauche et la formation des contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable (CCQEP), sont essentiels à l'atteinte de ce résultat. Toutefois, d'importants défis demeurent dans ce domaine. Le succès que ce secteur a connu au cours des cinq dernières années a été jugé considérable et a vraisemblablement contribué à la fois aux avantages et aux défis des collectivités en ce qui concerne l'atténuation des risques, surtout lorsque les risques cernés ont exigé des investissements appréciables dans l'infrastructure ou l'établissement d'un nouvel ordre des priorités communautaires afin de bien les aborder. Un des principaux facteurs essentiels de la réussite cerné dans ce domaine concernant le volet du PRSE a été la recherche participative axée sur la collectivité qui a été menée. Un autre de ces facteurs a été la présence d'AHM dans les collectivités des Premières nations et la mise en place des CCQEP dans ces dernières. L'évaluation a fait état de certains obstacles et défis nuisant à l'atteinte de ce résultat qu'il conviendrait de prendre en compte lors des améliorations futures qui seront apportées aux programmes du Groupe. Il s'agit notamment d'éventuelles lacunes chez les membres des collectivités quant à la connaissance de certains aspects des programmes du Groupe, du moment du versement des fonds associés aux projets de recherche participative axée sur la collectivité ainsi que de la durée et du montant du financement, du nombre insuffisant d'AHM compte tenu des demandes et de la charge de travail courantes, de quelques problèmes d'intégration des AHM dans les collectivités des Premières nations, de même que des problèmes à faire en sorte que les collectivités titulaires de modes de financement en matière de santé mettent en œuvre intégralement les programmes SEP requis pour assurer la détermination des risques en SEP et la prise de mesures d'atténuation immédiates à leur égard.

Le Groupe contribue à la capacité des collectivités des Premières nations de régler et d'atténuer les risques pour la santé environnementale en fournissant aide et soutien aux fins de l'atténuation immédiate des risques, du renforcement de la capacité communautaire et de la protection des intérêts. La mesure dans laquelle les collectivités peuvent tirer parti du soutien offert par le Groupe aux fins de l'atténuation réelle des risques dépend de nombreux facteurs extérieurs au Groupe, comme la disponibilité des ressources au titre des améliorations de l'infrastructure et les priorités de la collectivité. Le Groupe a assez bien réussi à contribuer à la prise de mesures immédiates d'atténuation des risques lorsque les interventions qui convenaient le mieux étaient des séances d'enseignement et de sensibilisation ainsi que des interventions pragmatiques à faible coût. Lorsque des efforts à plus forte intensité de ressources s'imposaient pour atténuer les risques, la contribution du Groupe a pris la forme d'une aide au renforcement de la capacité communautaire dans des domaines comme l'accès aux soutiens externes, l'établissement de réseaux de demande de ressources ou de changements des priorités pour atténuer dûment ces risques. Le PSEP doit déployer des efforts soutenus pour renforcer la capacité des collectivités dans le domaine de l'atténuation des risques (p. ex., grâce à la communication des risques et à la mobilisation des dirigeants des collectivités, à la provision de ressources et d'activités de liaison pour rapprocher les collectivités aux autres soutiens). En outre, le PSEP peut poursuivre ses activités aux niveaux national, régional et communautaire en vue d'élaborer des normes exécutables pour veiller à ce que les risques pour la santé publique soient atténués au besoin.

Le Groupe contribue à l'atteinte du résultat à long terme qui consiste à améliorer la santé et le bien-être des membres et des collectivités des Premières nations et des Inuits grâce à ses contributions aux déterminants connus de la santé comme les environnements physiques, les habitudes de santé personnelles, les services de santé et la culture. Bien que l'équipe d'évaluation n'ait pu mesurer directement les contributions à l'amélioration de la santé et du bien-être, des éléments probants des contributions apportées aux déterminants connus de la santé ont effectivement été trouvés. En mettant au jour les contributions dans ces secteurs, il se peut que l'on constate que, dans l'ensemble, des contributions ont été apportées pour améliorer la santé et le bien-être.

En dépit du progrès considérable qui a été accompli au cours des cinq dernières années, la collecte de données financières et de données sur le rendement pour les programmes du Groupe doit être améliorée pour faciliter la surveillance, la reddition et l'évaluation des activités, des extrants et des résultats réels réalisés. D'autres efforts devront être déployés pour veiller à ce que les données recueillies soient indicatives des activités, des extrants et des résultats du Groupe. La surveillance du rendement devrait non seulement cibler les activités et les extrants, mais aussi prendre en compte les résultats immédiats et les indicateurs de l'état de santé environnementale et publique qui peuvent être mesurés en permanence pour assurer la prise de décisions fondées sur des preuves et la surveillance de la santé publique associées aux programmes SEP au fil des ans. Pour ce faire, il faudra, entre autres établir des stratégies pour améliorer la présentation des rapports de données de programmes plus complets, de meilleure qualité et en temps opportun (dans les bases de données sur l'eau, le SIHM). De plus, il faudra mieux suivre les données financières (crédits et dépenses) au niveau du Groupe afin d'être en mesure d'établir des liens entre les coûts, les extrants et les activités des programmes aux niveaux national et régional et de veiller à ce que des analyses de l'économie et de l'efficience puissent être faites à l'avenir.

Les programmes du Groupe font état d'économie et d'efficience, des mesures ayant été prises pour minimiser les coûts et le double emploi tout en veillant à maximiser les extrants produits et les résultats atteints. La lourde charge de travail des AHM, qui les oblige à travailler de manière réactive plutôt que proactive dans les collectivités, a été identifiée comme un défi principal qui nuit aux résultats. L'insuffisance des ressources disponibles aux fins de la recherche et les lacunes au chapitre de l'expertise et de l'expérience chez les employés de la DSEP comptent parmi les autres défis constatés. L'équipe d'évaluation a mis au jour des éléments probants de mesures ayant été prises pour minimiser les coûts, comme le partage de l'équipement, l'embauche de CCEQ au lieu d'AHM pour effectuer des vérifications bactériologiques de l'eau potable et la prestation de programmes d'enseignement à distance qui permettent d'augmenter les possibilités tout en minimisant les coûts de prestation. La quantité de temps que les AHM passent dans les collectivités a été l'un des facteurs critiques constatés par l'équipe d'évaluation qui contribuent à l'économie et à l'efficience globales du Groupe. Il ressort de ces constatations que les extrants et les résultats obtenus par le PSEP sont proportionnels à la quantité de temps que les AHM sont en mesure de passer dans les collectivités. Même si la réussite du PRSE a été signalée tout au long de l'évaluation, les fonds limités disponibles pour la recherche participative axée sur la collectivité semblent nuire aux résultats réels qui auraient pu avoir été atteints. L'autre grand défi se trouve dans le domaine des ressources humaines à la DSEP. Les régions ont mentionné que certains membres du personnel de la DSEP manquaient d'expertise relative au contenu, d'expérience en santé publique et d'expérience auprès des collectivités des Premières nations.

L'un des plus grands défis liés à la conception du Groupe à ce stade a trait à sa grande dépendance envers les fonds fournis par le Plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées des Premières nations (Plan d'action pour l'eau), qui doit prendre fin en 2012. Si le financement n'est pas renouvelé ou si une autre source de financement n'est pas trouvée, le PSEP devra sans doute réduire sa taille d'environ de moitié, voire plus. Ce risque influerait non seulement sur les services d'eau potable et de traitement des eaux usées et le soutien à cet égard, mais aussi sur la détermination et l'atténuation des risques globaux en santé environnementale vu la nature intégrée de ces risques. Même si les fonds du Plan d'action pour l'eau ciblaient les risques liés à l'approvisionnement en eau et au traitement des eaux usées, le PSEP a adopté une approche globale en matière de détermination et d'atténuation des risques vu leur nature intégrée. En conséquence, le gros du financement du Plan d'action pour l'eau a servi à embaucher des AHM supplémentaires qui fournissent de la formation et du soutien aux CCQEP et aident les collectivités des Premières nations à déterminer et à atténuer de nombreux secteurs de risque en santé environnementale. Si cette source de financement, qui doit prendre fin en 2012, n'était plus mise à la disposition du PSEP, l'incidence se ferait sentir bien au-delà des risques liés à l'eau potable et au traitement des eaux usées dans les collectivités des Premières nations.

Un des principaux défis que doit relever le Groupe est sa dépendance envers des sources externes, dont d'autres ministères et autorités, afin d'atteindre les résultats escomptés du renforcement de la capacité des Premières nations et des Inuits à régler et à atténuer les risques en santé environnementale. Ce défi est exacerbé par le manque de ressources à consacrer à l'atténuation des risques et l'absence de normes ou de règlements exécutoires dans les collectivités des Premières nations. Les activités du Groupe ont été conçues

principalement pour cibler les premières étapes de la sensibilisation et de la détermination des risques, qui débouchent sur des conseils et des recommandations sur la manière de réduire ou d'atténuer les risques déterminés. Idéalement, après la sensibilisation aux risques et la détermination de ces derniers grâce aux activités du Groupe, les collectivités peuvent s'efforcer à les atténuer. L'équipe d'évaluation a conclu qu'à ce stade, deux raisons principales expliquent l'apparition de la plupart des problèmes : 1) le manque de ressources à consacrer à l'atténuation des risques (se rapportant surtout au logement et à l'infrastructure) et 2) l'absence de normes ou de règlements exécutoires dans les collectivités des Premières nations. Ces deux facteurs débordent de l'influence et du contrôle directs que le Groupe peut exercer. Pour contribuer à l'atténuation des risques, le Groupe mène ses travaux à différents niveaux avec les collectivités, les organisations des Premières nations et des Inuits, les provinces et les territoires ainsi que divers ministères et organismes fédéraux afin de demander et de déterminer les éventuelles ressources à consacrer à l'atténuation des risques, ainsi que de contribuer à l'élaboration de normes et de cadres réglementaires acceptables et pertinents dont se serviront les Premières nations.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes ont été formulées en fonction des constatations et des conclusions de l'évaluation:

1. Élargir et améliorer le modèle communautaire de prestation des services pour les programmes de santé environnementale et publique.

2. Poursuivre et améliorer les efforts de renforcement de la capacité des collectivités en matière d'atténuation des risques en santé environnementale et publique.

3. Assurer la prise de décisions reposant sur les preuves dans le cadre du programme de santé environnementale et publique ainsi qu'en matière d'élaboration et d'exécution des politiques.

4. Examiner des options qui assureront le financement à long terme des programmes du Groupe.

1.0 INTRODUCTION

Le présent rapport contient les constatations de l'Évaluation de la pertinence et du rendement du groupe Hygiène du milieu et recherche environnementale, de 2005 à 2010 (Santé des Premières nations et des Inuits). L'évaluation visait deux objectifs principaux, d'abord évaluer la pertinence du Groupe Hygiène du milieu et recherche environnementale (HM-RE) par rapport aux besoins des Premières nations et des Inuits, aux priorités fédérales et aux résultats stratégiques, puis évaluer le rendement du Groupe en termes d'efficacité (progrès réalisés en vue de l'atteinte de résultats escomptés), d'efficience et d'économie. Outre l'évaluation de la pertinence et du rendement des activités de programme du Groupe afin d'étayer les plans d'action de la direction pour les prochaines années, l'évaluation fournit une base d'éléments probants plus vaste permettant à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de présenter des rapports sur des résultats de plus haut niveau et sur le respect des exigences redditionnelles.

La pertinence a été évaluée grâce à l'analyse de la concordance des programmes du Groupe avec les priorités plus vastes du gouvernement ainsi qu'avec les besoins et les priorités des collectivités des Premières nations. Pour sa part, le rendement a été évalué par le truchement de l'analyse de l'efficacité, de l'efficience et de l'économie du Groupe. La structure du présent rapport suit essentiellement ces lignes d'analyse et, de plus, elle contient une série de quatorze questions de recherches assorties des indicateurs connexes. Les conclusions et les recommandations globales issues de l'évaluation sont présentées dans la dernière section.

1.1 Description du Groupe HM-RE

1.1.1 Historique et contexte

Mandat et rôle du gouvernement du Canada

Le mandat et le rôle du gouvernement du Canada en matière de besoins de santé des Premières nations sont énoncés dans la Politique fédérale de 1979 sur la santé des Indiens. Cette politique a pour objet de hausser le niveau de santé dans les collectivités des Premières nations. Dans cette politique, le gouvernement du Canada reconnaît ses responsabilités juridiques et traditionnelles envers la santé des Premières nations et cherche à promouvoir la capacité des collectivités à poursuivre leurs aspirations dans le contexte des institutions canadiennes. Conformément à la politique, un plan à long terme a été établi pour transférer l'exécution et l'administration des programmes en matière de santé au contrôle des Premières nations. Les rôles et responsabilités du gouvernement du Canada et des Premières nations évoluent à mesure que se poursuit le processus de transfert.

Puisque la santé environnementale et publique dans les réserves repose sur la Politique de 1979 sur la santé des Indiens, la *Loi sur le ministère de la Santé* et la compétence du gouvernement fédéral sur les « Indiens, et les terres réservées aux Indiens », qui lui a été conférée par le paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*, le gouvernement du Canada n'a pas de

pouvoir prévu par les lois ni d'autorisation législative lui permettant de faire appliquer des normes ou des règlements (de niveau fédéral, provincial ou autre) en matière de santé environnementale et publique dans les réserves. Les programmes HM-RE sont fournis à la demande ou avec l'accord des autorités des Premières nations et, en matière d'atténuation des risques en santé environnementale et publique, ils servent des fins consultatives (plutôt que réglementaires).

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Dans ses efforts pour atteindre le résultat stratégique visant à obtenir « de meilleurs résultats en matière de santé et réduction des inégalités entre l'état de santé des Premières nations et des Inuits et celui des autres Canadiens », la DGSPNI s'acquitte du mandat global suivant[1] :

- faire en sorte que les services de santé soient disponibles et que les communautés des Premières nations et des Inuits y aient accès;
- aider les Premières nations et les Inuits à s'occuper des obstacles en matière de santé et des menaces de maladie, et atteindre des niveaux de santé comparables à ceux des autres Canadiens qui vivent dans des endroits semblables;
- établir des partenariats solides avec les Premières nations et les Inuits afin d'améliorer le système de santé.

Pour s'acquitter de son mandat, la DGSPNI cherche à atteindre les trois principaux objectifs suivants : 1) réduire l'écart entre les résultats pour la santé des Premières nations et des Inuits, et des autres Canadiens; 2) fournir un accès à des services comparables à ceux offerts à d'autres Canadiens qui habitent des régions semblables et 3) conclure des partenariats solides avec les collectivités des Premières nations et des Inuits pour qu'elles participent davantage à la gestion et au contrôle de leur santé. Ces objectifs sont atteints en continuant d'exécuter et de financer des programmes et des services de même qu'en s'efforçant de satisfaire aux normes tout en se rapprochant de la coordination et de l'intégration avec le système provincial[2].

Le Groupe HM-RE relevant de l'Autorité du Programme de la protection de la santé

La DGSPNI a regroupé ses programmes et services en « groupes » fondés sur les résultats prévus qu'ils ont en commun. Le Groupe HM-RE a été mis sur pied lorsque la DGSPNI a renouvelé ses pouvoirs de contribution en mars 2005. Le Groupe HM-RE est l'un des deux groupes relevant de l'Autorité du Programme de la protection de la santé qui, pour sa part, compte parmi les cinq principales autorités de contribution de la DGSPNI. Les services et programmes relevant de cette autorité sont gérés par la Direction des soins de santé primaires et de la santé publique de la DGSPNI et les bureaux régionaux de santé des Premières nations et des Inuits (SPNI) de la Direction générale des régions et des programmes (DGRP).

---

1 Le mandat est extrait du site Web de Santé Canada à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/SPNIb-dgspni/mandat-fra.php.

2 DGSPNI, 2009a, Developing a Five-Year Strategic Framework for FNIHB's Public Health Role in First Nations Communities: a Discussion Document (disponible en anglais seulement).

Le Groupe HM-RE, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits admissibles, fournit des programmes d'hygiène du milieu et de recherche en santé environnementale en offrant un financement de contribution de même que des services directs administrés par Santé Canada. Les programmes sont exécutés à l'échelle nationale, régionale et communautaire et sont gérés par la DGSPNI et les bureaux régionaux de SPNI en partenariat avec les collectivités des Premières nations et des Inuits ou par les Premières nations et les Inuits conformément à des accords de contribution.

1.1.2 Survol des initiatives, des programmes et des objectifs du Groupe

Le Groupe HM-RE a pour objectif de cerner les risques pour la santé humaine associés à l'exposition à des dangers dans l'environnement naturel et l'environnement créé et d'en promouvoir l'atténuation ou la prévention. Dans cette optique, il fournit des services de santé environnementale et publique, des activités de renforcement de la capacité communautaire, de la surveillance et de la recherche, ainsi que de la collaboration avec des partenaires pour traiter des déterminants de la santé. Deux secteurs de programmes principaux relèvent du Groupe : 1) le Programme de santé environnementale et publique (PSEP) et 2) le Programme de recherche en santé environnementale (PRSE).

Programme de santé environnementale et publique

Le Programme de santé environnementale et publique (PSEP) vise à cerner les risques pour la santé environnementale et publique susceptibles d'influer sur la santé des résidents des collectivités et à recommander des mesures correctives que les dirigeants de ces dernières pourraient prendre pour réduire ces risques. Bien que l'atténuation des risques soit un objectif sous-jacent du programme, la responsabilité du PSEP à ce chapitre se limite à la prestation de conseils, de directives et de recommandations concernant d'éventuelles stratégies et mesures d'atténuation à prendre par les collectivités.

Les programmes de santé environnementale et publique sont destinés aux collectivités des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle et sont exécutés par les agents d'hygiène du milieu (AHM) embauchés par Santé Canada ou par des bandes ou des conseils tribaux particuliers dans le cadre d'accords de contribution. Les programmes sont offerts en conformité avec les Autorités des Premières nations ou à leur demande. Le PSEP est coordonné à l'échelle régionale par les Services de santé environnementale et publique (SSEP) faisant partie de la DGRP et est appuyé à l'échelle nationale par la Division de santé environnementale (DSEP) faisant partie de la DGSPNI. Au nombre des activités particulières qui sont menées, mentionnons l'éducation du public, la formation et les évaluations de la santé environnementale (p. ex., inspections de santé publique, enquêtes sur les maladies transmissibles, ainsi que contrôle et surveillance à leur égard, examens des plans d'infrastructure et prestation de conseils et de recommandations). Les activités sont menées dans huit secteurs de programme de base (tableau 1).

Tableau 1 : Secteurs de programme de base du PSEP

Secteur de programme de base	Description
Eau potable	Le PSEP dispense de séances d'éducation du public sur l'eau potable et sur la prévention des risques, des séances de formation et des ouvrages éducatifs aux contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable (CCQEP); effectue des contrôles et des tests sur l'approvisionnement en eau potable et en interprète les résultats, recommande la prise de mesures correctives et d'atténuation (ce qui comprend l'émission et la levée d'avis sur la qualité de l'eau potable); et fournit des examens techniques des propositions de projets d'infrastructure de l'alimentation en eau sous l'angle de la santé publique
Santé et logement	Le PSEP travaille avec les collectivités des Premières nations et d'autres partenaires au règlement de problèmes de santé publique à différentes étapes du logement : emplacement et conception, construction, occupation et démolition. Il s'acquitte de cette responsabilité par l'entremise d'inspections de santé publique des logements faites sur demande, d'éducation du public et de séances de formation.
Salubrité alimentaire	Le PSEP travaille avec les collectivités des Premières nations à la prévention des maladies d'origine alimentaire et au règlement des problèmes de santé publique liés aux aliments traditionnels et conventionnels. Les activités comprennent l'éducation du public, la formation des manipulateurs d'aliments ainsi que les inspections de santé publique de routine et sur demande d'installations de services alimentaires permanentes, saisonnières et dans le cadre d'événements spéciaux.
Inspections des installations	Le PSEP travaille avec les collectivités des Premières nations, les propriétaires, les exploitants, les employés et les utilisateurs d'installations (établissements de santé, établissements de soins communautaires, installations récréatives et installations générales) pour favoriser la prévention de la propagation de maladies transmissibles, minimiser les risques en santé publique et réduire les dangers pour la sécurité. Les activités comprennent l'exécution d'inspections de routine et sur demande, la provision de conseils, de directives et de recommandations et la prestation des séances d'éducation du public et de sensibilisation en matière de santé publique et de sécurité dans les installations.
Contrôle des maladies transmissibles d'origine environnementale	Toutes les activités régulières du PSEP visent à prévenir la maladie et la prolifération de maladies transmissibles. Des activités particulières, comme les inspections, les enquêtes sur les poussées de maladies infectieuses, la surveillance et l'éducation du public, sont également menées pour prévenir et contrôler les maladies transmissibles d'origine environnementale transmises par les aliments (p. ex., la salmonelle), par l'eau (p. ex., l'E. coli) et par des vecteurs (p. ex., le virus du Nil occidental et la rage). Toutes les activités sont menées en collaboration avec le personnel des maladies transmissibles au niveau local, régional, provincial ou national (ce qui comprend, sans toutefois s'y limiter, les infirmiers et infirmières, les épidémiologistes et les médecins hygiénistes régionaux).
Mesures et interventions d'urgence	Le PSEP travaille avec les collectivités et d'autres partenaires pour veiller à ce que les considérations liées à la santé environnementale et publique soient incluses dans les plans d'urgence, les interventions et les activités de reprise des activités. Les activités comprennent l'évaluation des risques en santé environnementale et publique pendant la planification en cas d'urgence, les interventions et les mesures de reprise des activités ainsi que la provision de conseils, de directives et de recommandations sur la manière de minimiser ces risques.

Secteur de programme de base	Description
Élimination des déchets solides	Le PSEP travaille avec les collectivités et d'autres organismes à la limitation des risques en santé publique que pose l'élimination des déchets solides. Les activités comprennent la tenue d'évaluations de la santé environnementale et publique des sites d'enfouissement et des stations de transfert et la prestation de conseils et de séances d'éducation du public concernant les saines pratiques d'élimination des déchets ainsi que l'exécution d'examens techniques des propositions de projets d'élimination des déchets solides sous l'angle de la santé publique.
Eaux usées	Le PSEP détermine les dangers réels et éventuels associés à l'élimination des eaux usées afin de réduire et de prévenir les risques en santé publique. Les activités du programme ciblent les stations communautaires de traitement des eaux usées ainsi que les systèmes d'égout sur place. Les activités comprennent la tenue d'évaluations de la santé environnementale et publique, la prestation de séances d'éducation du public et l'exécution d'examens techniques des propositions de projets d'infrastructure pour le traitement des eaux usées sous l'angle de la santé publique.

La plupart des modèles en santé publique reconnaissent que l'inspecteur en santé publique (ISP) ou l'agent d'hygiène du milieu (AHM) joue un rôle primordial dans l'équipe et le système d'exécution de santé publique. Toutes les provinces et les administrations canadiennes retiennent les services d'ISP ou d'AHM pour s'acquitter de diverses activités comme les inspections de santé, les séances de formation à l'intention des manipulateurs d'aliments, les enquêtes sur les cas soupçonnés et confirmés de maladies d'origine alimentaire ou hydrique ou transmises par des vecteurs, le contrôle de la qualité de l'eau potable, les enquêtes sur les plaintes relatives à d'éventuels dangers pour la santé publique, les séances d'éducation et de sensibilisation du public, et l'assurance et l'application de la conformité aux lois et règlements en matière de santé publique. Les ISP et les AHM doivent être autorisés à travailler conformément aux règles de l'organisme de réglementation professionnelle (Comité d'accréditation des inspecteurs en santé publique de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique) et aux lois de la province ou du territoire où les services seront dispensés[3].

Pour faire en sorte que les collectivités des Premières nations dans les réserves disposent de services comparables à ceux offerts aux autres membres de la population canadienne, la DGSPNI exécute le PSEP en se servant des modèles de santé publique les plus communément utilisés dans d'autres administrations canadiennes. Le PSEP constitue un programme de santé publique requis, ce qui signifie que Santé Canada veille à ce que chaque collectivité reçoive les services d'AHM; de plus, les collectivités qui reçoivent des contributions doivent engager un AHM et fournir la gamme des programmes du PSEP.

Programme de recherche en santé environnementale

Le Programme de recherche en santé environnementale (PRSE) cible la recherche sur les dangers et risques environnementaux (c.-à-d. physiques, chimiques, biologiques et radiologiques) qui touchent la santé des Premières nations et des Inuits. Il vise à aider les collectivités des Premières nations et des Inuits à renforcer leur capacité de travailler avec les

[3] Fait à noter, le gouvernement provincial et les municipalités du Québec ne reconnaissent pas exclusivement l'ICISP lors de l'embauche et de l'agrément des AHM.

gouvernements, les organismes, les universités et d'autres organisations pour intégrer les connaissances tant scientifiques que conventionnelles aux études d'hygiène du milieu et au matériel de sensibilisation à cet égard. Le programme fournit des fonds aux programmes de recherche participative axée sur la collectivité[4] et mène de la recherche, du contrôle, de la surveillance, ainsi que des études en laboratoire et sur le terrain en matière de santé environnementale. Le PRSE compte six éléments principaux, comme en fait foi le tableau 2.

Tableau 2 : Éléments du PRSE

Éléments	Description
Recherche et surveillance (RS)	Le PRSE fournit des fonds au titre de la recherche participative axée sur la collectivité et de l'évaluation des risques par l'entremise des programmes nationaux et régionaux sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations et du Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord. Il finance les activités d'enseignement des Premières nations et des Inuits dont l'élaboration des programmes de cours pour l'évaluation des incidences sur la santé, la mise au point du manuel intitulé *Salubrité alimentaire pour les Premières nations du Canada : Manuel sur les saines pratiques alimentaires* (Manuel sur la Salubrité alimentaire) et la tenue d'ateliers permanents sur les aliments traditionnels et les contaminants environnementaux. Le PRSE fournit au besoin des intrants et des fonds au titre de la surveillance environnementale ciblée et des évaluations de l'exposition des collectivités. En vertu du Programme de sécurité chimique des aliments traditionnels, le PRSE soutient d'importantes initiatives de recherche, telles que l'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières nations, qui visent à tracer le premier portrait régional représentatif des régimes alimentaires des Premières nations et à fournir une estimation des éventuels risques pour la santé associés à la consommation de divers aliments trouvés dans la nature susceptibles d'être touchés par des contaminants environnementaux, tout en faisant valoir l'importance de l'alimentation traditionnelle. La recherche et la surveillance visent à : • examiner, analyser, intégrer et interpréter des données scientifiques afin de comprendre les niveaux d'exposition et les répercussions éventuelles de principaux contaminants environnementaux persistants sur l'état de santé des Premières nations et des Inuits; • contribuer à l'élaboration de normes et de lignes directrices sur l'exposition humaine; • faire de la recherche sur les programmes portant sur des contaminants environnements et des initiatives de recherche au Canada et dans les pays de l'Arctique, les surveiller et présenter des rapports sur les résultats de ces derniers; • déterminer les besoins nouveaux en matière de recherche pour cibler l'élaboration des programmes; • communiquer aux Premières nations, aux Inuits et au grand public les enjeux liés aux risques en se fondant sur la recherche et l'analyse des contaminants environnementaux.

[4] La recherche participative axée sur la collectivité est une expression générale définit comme suit : « un processus de recherche qui tente d'équilibrer les intérêts, les avantages et les responsabilités entre les peuples autochtones et les institutions de recherche visées grâce à un engagement envers un partenariat de recherche équitable. » [TRADUCTION] L'expression suppose que « le processus au complet, depuis la planification jusqu'à la présentation du rapport, est transparent et accessible à toutes les parties visées » [TRADUCTION] (*Indigenous Peoples and Participatory Health Research: Planning and Management, preparing research Agreements*, [disponible en anglais seulement] Organisation mondiale de la santé, 2003, p. 2). En revanche, l'expression « recherche communautaire participative » est utilisée lorsque l'enquêteur principal se rend dans la collectivité pour discuter de l'étude et apporte des changements après ces discussions. Les membres de la collectivité sont davantage perçus comme des partenaires que comme des cobayes. L'expression « recherche axée sur la collectivité » est utilisée lorsque l'enquêteur principal provient de la collectivité ou d'une organisation nationale des Premières nations et que des chercheurs non autochtones sont considérés comme des partenaires. La DRSE appuie les deux types d'approches en matière de recherche et, par conséquent, utilise l'expression générale « recherche participative axée sur la collectivité ».

Éléments	Description
Analyse des données et soutien des programmes	Le PRSE finance et mène la recherche et recueille et analyse des données à l'appui du volet de l'eau potable du Programme de santé environnementale et publique. Il publie un rapport annuel sur les indicateurs de rendement en matière d'eau potable, qui suit les progrès réalisés au chapitre de l'atteinte des buts et objectifs du programme sur l'eau potable. Les activités comprennent : • le soutien et les conseils en matière de recherche et d'analyse statistique et la provision de conseils à d'autres programmes de santé environnementale et publique de la DGSPNI; • le financement de projets de recherche axée sur la collectivité sur la qualité de l'eau potable et la surveillance à l'appui d'une base d'éléments probants pour les programmes et les politiques de santé publique concernant l'eau potable des Premières nations.
Laboratoire de la DGSPNI	Le PRSE fournit des analyses de tissus humains pour y détecter des polluants organiques persistants, dont plusieurs organochlorés, pour le compte d'initiatives telles l'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières nations. Le laboratoire se spécialise dans les études internationales et nationales sur l'assurance de la qualité et est fournisseur d'essais d'aptitude pour le compte de programmes internationaux comme le Programme de comparaison interlaboratoire du mercure dans les cheveux.
Adaptation aux changements climatiques et à leurs conséquences sur la santé	Ce programme de financement s'adresse aux collectivités des Premières nations et des Inuits du Nord et les aide à élaborer des propositions gagnantes de financement de la recherche qui cernent les incidences sur la santé associées aux changements climatiques et y donnent suite. Les résultats de la recherche servent à : • mettre au point des plans et des outils de gestion des risques pour la santé humaine, ce qui comprend du matériel d'enseignement et de sensibilisation adapté aux différences culturelles; • améliorer les décisions concernant l'adaptation aux conséquences sur la santé dans le Nord prises par les collectivités et au niveau régional et national.
Initiative de biosurveillance des Premières nations	Le PRSE, en partenariat avec les organisations de recherche et de statistique des Premières nations, met en œuvre l'Initiative de biosurveillance des Premières nations afin de recueillir des données de base sur l'exposition des personnes aux composés chimiques de l'environnement. Cette initiative s'adresse aux Premières nations qui vivent dans des réserves et ressemble à l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé menée par Statistique Canada et Santé Canada. Les activités comprennent des consultations auprès d'organisations nationales et régionales des Premières nations pour : • connaître leurs priorités; • établir des paramètres de biosurveillance convenables; • recueillir, analyser et diffuser des données.
Guides sur la santé environnementale	En partenariat avec des organisations des Premières nations et des Inuits, le PRSE met au point une série de guides sur la santé environnementale à l'intention des Premières nations et des Inuits pour les sensibiliser davantage aux contaminants dans l'environnement qui pourraient nuire à leur santé et pour trouver des moyens de réduire l'exposition nocive.

Publics ciblés par le Groupe

Le Groupe cible notamment :

- les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves au sud du 60^{e} parallèle (PSEP et PRSE);
- les Inuits et les Premières nations au nord du 60^{e} parallèle (PRSE).

Le PSEP est offert dans toutes les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves au sud du 60^{e} parallèle, tandis que la responsabilité à l'égard des programmes de santé environnementale et publique au nord du 60^{e} parallèle a été confiée aux gouvernements territoriaux ou aux Premières nations et aux Inuits dans le cadre du règlement des revendications territoriales. Le PRSE s'adresse aux Premières nations dans les réserves au sud du 60^{e} parallèle et aux Inuits et aux Premières nations au nord du 60^{e} parallèle.

Collaboration du Groupe

Le Groupe travaille en partenariat et en collaboration avec des collectivités et des organisations des Premières nations et des Inuits, d'autres secteurs de la DGSPNI et de Santé Canada, ainsi que des organismes et organisations fédéraux, provinciaux, territoriaux et communautaires pour veiller à la mise en œuvre de programmes efficaces de santé environnementale et publique et de recherche dans ce domaine. La collaboration, la coordination et la mise en commun de renseignements avec des partenaires comme Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC), Environnement Canada (EC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), des gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations communautaires et des universités sont essentielles à l'élaboration et à l'exécution de programmes de santé environnementale efficaces et efficients dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Le tableau 3 contient quelques exemples d'intervenants selon les différents secteurs de programmes ainsi qu'un exemple de leur rôle ou de leur responsabilité[5].

Tableau 3 : Exemples d'intervenants associés au Groupe

Secteur	Exemples d'intervenants associés et exemple de leurs rôles et responsabilités
Eau potable	*Collectivités des Premières nations* – Planifier, concevoir, construire, exploiter et entretenir l'infrastructure, des installations et des services communautaires comme ceux servant au traitement et à la distribution de l'eau; trouver et embaucher des contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable. *Infirmiers en santé communautaire* – Traiter et signaler des cas et des éclosions de maladies d'origine hydrique de concert avec d'autres professionnels de la santé publique. *AINC* – Fournir des fonds et des conseils pour aider les collectivités des Premières nations à fournir des services d'approvisionnement en eau (réseaux comptant au moins cinq raccordements) dans les réserves; coordonner le processus intégré d'examen entre SC, EC et AINC concernant les propositions de projets relatifs à des réseaux communautaires d'alimentation en eau. *EC* – Aider les Premières nations à prendre des mesures relatives à la protection des sources d'eau et à l'utilisation durable de l'eau; participer au processus intégré d'examen des réseaux communautaires d'alimentation en eau.
Eaux usées	*Collectivités des Premières nations* – Planifier, concevoir, construire, exploiter et entretenir des réseaux communautaires de traitement des eaux usées et des réseaux d'évacuation des eaux-vannes, et désaffecter ces réseaux. *AINC* – Fournir des fonds, des conseils et des directives concernant les réseaux communautaires de traitement des eaux usées des Premières nations et coordonner (par l'entremise de ses bureaux régionaux) le système intégré d'examen des réseaux communautaires de traitement des eaux usées. *EC* – Examiner des plans de projets relatifs au traitement des eaux usées pour veiller à ce que les projets prévoient des mesures satisfaisantes qui préviendront ou atténueront les éventuels facteurs susceptibles de menacer ou de diminuer la qualité de l'environnement.
Salubrité alimentaire	*Collectivités des Premières nations* – Gérer les exploitations des services alimentaires et leur mise au point. *Infirmiers en santé communautaire* – Traiter et signaler des cas et des éclosions de maladies d'origine alimentaire de concert avec d'autres professionnels de la santé publique. *Médecins hygiénistes régionaux (MHR)* – Travailler pro activement avec les chefs et les conseils, les représentants en santé communautaire, les directeurs des services de santé, les agents d'hygiène du milieu et les médecins hygiénistes provinciaux, afin d'évaluer tous les aspects de la santé publique se rapportant à la Salubrité alimentaire. *ASPC* – Assurer la surveillance nationale axée sur les laboratoires et fournir de l'aide pour les enquêtes sur les éclosions de maladies d'origine alimentaire. *ACIA* – Émettre des rappels et des alertes concernant des aliments, dont la diffusion, le cas échéant, est assurée par les AHM.

[5] Le contenu du tableau ne se veut pas une liste exhaustive de tous les intervenants et de tous les rôles et responsabilités. Il vise plutôt à fournir quelques exemples d'intervenants et de leurs rôles et responsabilités respectifs.

Secteur	Exemples d'intervenants associés et exemple de leurs rôles et responsabilités
Élimination des déchets solides	*Collectivités des Premières nations* – Exécuter la planification et la gestion au quotidien des activités d'élimination des déchets solides dans les collectivités. *AINC* – Fournir des fonds et des conseils aux Premières nations pour les aider à planifier, concevoir, construire, exploiter et désaffecter des sites d'enfouissement de déchets solides. *EC* – Fournir un soutien et des directives de nature technique à Santé Canada et à AINC sur les dossiers d'élimination des déchets solides. *Gouvernements provinciaux et autorités régionales et locales* – Se pencher sur les incidences que les sites provinciaux ou municipaux d'enfouissement des déchets peuvent avoir sur les collectivités des Premières nations avoisinantes et régler les problèmes que l'élimination des déchets solides par les Premières nations peuvent causer aux administrations avoisinantes.
Sante et Logement	*Collectivités des Premières nations* – Planifier, élaborer et gérer le portefeuille du logement des collectivités. *SCHL* – Fournir de l'expertise technique en matière d'aide financière se rapportant aux stocks de logement et aux rénovations dans les réserves. *AINC* – Attribuer d'autres ressources aux Premières nations à l'appui de la prise de mesures correctives pour atténuer ou réduire les risques pour la santé publique décelés par les AHM pendant les inspections. *Organisations des Premières nations* – Des organisations comme l'APN, l'Association nationale des gestionnaires d'habitations des Premières nations, le Comité des chefs sur le logement et l'infrastructure et l'Association des agents du bâtiment des Premières nations collaborent à l'amélioration des normes de logement dans les réserves grâce à une foule d'activités.
Inspections des installations	*Collectivités des Premières nations* – S'occuper de la gestion, de l'administration, de l'entretien et du fonctionnement des installations dans les réserves. *AINC* – Fournir des fonds aux Premières nations pour les aider à planifier, exploiter, entretenir et désaffecter les installations communautaires dans les réserves, ce qui, en général, se limite aux établissements d'enseignement, aux installations de production d'électricité au moyen du diesel et aux stations d'approvisionnement en eau et de traitement des eaux usées. *Gouvernements provinciaux* – S'occuper de la santé et sécurité au travail dans les entreprises sous réglementation provinciale dans les réserves. *Ressources humaines et développement social Canada* – S'occuper de la santé et sécurité au travail dans les milieux de travail sous réglementation fédérale dans les réserves.
Contrôle des maladies transmissibles d'origine environnementale	*Collectivités des Premières nations* – Travailler en partenariat avec les AHM et d'autres travailleurs de la santé (y compris les autorités provinciales) pour formuler et mettre en œuvre des recommandations relatives aux CMT. *Coordonnateurs des infirmiers de contrôle des maladies transmissibles (CMT)* – Conclure des partenariats et contribuer à la coordination des activités de CMT entre les partenaires, notamment les Premières nations, les provinces et d'autres ministères fédéraux (AINC, ASPC). *Infirmiers en santé communautaire* – Déterminer et surveiller les cas et éclosions de maladies transmissibles dans les réserves et présenter des rapports sur le sujet. *Médecins hygiénistes régionaux (MHR)* – Superviser les activités de surveillance de la santé, de prévention des maladies transmissibles et de contrôle dans les réserves, en travaillant en étroite collaboration avec les médecins hygiénistes provinciaux afin de réduire les risques liés aux maladies transmissibles. Dans certaines régions, les lois provinciales en matière de santé publique ont délégué aux MHR le pouvoir de régler les cas et les éclosions de maladies transmissibles conformément à des protocoles provinciaux sur les éclosions. *Gouvernements provinciaux* – Dans certaines régions, les provinces disposent du pouvoir législatif, du mandat et des ressources nécessaires pour traiter des problèmes de maladies transmissibles dans les réserves, ce qui comprend les diagnostics, les enquêtes et les interventions. *Contrôle des maladies transmissibles (DGSPNI)* – Fournir du soutien technique et financier pour l'élaboration et la mise à l'essai permanente de plans communautaires, régionaux et nationaux en cas de pandémie d'influenza dans les collectivités des Premières nations et des Inuits à l'extérieur des territoires. ACIA – Aider aux protocoles d'échantillonnage des cas de rage dans les réserves.

Secteur	Exemples d'intervenants associés et exemple de leurs rôles et responsabilités
Mesures et interventions d'urgence	*Collectivités des Premières nations* – Élaborer, approuver et mettre en œuvre les plans communautaires des mesures et interventions d'urgence et de pandémie. *Coordonnateurs des infirmiers des urgences liées aux maladies transmissibles* – Aider les collectivités à élaborer, mettre à l'essai et mettre en œuvre des plans en cas de pandémies d'influenza et entretenir des rapports avec le personnel de SPNI dans les régions, les autorités provinciales, les Premières nations et d'autres intervenants en matière de préparation en cas de pandémie dans les collectivités des Premières nations. *Médecins hygiénistes régionaux* – Assurer le leadership et le soutien dans les situations d'urgence; dans certaines régions, les lois provinciales sur la santé publique leur ont délégué le pouvoir de régler des urgences en matière de santé conformément aux protocoles provinciaux d'intervention en cas d'urgence ou d'éclosion. *Bureau des mesures d'urgence, Direction générale des régions et des programmes (SC)* – Servir de guichet unique à l'intention des partenaires internes et externes pour les questions liées à la gestion des urgences à Santé Canada. *AINC* – Conclure des ententes avec des gouvernements provinciaux et territoriaux qui veillent à ce que des services d'urgence (p. ex., les évacuations, etc.) soient instaurés dans les collectivités des Premières nations et communiquer les modalités des ententes avec Santé Canada; offrir du soutien aux Premières nations en vue de l'élaboration de plans de planification des mesures d'urgence.
Programme de recherche en santé environnementale	*First Nations University of Canada (FNUC)* – Administrer le volet national du programme communautaire sur les contaminants environnementaux.

Gouvernance du Groupe

La DGSPNI, les bureaux régionaux de SPNI (faisant partie de la DGRP) et les collectivités des Premières nations et des Inuits recevant des services directs de Santé Canada ou administrant leurs propres programmes SEP ou leurs propres projets RSE par l'entremise d'accords de contribution se partagent la responsabilité de la conception, de la mise en œuvre, de la gestion et du contrôle des programmes ainsi que de la présentation de rapports sur ces derniers. Les rôles et responsabilités de chaque entité sont décrits dans les sections suivantes.

Rôles et responsabilités de la DGSPNI

Dans le cadre de l'administration du Groupe, la DGSPNI sert de bureau national ou d'administration centrale et travaille en collaboration avec les partenaires des Premières nations et les régions pour diriger les activités d'élaboration de la politique stratégique et de planification des programmes. Plus précisément, la DGSPNI :

- Appuie les activités du Programme régional de santé environnementale et publique au niveau national[6].
- Établit les objectifs de programmes nationaux, élabore le matériel d'orientation et détermine les politiques et les cadres des programmes.
- Tient la haute direction et les organismes centraux au courant des activités de programmes par l'entremise des rapports ministériels sur la planification, des rapports sur les plans et les priorités, de l'évaluation du Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) et des rapports sur le sujet ainsi que d'autres rapports formels et informels.

[6] La DGSPNI ne participe pas à la prestation directe de services aux Premières nations puisque ce rôle appartient à ses bureaux régionaux.

- Fournit des intrants pour les présentations du Conseil du Trésor et les mémoires au Cabinet.
- Établit des indicateurs de rendement et des exigences en matière de rapport.
- Effectue la surveillance du rendement ainsi que l'analyse et l'évaluation des données de programmes.
- Soutient le Système d'information sur l'hygiène du milieu (SIHM), une base de données électronique et un système de rapport qui sert d'outil national de collecte des données pour les AHM et les gestionnaires.
- Fournit de l'information à jour et fiable sur les enjeux de santé environnementale et publique aux gestionnaires régionaux de l'hygiène du milieu (GRHM) et aux AHM.
- Cerne les lacunes et les possibilités en matière de formation en santé environnementale et publique.
- Établit des rapports avec des intervenants internes et externes comme d'autres groupes au sein de Santé Canada, des organisations autochtones (OA) nationales et d'autres ministères et organismes fédéraux.
- Met au point du matériel d'éducation du public.
- Fournit de l'expertise technique dans des domaines environnementaux susceptibles d'influer sur la santé publique, comme la qualité et le traitement de l'eau potable, le traitement et l'évacuation des eaux usées et l'élimination des déchets solides[7].
- Conclut et gère des accords de contribution pour le compte d'organisations nationales des Premières nations et des Inuits (DRSE).

Rôles et responsabilités de la DGRP (bureaux régionaux de SPNI) [8]

Les bureaux régionaux, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, assument un rôle de premier plan en matière de soutien de l'efficacité de l'exécution des programmes et services du Groupe afin de mettre en œuvre, de contrôler et d'évaluer le rendement des politiques, des programmes et des initiatives dans le cadre de la gestion axée sur les résultats. Les bureaux régionaux :

- Fournissent des services de santé environnementale et publique.
- Gèrent le Programme de santé environnementale et publique à l'échelle régionale.
- Établissent des plans de travail annuels pour le Programme régional de santé environnementale et publique.

---

[7] L'expertise technique est fournie par des ingénieurs en santé publique (IngSP), qui ont reçu une formation professionnelle. Le titre d'ingénieur en santé publique n'est pas une désignation officielle des ingénieurs professionnels au Canada, mais bien un titre dont se servent les ingénieurs professionnels possédant une vaste expérience de la prestation de conseils sous l'angle de la santé publique. Les IngSP sont embauchés par la Division de santé environnementale et publique et les bureaux régionaux ou leurs services à titre d'experts-conseils privés peuvent être retenus. Il convient de signaler que la DSEP de la DGSPNI n'est pas dotée pour l'instant d'une capacité d'AHM (autrement dit, l'expertise technique des inspecteurs en santé publique agréés).

[8] Les bureaux régionaux de SPNI fournissant des programmes régionaux de santé environnementale et publique faisaient auparavant partie de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). En 2007, la structure de rapports hiérarchiques a changé, et les bureaux régionaux de la SPNI ont été intégrés à la Direction générale des régions et des programmes (DGRP). Les bureaux régionaux de SPNI continuent d'avoir des liens de travail solides avec le bureau national et la DGSPNI.

- Établissent les objectifs de programmes, les politiques et les stratégies de conception, de mise en œuvre et de gestion au niveau régional.
- Mettent en commun des pratiques exemplaires, des manuels, des procédures, des cadres de programmes et des politiques avec les AHM.
- Décèlent et facilitent les possibilités de formation pour les AHM.
- Tiennent les médecins hygiénistes régionaux (MHR), la direction des bureaux régionaux, d'autres bureaux régionaux et la DSEP au courant des programmes, des stratégies, des lacunes et des enjeux nouveaux.
- Établissent des liens avec les autorités des Premières nations, les unités de santé locales et provinciales et d'autres services municipaux, des ministères provinciaux, des municipalités ainsi que des bureaux régionaux d'AINC et d'autres ministères fédéraux concernant des enjeux de santé environnementale et publique et concluent des partenariats avec eux.
- Coordonnent les activités de rapport sur le Programme régional de santé environnementale et publique dans les collectivités et les régions et donnent suite aux demandes de rapports.
- Gèrent et contrôlent les accords de contribution en communiquant périodiquement avec les bénéficiaires et en discutant avec eux dans le cadre de visites sur place et de rapports.
- Élaborent et distribuent des appels de propositions pour financer la recherche sur les contaminants environnementaux menée par les Premières nations; examinent, évaluent et financent des propositions sur la base du mérite.

Rôles et responsabilités des autorités et des collectivités des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle lorsque les services de santé environnementale et publique sont fournis directement par Santé Canada

Les autorités[9] et les collectivités des Premières nations jouent un rôle de premier plan dans les programmes de santé environnementale et publique dans les réserves. Elles travaillent en collaboration avec les AHM pour déterminer les priorités en matière de santé environnementale et publique dans leurs collectivités et pour traiter des risques pour la santé environnementale et publique. Plus précisément, elles :

- Établissent les priorités en matière de santé environnementale et publique dans leurs collectivités.
- Collaborent avec le PSEP pour traiter des risques pour la santé environnementale et publique.
- Participent avec le PSEP et d'autres intervenants pour élaborer, approuver et mettre en œuvre des plans de travail communautaires et régionaux pour le Programme de santé environnementale et publique et coordonnent les efforts en ce sens.
- Travaillent en partenariat avec des AHM, d'autres travailleurs de la santé et des intervenants pour formuler et mettre en œuvre des recommandations ayant trait à la santé environnementale et publique.

[9] Sont compris les chefs et les conseils ou toute autre personne ou tout autre groupe de personnes à qui a été délégué le pouvoir de prendre des décisions au nom des chefs et des conseils.

- Fournissent des intrants sous l'angle des Premières nations lors des consultations.
- Agissent en tant que gardiens des ressources.
- Élaborent des politiques locales et des règlements internes pour protéger et améliorer la santé de la collectivité.

Rôles et responsabilités des collectivités et organisations des Premières nations et des Inuits à titre de bénéficiaires d'accords de contribution

Comme le montre le tableau 4, les bandes des Premières nations, les conseils tribaux, les associations de santé, les associations et conseils des Inuits, les ONG, les établissements d'enseignement, les hôpitaux, les gouvernements municipaux, provinciaux et territoriaux, ainsi que les agences et autorités de santé ont droit de recevoir des fonds pour gérer et contrôler les programmes HM-RE en vertu de la Politique fédérale sur les paiements de transfert. Ce financement varie en ce qui a trait au niveau de contrôle, à la souplesse, aux autorisations, aux exigences en matière de rapport et à la reddition de comptes. Entre 1998 et 2008, la DGSPNI utilisait trois modèles d'accords de contribution (à savoir un modèle général, un modèle intégré et un modèle de transfert). En 2007, la DGSPNI a instauré un nouveau cadre de financement des contributions comportant une souplesse accrue, moins d'exigences en matière de rapports et des fonctions de reddition de compte renforcées. Le cadre comprend quatre modèles – à savoir un modèle fixe, un modèle transitoire, un modèle souple et un modèle de transfert souple –, qui représentent le continuum de « faible » à « élevé » du niveau de contrôle et de discrétion des collectivités, en fonction de la capacité des bénéficiaires en matière de gestion financière et de gestion des programmes et du niveau de responsabilités qu'elles souhaitent obtenir. L'accord de contribution peut viser un ou plusieurs modèles de financement, ce qui permet de l'adapter à la capacité du bénéficiaire d'exécuter les programmes et de satisfaire à des exigences financières particulières et à des exigences particulières en matière de rapports.

Tableau 4 : Type de bénéficiaire selon le modèle de financement

Bénéficiaire admissible	Fixe	Transitoire	Souple	Transfert souple
Premières nations du Canada, bandes, conseils de district et tribaux et associations de santé	X	X	X	X
Associations et conseils des Inuits	X	X	X	X
Organismes non gouvernementaux, organismes de bénévoles et associations et organismes à but non lucratif au Canada	X			X
Établissements d'enseignement et hôpitaux canadiens	X			X
Gouvernements municipaux, provinciaux et territoriaux et agences et autorités de santé	X	X	X	X

Les autorités et les collectivités des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle qui offrent des services de santé environnementale et publique dans le cadre d'accords de contribution s'acquittent notamment des rôles et responsabilités suivants :

- Définir les besoins.
- Concevoir les programmes de santé environnementale et publique.
- Planifier et gérer les services de santé environnementale et publique.

- Surveiller le rendement et présenter des rapports sur le sujet.
- Mener des évaluations communautaires et présenter des rapports sur le sujet.

Pour leur part, les autres bénéficiaires d'accords de contribution :

- Planifient et exécutent les programmes, les projets et les services.
- Présentent des rapports sur la prestation de services et sur les budgets.

Ressources du Groupe

Comme le montre le tableau 5, les dépenses subies par le Groupe au cours de la période de cinq ans comprise entre 2005-2006 et 2009-2010 ont totalisé environ 182 M$. Le PSEP a compté pour la majorité des dépenses, soit 152 M$ ou 84 %, par rapport au PRSE, dont les dépenses ont chiffré 30 M$ ou 16 %. Il importe de signaler que plus de la moitié du budget du PSEP au niveau national et régional pour cette période provenait de fonds reçus en vertu du Plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées des Premières nations (le Plan d'action pour l'eau), qui doit prendre fin en 2012.

Il faut également remarquer que les salaires ont compté pour le gros des dépenses du PSEP au cours de cette période de cinq ans (40 %), ce qui tient compte du rôle que le programme joue en matière de prestation directe de services et du rôle important que les AHM assument au chapitre de l'exécution des programmes. Une autre tranche de 28 % des dépenses du PSEP a visé des coûts de fonctionnement et des coûts des immobilisations, tandis qu'une tranche de 27 % a été consacrée aux contributions. Dans le cas du PRSE, le gros des dépenses au cours de cette période de cinq ans a été affecté aux contributions (63 %), traduisant le rôle qu'il assume en matière de renforcement de la capacité des collectivités et de financement de la recherche. Une autre tranche de 20 % des dépenses du PRSE a été consacrée aux salaires et une tranche de 15 % a visé les coûts de fonctionnement.

Tableau 5 : Dépenses réelles du Groupe, de 2005-2006 à 2009-2010

Programme de santé environnementale et publique

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	TOTAL
Salaires	8 885 737	9 366 304	9 689 813	9 999 499	11 704 751	49 646 104
Salaires des étudiants		18 949	17 305	29 019	31 269	96 542
Salaires non contrôlables	258 130	232 527	251 248	235 866	390 908	1 368 679
Fonctionnement	7 689 855	9 114 718	9 350 261	8 084 628	8 021 003	42 260 465
Immobilisations	290 745	157 395	233 361	182 916	294 885	1 159 302
Revenus		- 60 300	- 60 300			- 120 600
Contributions	5 903 658	7 035 038	7 006 646	9 946 518	11 100 657	40 992 517
RASE (20 % des salaires)	1 777 147	1 873 261	1 937 963	1 999 900	2 340 950	9 929 221
Services internes	1 232 174	1 326 810	1 322 014	1 634 237	1 573 946	7 089 181
Total du PSEP	**26 037 447**	**29 064 701**	**29 748 311**	**32 112 583**	**35 458 369**	**152 421 411**

Programme de recherche en santé environnementale

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	TOTAL
Salaires	677 612	975 396	918 070	1 136 211	1 194 321	4 901 609
Salaires des étudiants			14 391	9 633	27 877	51 901
Salaires non contrôlables	39 050	11 744	3 839	11 690	56 439	122 762
Fonctionnement	769 703	921 134	647 857	1 173 223	1 017 917	4 529 834
Contributions	2 374 674	2 186 957	3 515 564	4 994 683	5 757 235	18 829 113
RASE (20 % des salaires)	135 522	195 079	183 614	227 242	238 864	980 322
Services internes	65 762	35 754	46 803	162 942	177 882	489 143
Total du PRSE	**4 062 323**	**4 326 064**	**5 330 138**	**7 715 624**	**8 470 535**	**29 904 683**

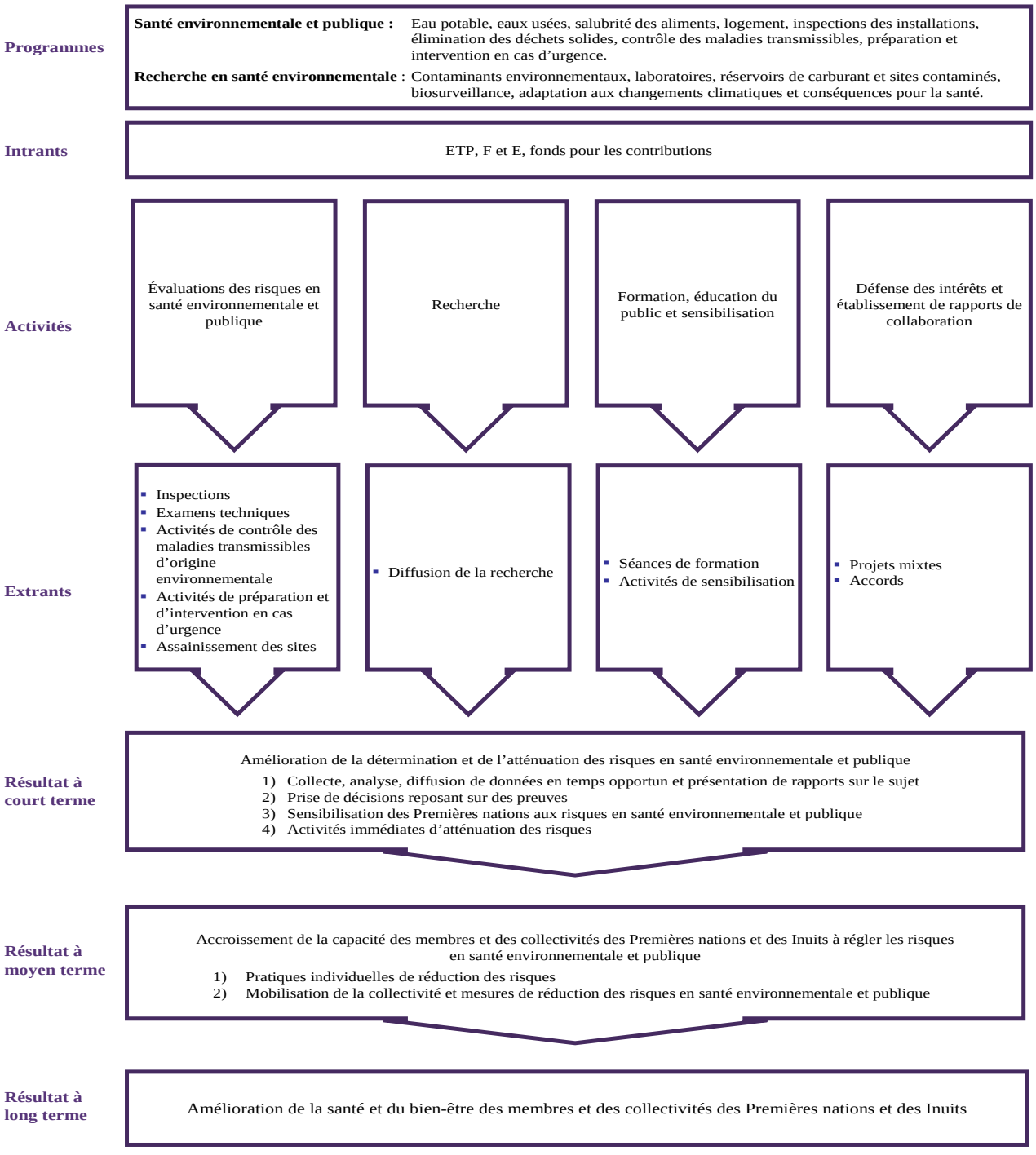
TOTAL DU GROUPE	**30 099 769**	**33 390 765**	**35 078 449**	**39 828 207**	**43 928 904**	**182 326 094**

Préparé par les Services financiers (unité de la DGSPNI), Direction générale du contrôleur ministériel, Santé Canada (14 octobre 2010)
Sources : Rapports annuels sur l'AAP (coûts des domaines fonctionnels du SAP) et présentations au CT

1.1.3 Modèle logique du Groupe

Le Groupe HM-RE suit un modèle logique de programme comportant des activités et des extrants contribuant à l'atteinte de résultats particuliers (figure 1).

Figure 1
Modèle logique du Groupe de la santé environnementale et publique et de l'hygiène du milieu et de la recherche environnementale (HM-RE)



Activités et extrants principaux

Conformément au modèle logique (figure 1), le Groupe HM-RE s'acquitte des principales activités suivantes :

- évaluation des risques en santé environnementale et publique;
- recherche;
- formation, éducation du public et sensibilisation,
- défense des intérêts et établissement de rapports de collaboration.

Divers extrants ont été déterminés pour le Groupe, notamment des inspections, des examens techniques, l'assainissement de sites, la diffusion de la recherche, des séances de formation, des projets mixtes et des accords.

Résultats prévus

Le modèle logique du Groupe décrit les résultats prévus des activités et des extrants selon trois échéances : à court terme, à moyen terme et à long terme. Le résultat à court terme prévu est **l'amélioration de la détermination et de l'atténuation des risques en santé environnementale et publique** et comporte quatre composantes principales :

- Collecte, analyse, diffusion de données en temps opportun et présentation de rapports sur le sujet.
- Prise de décisions reposant sur des preuves.
- Sensibilisation des Premières nations aux risques en santé environnementale et publique.
- Activités immédiates d'atténuation des risques.

Le résultat à moyen terme prévu pour le Groupe est **l'accroissement de la capacité des membres et des collectivités des Premières nations et des Inuits à régler les risques en santé environnementale et publique** et comporte deux composantes principales :

- Pratiques individuelles de réduction des risques.
- Mobilisation de la collectivité et mesures de réduction des risques en santé environnementale et publique.

Le résultat à long terme prévu pour le Groupe est **l'amélioration de la santé et du bien-être des membres et des collectivités des Premières nations et des Inuits.**

Malgré le caractère linéaire des résultats indiqués dans le diagramme du modèle logique, les résultats du Groupe sont considérés comme des éléments itératifs s'imbriquant les uns dans les autres. Par exemple, l'atteinte du résultat à court terme consistant à améliorer la détermination et l'atténuation des risques peut contribuer à renforcer la capacité, ce qui contribuera sans doute à améliorer encore plus la détermination et l'atténuation des risques.

Facteurs contributifs extérieurs au Groupe

Des facteurs extérieurs au Groupe influent sur l'atteinte des résultats prévus et il faut en tenir compte au moment d'évaluer le rendement du Groupe. Par exemple, les activités du Groupe sont menées de front ou en collaboration avec celles des autres programmes (programmes communautaires, autres programmes de la DGSPNI ou de Santé Canada, autres initiatives de ministères fédéraux et provinciaux ou de régions). Il est donc difficile d'établir dans quelle mesure les différents résultats peuvent être liés directement à un programme ou un service en particulier.

Des facteurs externes peuvent également représenter d'importants obstacles à l'atteinte par le Groupe des résultats prévus qui sont décrits dans le modèle logique. Le fait que la source des fonds requis pour atténuer les risques ne se trouve pas dans le Groupe représente un important facteur externe ayant une incidence directe sur la mesure dans laquelle le Groupe peut atteindre le résultat qui consiste à améliorer l'atténuation des risques en santé publique. Bien que le Groupe dispose de ressources pour déterminer les risques, le financement de l'atténuation de ces derniers provient d'autres sources (p. ex., AINC, les bandes et les conseils tribaux). Au nombre des autres facteurs externes susceptibles d'influer sur l'atteinte des résultats prévus mentionnons les collectivités dont les priorités peuvent ou non être conformes à celles du Groupe ainsi que des facteurs structurels globaux comme le degré d'isolement de la collectivité, ainsi que le développement économique, le leadership et le niveau de scolarité dans les collectivités.

1.2 Contexte de l'évaluation

1.2.1 Justification de l'évaluation

Objet de l'évaluation

L'évaluation vise à saisir les points communs entre les programmes du Groupe et à permettre la présentation de rapports sur les résultats de haut niveau qui font état des progrès réalisés en vue de la concrétisation de la vision à long terme de la Direction générale et de l'atteinte des buts horizontaux qu'elle a en commun avec d'autres ministères œuvrant auprès de populations autochtones, tout en s'acquittant des obligations redditionnelles. Au niveau des programmes, l'équipe d'évaluation a tenté de tenir compte des caractéristiques distinctes du PSEP et du PRSE ainsi que de la manière dont les activités des deux programmes contribuent aux résultats du Groupe. Au niveau du Groupe, l'évaluation a ciblé les enjeux et questions primordiaux plus vastes prenant en compte les résultats prévus à court terme, à moyen terme et à long terme.

Publics et intervenants ciblés

Les publics et intervenants principaux ciblés par l'évaluation sont les partenaires des Premières nations et des Inuits, Santé Canada (bureau national et bureaux régionaux) et le Secrétariat du Conseil du Trésor. Outre la satisfaction des exigences du Secrétariat du Conseil du Trésor, la présente évaluation du Groupe vise à servir d'outil décisionnel pour la haute direction ainsi que pour les collectivités et les bureaux régionaux, de même qu'à aider à l'établissement des priorités, et à la planification et à l'affectation des ressources. Elle servira de base d'information

pour les autres exercices de présentation de rapports, comme le Rapport ministériel sur le rendement, les examens horizontaux et les examens stratégiques. Cette évaluation constituera également un moyen pour les membres des collectivités des Premières nations et des Inuits, les autres participants aux programmes, les employés et les partenaires de faire connaître leurs besoins, leurs expériences et leurs recommandations concernant des améliorations se rapportant aux programmes du Groupe.

1.2.2 Objectifs, considérations, portée et échéancier

Objectifs de l'évaluation

L'évaluation visait les objectifs suivants :

- Évaluer la pertinence du Groupe par rapport aux besoins des Premières nations et des Inuits, aux priorités fédérales et aux résultats stratégiques.
- Évaluer le rendement du Groupe en termes de progrès en vue de l'atteinte des résultats prévus ainsi que d'efficience et d'économie des programmes.

Considérations de l'évaluation du Groupe

Les évaluations du Groupe visent à mesurer la réalisation globale de résultats de haut niveau d'un groupe de programmes (ou de politiques). L'approche est plus intégrative qu'« additive » car, au lieu d'évaluer séparément les deux volets de programme (PRSE et PSEP) puis d'« additionner » les deux séries de résultats, elle prévoit l'évaluation des programmes du Groupe et des résultats combinés dans leur ensemble.

En outre, l'évaluation porte sur la manière dont le PSEP et la DRSE ont uni leurs efforts et travaillé avec des ressources externes (p. ex., programmes des autres groupes, ministères et organismes, initiatives communautaires) pour contribuer à l'atteinte des résultats prévus. Par conséquent, l'évaluation traite des contributions du Groupe aux résultats et non de la création directe de ces résultats.

Enfin, le contexte structurel plus vaste dans lequel s'inscrivent les programmes de santé environnementale et publique (p. ex., caractère insatisfaisant de l'infrastructure et de l'accès aux ressources requises pour atténuer les risques; absence de règlements ou de pouvoirs législatifs) est pris en compte lors de l'évaluation de la pertinence et du rendement du Groupe.

Portée de l'évaluation

La présente évaluation a porté sur la pertinence et le rendement du Groupe sur une période de cinq ans comprise entre 2005 et 2010. Puisque l'évaluation couvre une période de cinq ans, l'équipe a recueilli des renseignements rétrospectifs et courants ayant trait à la pertinence et au rendement du Groupe.

Échéancier des évaluations

L'évaluation s'est déroulée entre août 2010 et mars 2011, la plupart des données principales, comme celles provenant des sondages et des entrevues d'informateurs clés, ayant été recueillies entre octobre et décembre 2010.

1.2.3 Enjeux et questions de l'évaluation

Conformément aux objectifs de l'évaluation, les enjeux de cette dernière étaient la pertinence et le rendement. Pour ces deux grands secteurs, l'évaluation a tenté d'évaluer cinq questions d'évaluation globales de même que quatorze questions particulières sur l'évaluation de la recherche. Trois sources de données ont été déterminées pour évaluer ces questions : un sondage auprès des AHM, des entrevues avec des informateurs clés ainsi qu'une recension des écrits, des documents et des données administratives. Le tableau 6 dresse la liste des questions d'évaluation et des questions sur la recherche et précise la ou les sources de données qui s'appliquent à chacune.

Tableau 6 : Questions de l'évaluation par méthode et source

QUESTIONS DE L'ÉVALUATION		Entrevues avec des informateurs clés	Sondage auprès des AHM	Recension des écrits, des documents et des données administratives
P1	**Comment et dans quelle mesure les programmes HM-RE traitent-ils des risques en santé environnementale et publique et des enjeux à ce chapitre que connaissent les collectivités des Premières nations et des Inuits?**	X	X	X
P1.1	Quels risques, enjeux et priorités en matière d'environnement les collectivités des Premières nations et des Inuits connaissent-elles?	X	X	X
P1.2	Dans quelle mesure les programmes HM-RE traitent-ils des risques, enjeux et priorités signalés à la question R1.1?	X	X	X
P1.3	Ce groupe de programmes est-il adapté aux besoins diversifiés et changeants des collectivités des Premières nations et des Inuits et des régions?	X	X	X
P2	**Les programmes HM-RE sont-ils conformes aux priorités et aux mandats du gouvernement?**			X
P2.1	Les objectifs et activités du Groupe HM-RE sont-ils conformes aux priorités du gouvernement du Canada?			X
P2.2	Les objectifs et activités du Groupe HM-RE sont-ils conformes aux résultats stratégiques ministériels et au mandat de la Direction générale?			X
P2.3	Les programmes HM-RE sont-ils conformes aux rôles et responsabilités plus vastes du gouvernement du Canada en matière de programmes de santé pour les Premières nations et les Inuits?			X
R 1	**Comment et dans quelle mesure les résultats du modèle logique du Groupe HM-RE sont-ils atteints?**	X	X	X
R1.1	Comment et dans quelle mesure le Groupe HM-RE contribue-t-il au résultat à court terme portant l'amélioration de la détermination et de l'atténuation des risques en santé environnementale et publique?	X	X	X

	QUESTIONS DE L'ÉVALUATION	Entrevues avec des informateurs clés	Sondage auprès des AHM	Recension des écrits, des documents et des données administratives
R1.2	Comment et dans quelle mesure le Groupe HM-RE contribue-t-il au résultat à moyen terme portant l'accroissement de la capacité des membres et des collectivités des Premières nations et des Inuits à traiter des risques en santé environnementale et publique?	X	X	X
R1.3	Comment et dans quelle mesure le Groupe HM-RE contribue-t-il au résultat à long terme portant l'amélioration de la santé et du bien-être des membres et des collectivités des Premières nations et des Inuits?	X	X	X
R 2	**Les programmes du Groupe HM-RE sont-ils efficients et économiques?**	X	X	X
R2.1	Comment le Groupe a-t-il fait montre de la minimisation des ressources tout en maximisant les extrants?	X		X
R2.2	Les ressources du Groupe ont-elles été gérées de manière à assurer l'atteinte des résultats pertinents?	X		X
R2.3	Comment le Groupe a-t-il fait montre de l'optimisation de la productivité tout en minimisant les efforts et en assurant la qualité des extrants?	X	X	X
R2.4	Existe-t-il d'autres méthodes plus économiques qui veilleraient à l'atteinte des mêmes résultats prévus pour le Groupe?	X	X	X
R 3	**L'exécution des programmes du Groupe HM-RE s'accompagne-t-elle de conséquences (positives ou négatives) imprévues ou d'incidences plus vastes?**	X	X	X

2.0 MÉTHODOLOGIE

L'équipe d'évaluation s'est inspirée de nombreuses sources de données, dont des entrevues avec des informateurs clés, un sondage auprès des AHM, ainsi qu'une recension des écrits, des documents et des données administratives. Les approches retenues à leur égard sont décrites ci-après.

2.1 Entrevues avec des informateurs clés

Les entrevues avec des informateurs clés, représentant une variété d'employés des programmes et d'intervenants, sont au nombre des méthodes principales ayant été retenues pour recueillir des données primaires aux fins de la présente évaluation. Un guide semi-structuré à l'intention des informateurs clés a été mis au point; il contenait des questions correspondant aux questions de recherche pertinentes et aux indicateurs connexes. Huit versions personnalisées du guide ont été produites pour assurer la plus grande pertinence possible des questions posées à un groupe donné.

Le chargé de projet a identifié les éventuels informateurs clés susceptibles de contribuer des renseignements concernant soit le volet du PSEP OU le volet du PRSE du Groupe. Les informateurs clés ont été invités à participer à l'évaluation par téléphone ou par courriel. Un rendez-vous a été fixé avec ceux qui avaient accepté de participer et une copie du guide d'entrevue applicable leur a été transmise pour qu'ils puissent le consulter avant l'entrevue.

Les informateurs clés dans les collectivités ont été choisis à partir de deux listes fournies par le chargé de projet. La première ciblait les collectivités ayant conclu des accords de contribution pour l'exécution des programmes SEP, tandis que l'autre ciblait les collectivités qui n'en avaient pas conclu. Dans le cas de chaque groupe, des collectivités ont été choisies au hasard dans les régions et invitées à participer aux entrevues avec des informateurs clés. Cette méthode de sélection a fait en sorte que des entrevues soient menées dans chaque région de même qu'auprès de membres des deux genres de collectivités (ayant ou non conclu un accord de contribution). Comme dans le cas des autres catégories d'informateurs clés, les données recueillies des répondants ne peuvent être considérées comme statistiquement représentatives de la population. C'est pourquoi la prudence s'impose au moment de tirer des généralisations concernant les constatations issues de ces entrevues pour les collectivités des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle. Il convient de signaler que les personnes interviewées n'assumaient pas forcément des rôles et responsabilités semblables dans les différentes collectivités. Par exemple, dans certaines collectivités, l'équipe d'évaluation a interviewé des contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable, tandis que dans d'autres, elle a interviewé notamment des chefs, des directeurs des services de santé, des représentants en santé communautaire, des directeurs des travaux publics ou des infirmiers. Si cette mesure présentait l'avantage de fournir différents points de vue, les renseignements et les opinions recueillis dans les collectivités peuvent avoir divergé en raison des rôles et responsabilités divers de la personne interviewée, ce qui comprend les différents niveaux d'interaction avec les programmes du Groupe HM-RE, et non pas en raison d'aspects comme les caractéristiques de la collectivité ou la présence ou l'absence d'accords de contribution.

Les deux premières entrevues pour chaque version du guide ont été considérées comme des entrevues pilotes, qui ont permis à l'équipe d'évaluation de peaufiner et d'améliorer les questions d'entrevue. Les retouches se sont limitées aux variations et aux changements mineurs du libellé et de la terminologie des entrevues, à l'ordre des questions et à l'ajout de questions nécessitant l'approfondissement dans un petit nombre de cas.

Les entrevues dans la région de la capitale nationale (RCN) se sont déroulées en personne à moins que la personne interviewée n'ait préféré passer une entrevue téléphonique. Tous les informateurs clés à l'extérieur de la RCN ont passé des entrevues téléphoniques. Les intervieweurs n'ont pas constaté de divergences appréciables quant aux précisions fournies ni à la qualité de l'information recueillies auprès des personnes interviewées attribuables à la méthode d'entrevue utilisée (autrement dit, entrevue en personne contre entrevue téléphonique). Environ 10 % des entrevues réunissaient plus d'un informateur clé. Les entrevues ont duré en moyenne 60 minutes, la durée se situant entre 30 minutes et 120 minutes. Les intervieweurs ont pris des notes tout au long des entrevues, puis les ont saisies dans une base de données programmée, *CallWeb*, en fonction des informateurs clés et des questions.

Comme le montre le tableau 7, les entrevues ont été menées avec des représentants de la DSEP et de la DRSE du bureau national, des gestionnaires régionaux de la santé environnementale (GRHM), des MHR, des représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution visant des projets de recherche en santé environnementale, des représentants de collectivités des Premières nations, dont des collectivités ayant conclu des accords de contribution et des collectivités n'en ayant pas conclu, des organisations autochtones nationales (OAN), d'organisations autochtones régionales (OAR), ainsi que d'autres intervenants gouvernementaux, dont AINC, la SCHL et l'ACEE. Dans l'ensemble, 75 entrevues auprès de 85 répondants ont été menées au cours de la période prévue pour la collecte des données (d'octobre à décembre 2010). L'équipe d'évaluation n'a pu entrer directement en communication ou fixer des rendez-vous avec environ le tiers des répondants éventuels qu'elle tentait de joindre après au moins cinq tentatives ou après avoir laissé au moins cinq messages (n=37); certains de ces répondants éventuels ont refusé l'entrevue (n=8). Des taux de participation inférieurs aux prévisions ont été obtenus pour les entrevues auprès des organisations autochtones régionales (40 %), des MHR (57 %) et des collectivités des Premières nations ayant conclu des accords de contribution relatifs aux services d'AHM (63 %).

Tableau 7 : Répondants lors des entrevues avec des informateurs clés

Type d'informateurs clés	Répondants prévus	Tentatives de contact	Répondants participants	Entrevues menées	% de participation par rapport aux prévisions
Bureau national de la DSEP et de la DRSE	11	11	9	8	82 %
Gestionnaires régionaux de la santé environnementales	7	7	7	7	100 %
Médecins hygiénistes régionaux	7	7	4	4	57 %
Bénéficiaires d'accords de contribution relatifs à la recherche en santé environnementale	9	9	7	7	78 %
Collectivités des Premières nations ayant conclu une entente de transfert (autrement dit qui ont conclu des modes de financement en matière de santé pour administrer et exécuter des programmes SEP)	8	9	5*	5	63 %
Collectivités des Premières nations n'ayant pas conclu d'entente de transfert (autrement dit qui reçoivent des programmes SEP directement de Santé Canada)	35	61	35**	30	100 %
Organisations autochtones nationales	6	6	6***	2	100 %
Organisations autochtones régionales	10	10	4	4	40 %
Autres intervenants gouvernementaux	10	10	8	8	80 %
Total	**103**	**130**	**85**	**75**	**83 %**

* De 5 collectivités. ** De 29 collectivités. *** De 2 organisations.

La base de données des notes prises lors des entrevues a été programmée de manière à compiler les notes en fonction de la question de recherche et de l'indicateur (certains indicateurs étant associés à de nombreuses questions). Des rapports ont été produits à partir des notes brutes compilées pour chaque indicateur (matrices de preuves de premier niveau). Les évaluateurs se sont servis de ces rapports pour analyser le contenu visant les grands thèmes, par indicateur et

par groupe d'informateurs clés. Outre la détermination des grands thèmes, ils ont pris en note les explications et exemples pertinents, qu'ils ont transposés dans un rapport technique sur les informateurs clés.

Les auteurs du présent rapport ont signalé l'information en se servant des entrevues plutôt que des informateurs clés comme unité de base de l'analyse. Il en est ainsi parce que, lors des entrevues menées auprès de plus d'une personne (surtout les entrevues avec des représentants de collectivités n'ayant pas conclu un accord de contribution et d'organisations autochtones nationales), on avait généralement affaire à un porte-parole principal et que les autres personnes présentes ajoutaient des renseignements dans leurs secteurs ou domaines d'expertise. On n'a pas tenté pendant les entrevues de veiller à ce que toutes les personnes présentes soient d'accord avec chacun des énoncés ou des avis formulés par les autres. C'est pourquoi, pour déterminer les thèmes, on a établi que l'entrevue constituait l'unité d'analyse qui convenait le mieux.

2.2 Sondage auprès des agents d'hygiène du milieu

La deuxième méthode de collecte de données primaires a pris la forme d'un sondage en ligne auprès des agents d'hygiène du milieu (AHM). Contrairement aux autres sources de données, le sondage a porté presque exclusivement sur le volet du PSEP du Groupe compte tenu du rôle et des responsabilités des AHM. La version pré-test de l'instrument a été mise au point en collaboration avec le chargé de projet et comportait des éléments conçus pour traiter des principaux questions et indicateurs de recherche. Cette version a été mise à l'essai en français et en anglais auprès de six AHM, qui ont commenté la longueur, la clarté des questions et les points techniques. L'instrument a été révisé en fonction de cette rétroaction afin d'arriver à la version finale.

Le logiciel *CallWeb* a été utilisé pour mener en ligne le sondage en octobre et en novembre 2010. Un courriel d'invitation a été envoyé aux éventuels répondants; il contenait un hyperlien personnel leur permettant d'ouvrir une séance sur le site Web du sondage. Deux courriels de rappel leur ont été envoyés, et les gestionnaires régionaux ont encouragé les répondants à remplir le sondage.

Tous les AHM en poste dans les collectivités ont été invités à participer au sondage. Le chargé de projet a fourni une liste globale indiquant le nom, l'adresse courriel et la région de 106 répondants éventuels. Lors de la mise en œuvre, ce cadre a été ramené à 100 AHM, le nom de 6 AHM ayant été supprimé en raison de changement du statut d'emploi (p. ex., retraite, projets spéciaux). Tous les AHM figurant sur la liste finale ont été invités à prendre part au sondage. Comme le montre le tableau 8, 93 AHM ont rempli le sondage, soit un taux de réponse de 93 %. Il s'agissait de 79 AHM de Santé Canada et de 14 AHM employés par des bandes ou des conseils des Premières nations. Des réponses ont été obtenues pour toutes les régions.

Tableau 8 : Répondants au sondage auprès des AHM

Région	AHM de Santé Canada	AHM de bandes ou de conseils	Total des répondants
Pacifique	26	0	26
Alberta	16	0	16
Saskatchewan	5	10	15
Manitoba	8	3	11
Ontario	11	1	12
Québec	7	0	7
Atlantique	6	0	6

Les données recueillies grâce à ce sondage en ligne ont été converties en un ensemble de données SPSS, puis examinées et épurées. Cette étape a exigé un minimum d'effort puisque la méthode de collecte applique automatiquement des contraintes d'étendue aux réponses et contrôle les sauts. Les questions ouvertes ont été codées au moyen d'un système de codes mobiles, ce qui a supposé un examen initial des données à partir duquel un petit nombre de catégories ont été construites. Les codeurs ont ensuite utilisé ce premier ensemble de catégories, puis ils en ont ajouté à mesure qu'ils rencontraient des réponses ne s'intégrant pas dans le premier ensemble. Une fois le codage initial terminé, les catégories ont été examinées de nouveau et, au besoin, recodées afin de former un ensemble de catégories plus petit et plus cohésif. Les données quantitatives ont été analysées au moyen du SPSS afin d'établir les fréquences et les tableaux croisés. Pour leur part, les données qualitatives ont été analysées afin de déceler des thèmes parmi les AHM, ainsi que de trouver des explications clés et des exemples. Les principales constatations ont été compilées dans un rapport technique sur le sondage.

2.3 Recension des écrits, des documents et des données administratives

L'équipe d'évaluation s'est également inspirée de données secondaires recueillies grâce à une recension ciblée des écrits, des documents et des données administratives. Les écrits et les documents considérés comme pouvant être pertinents pour l'évaluation ont été déterminés dans un premier temps par les membres du Groupe de travail de l'évaluation, qui ont dressé une bibliographie organisée par grands thèmes et questions de recherche afin de servir de guide à la recension. La méthode retenue pour choisir les écrits et les documents était subjective et reposait sur la connaissance que le Groupe de travail possédait des principaux documents de programmes et ouvrages examinés par les pairs qui pourraient se révéler pertinents pour les questions de l'évaluation. Selon les principaux critères d'inclusion et d'exclusion utilisés, les documents devaient se situer dans la fourchette de dates couvertes par l'évaluation (soit de 2005 à 2010). Quelques documents à l'extérieur de cette fourchette ont été inclus si les membres du Groupe de travail de l'évaluation ont établi qu'ils étaient particulièrement pertinents pour l'évaluation. Des recherches systématiques des écrits au moyen de mots-clés établis d'avance n'ont pas eu lieu.

Les documents retenus ont été examinés soit lors de la recension des documents, soit lors de la recension des écrits conformément aux domaines principaux visés. Les documents qui ciblaient davantage le volet interne des programmes propres aux priorités établies du Groupe ou du gouvernement fédéral (p. ex., évaluations antérieures des activités du Groupe, rapports sur le rendement, plans de travail régionaux, budgets) ont été réputés de faire partie de la recension des documents, tandis que ceux portant sur les activités ou les concepts dont la portée était plus vaste que celle des activités particulières du Groupe ou qui provenaient de sources à l'extérieur du gouvernement fédéral ont été réputés de faire partie de la recension des écrits (p. ex., études examinées par des pairs, recherche menée à contrat, actes de conférences).

Après détermination des écrits et des documents et leur affectation à l'une ou l'autre des recensions, un modèle d'examen a été élaboré aux fins de la consignation de différents types de renseignements, notamment les éléments probants provenant du document ou de l'article qui correspondaient à un indicateur d'évaluation donné. La version provisoire du modèle a fait l'objet d'un essai préalable auprès de deux évaluateurs principaux chargés de la recension des écrits et de la recension des documents. Pour calibrer la démarche des recensions et faire un essai préalable de l'outil de recension, les deux évaluateurs ont examiné chacun de leur côté les trois mêmes documents. Ils se sont ensuite réunis pour examiner le travail de leur collègue, discuter des éventuelles divergences et s'entendre sur une approche commune de recension. Les résultats de la calibration ont montré que les examinateurs avaient interprété les indicateurs de manière très semblable. Le modèle a ensuite été programmé à titre de modèle en ligne dans le logiciel *CallWeb*, qui a saisi les données dans une base de données SPSS, cette dernière ayant par la suite été programmée afin de produire des rapports en fonction des indicateurs particuliers.

Chaque document et chaque article a fait l'objet d'un examen afin d'en extraire les éventuels éléments probants susceptibles d'étayer un indicateur donné. Ces éléments probants ont par la suite été entrés dans le modèle de la recension (un modèle étant rempli pour chaque document ou rapport). De plus, les examinateurs ont ajouté d'autres interprétations ou commentaires pouvant faciliter la compilation des renseignements ou des éléments probants visant l'indicateur dans l'ensemble des documents (p. ex., remise en question des méthodes, données ayant également été utilisées dans d'autres documents). À l'achèvement des recensions détaillées, les éléments probants ont été regroupés par indicateur, puis des matrices d'éléments probants de premier niveau ont été élaborées. L'équipe d'étude a ensuite analysé ces matrices afin de déterminer les grands thèmes et constatations dans les différents documents et ouvrages en fonction de chacun des indicateurs pertinents, puis elle les a compilées dans deux rapports techniques distincts, l'un portant sur la recension des écrits et l'autre sur la recension des documents.

Lors de la recension des documents, 86 ouvrages ont été consultés. Presque tous ces documents pourraient être qualifiés de « littérature grise » (documentation parallèle), s'agissant notamment de constatations de rapports et d'évaluations internes du rendement, de documentation de programme du PSEP et du PRSE, ainsi que de documents de la Direction générale, du Ministère et du gouvernement fédéral. Du matériel divers de sensibilisation et d'enseignement produit par le Groupe a compté parmi les autres documents examinés.

Lors de la recension des écrits, 107 documents et articles ont été consultés, soit 29 articles provenant de sources d'examens par les pairs et 78 autres documents faisant partie de la littérature grise. Cette dernière était essentiellement hétérogène et comprenait des recherches internes et des recherches à contrat menées pour le compte du Groupe, des rapports de recherches et des rapports d'évaluation ayant trait au contenu des activités du Groupe qui avaient été exécutés par d'autres organismes et ministères, des rapports internationaux et des actes de conférences, de même que divers cadres d'analyse servant à situer les programmes de santé environnementale et publique et les activités de recherche.

La recension des données administratives s'est fondée sur des données sur le rendement pour la période comprise entre 2007 et 2009 qui avaient déjà été compilées à partir de sources multiples, dont les rapports du SIHM[10], un sondage auprès d'AHM mené sur le Web par la DGSPNI concernant les activités de 2007-2008 et un examen des dossiers effectué par des gestionnaires nationaux et régionaux. Les données ont été analysées au moyen du logiciel MS Excel afin de produire des fréquences et des tableaux croisés. Les constatations ont ensuite été rapprochées aux questions d'évaluation et indicateurs pertinents. Elles ont été consignées dans un rapport technique distinct sur la recension des données administratives.

2.4 Approche analytique

L'analyse des nombreuses sources de données s'est déroulée en deux étapes. Au départ, les constatations et les données ont été entrées dans des matrices d'éléments probants pour chacune des sources de données (p. ex., entrevues avec des informateurs clés, sondage auprès d'AHM, recension des écrits, recension des documents et recension des données administratives). Ces matrices de premier niveau comprenaient des données et des renseignements organisés en fonction des indicateurs pour chaque répondant ou chaque document. Elles ont ensuite été analysées par indicateur afin d'établir des matrices de deuxième niveau qui comprenaient des résumés de sous-groupes par indicateur (le cas échéant). Les constatations de deuxième niveau pour chacune des quatre sources de données ont été consignées dans des rapports techniques distincts. Pour arriver au présent rapport final intégré d'évaluation, les rapports techniques ont fait l'objet d'un autre examen afin de déterminer, pour chaque indicateur, les thèmes intersectoriels ainsi que les constatations communes et contradictoires. Chaque constatation a fait l'objet d'une triangulation dans la mesure du possible, ce qui a supposé la présentation de rapports portant sur les constatations de la recension des écrits et de la recension des documents et sur celles des entrevues et du sondage, de manière à vérifier ou à déterminer les secteurs de contradiction. Cette mesure s'est révélée particulièrement efficace lors de la confrontation des opinions de divers types d'informateurs clés et AHM avec les éléments probants extraits de publications de recherches.

[10] Le SIHM désigne un système électronique de base de données et de présentation de rapports dont les AHM et les gestionnaires se servent à titre d'outil de collecte de données sur les programmes.

2.5 Limites et défis

Dans l'ensemble, l'évaluation a pu aborder les principaux enjeux et questions de l'évaluation concernant la pertinence et le rendement du Groupe. Les différentes sources de données ont été particulièrement robustes concernant les constatations sur la pertinence et sur l'atteinte des résultats immédiats. Comme c'est le cas pour les évaluations de cette portée et de cette ampleur, quelques limites et défis ont été observés, dont le lecteur doit être informé au moment d'examiner les constatations et les conclusions. Il convient de signaler que, même si ces limites ont sans doute influé sur les constatations, elles se situent dans la fourchette normale des limites de recherches. Rien n'indique qu'elles sont plus graves que celles communes à d'autres évaluations de programmes stratégiques. Les méthodes et les constatations sont en général solides et ont fourni un niveau acceptable de validité et de fiabilité.

- **Existence de données sur le rendement et de données financières** – Au cours de la période visée par l'évaluation, le Groupe a consacré passablement d'efforts à recueillir et à analyser des données sur le rendement se rapportant aux activités et extrants des programmes. Toutefois, les systèmes de données étaient au stade de l'élaboration pendant une partie de cette période et ils viennent tout juste d'être mis en œuvre intégralement[11]. Les rapports financiers présentés par le Groupe étaient très consolidés, de sorte qu'il a été plus difficile d'établir avec certitude l'attribution des fonds en fonction des divers activités et extrants ou en fonction des dépenses prévues et réelles selon les diverses catégories. Le fait que le financement soit en large part attribué au niveau régional aux divers activités et extrants est venu compliquer davantage la situation. L'équipe d'évaluation a donc rencontré les défis suivants :
    - **Établir un lien entre les activités et extrants du Groupe et les résultats atteints** – Sans une évaluation exacte des activités et des extrants, les liens unissant la contribution des « produits » relevant du contrôle du Groupe aux mesures des résultats à court et à moyen terme observés demeurent ténus. L'équipe d'évaluation a notamment contourné cette limite en se servant des données les plus récentes sur le rendement du Groupe (soit celles pour la période comprise entre 2008 et 2010) ayant fait l'objet d'un processus de validation servant à cerner les principales lacunes.
    - **Évaluer l'économie et l'efficience** – Compte tenu des défis que posent à la fois les données sur le rendement et les données financières, le manque de données financières détaillées et de données quantifiables sur les activités et extrants du Groupe ont fait en sorte qu'il a été impossible de mener les analyses prévues de l'économie et de l'efficience, notamment les comparaisons des ratios de coûts-résultats ou de coûts-activités, les comparaisons des dépenses prévues aux dépenses réelles, la diminution du gaspillage ou de la perte de ressources, ce qui limite sérieusement les analyses de l'économie et de l'efficience. L'équipe d'évaluation devait limiter ses analyses aux seules données qualitatives obtenues

[11] Une autre limite est le fait que les AHM de la Saskatchewan desservant des collectivités ayant conclu des accords de contribution ne se servent pas du SIHM, ce qui se traduit par un manque de données sur les activités dans ces collectivités de la région.

grâce aux entrevues avec des informateurs clés et à certains renseignements extraits de la recension des écrits.

- **Évaluer les modifications marginales des résultats** – L'absence de données de base ou de mesures de base du rendement, liée en partie à la pénurie de données sur le rendement, a présenté un autre défi. Les résultats du Groupe sont présentés en tant que modifications marginales (p. ex., renforcement de la capacité, amélioration de la détermination). Afin d'évaluer correctement ces modifications marginales, l'équipe d'évaluation aurait pu tirer parti de mesures de base de ces résultats. Ce défi a été surmonté en partie grâce aux questions posées aux répondants, qui les invitaient à réfléchir à la situation au cours des cinq dernières années. Cette réflexion rétrospective peut fournir des indices des modifications marginales perçues.

➢ **Forte dépendance envers des renseignements provenant de personnes directement intéressées par le Groupe** – Nombre des personnes ayant pris part à l'évaluation participaient directement à l'exécution des programmes et des initiatives du Groupe ou étaient responsables de la mise en œuvre de composantes du Groupe. Il a ainsi été possible d'obtenir des renseignements détaillés sur les activités, les extrants et les résultats du Groupe, mais cette situation peut être à l'origine d'un certain parti pris positif dans la présentation des résultats. Bien qu'elle puisse avoir créé un biais dans les réponses, ce dernier a été en partie atténué par le fait que les entrevues avec les informateurs clés ont été menées directement ave des représentants et des organisations des collectivités des Premières nations, ce qui comprend des représentants de collectivités ayant conclu des accords de contribution pour l'exécution des programmes SEP. Les chercheurs ont constaté que les répondants semblaient davantage prêts à signaler les aspects négatifs des programmes et, dans l'ensemble, semblaient qualifier généralement leurs réponses.

➢ **Attribution de liens de causalité entre les activités et les résultats du Groupe** – Comme l'a montré le tableau 3, la collaboration est la caractéristique qui définit nombre des activités du Groupe. Ces dernières complètent de nombreuses autres initiatives fédérales ou communautaires ou sont menées de front avec celles-ci. Il devient alors difficile de déterminer si les extrants ou les résultats peuvent être uniquement attribués aux travaux du Groupe ou s'ils représentent un effet combiné d'initiatives multiples. Il s'agit-là d'un problème commun des évaluations d'initiatives de collaboration. Par exemple, en vertu du Plan d'action pour l'eau, les investissements en capital dans l'infrastructure et l'aide financière au titre des ressources humaines pour l'eau potable sont fournis par AINC (p. ex., stations et exploitants de traitement des eaux) tandis que les fonds, le soutien et la mise en œuvre du programme des contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable (CCQEP), le prélèvement d'échantillons d'eau potable, l'analyse et le contrôle de l'eau potable, l'interprétation des données sur l'eau potable, leur analyse et la présentation de rapport sur le sujet ainsi que les fonctions consultatives dans les collectivités concernant l'atténuation des risques, sont fournis par le Groupe. Les deux contributeurs sont des éléments essentiels qui influent sur les résultats pour la santé liés à la qualité de l'eau potable, mais il est difficile de mesurer l'incidence marginale de chacun d'eux.

3.0 CONSTATATIONS RELATIVES À LA PERTINENCE DU GROUPE HM-RE

3.1 Risques, enjeux et priorités en santé environnementale et publique confrontant les collectivités des Premières nations et des Inuits

L'évaluation a mis au jour de nombreux risques et enjeux en santé environnementale et publique que connaissent les collectivités des Premières nations et des Inuits, risques et enjeux qui sont relativement constants dans les différentes sources de données (entrevues avec les informateurs clés, sondage auprès des AHM, recension des écrits et recension des documents). Les risques déterminés comprennent notamment ceux liés à l'eau potable, au logement, aux contaminants environnementaux, à la salubrité alimentaire, aux eaux usées, à l'élimination des déchets solides, aux maladies transmissibles ainsi qu'à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence.

Risques liés à l'eau potable

Le risque mentionné le plus souvent a trait à l'eau potable. Nombre des répondants des collectivités des Premières nations ont dit que l'eau potable représentait un important risque en santé environnementale pour leurs collectivités (18 répondants sur 35[12]). La tendance des réponses est semblable pour les différents représentants des collectivités des Premières nations dans lesquelles les services en SEP sont fournis par Santé Canada (collectivités n'ayant pas conclu d'accords de contribution) à celle des représentants des collectivités des Premières nations ayant conclu un accord de contribution pour l'exécution de leurs propres programmes SEP (collectivités ayant conclu un accord de contribution). La qualité de l'eau provenant de réseaux de puits et de citernes est une source de préoccupation particulière. Lors des entrevues, des répondants des collectivités des Premières nations ont néanmoins signalé que de nombreux efforts avaient été déployés pour régler les problèmes d'eau potable au cours des cinq dernières années dans le cadre du Programme sur la qualité de l'eau potable, qui finance les CCQEP et assure leur formation et qui est soutenu par la DRSE par l'entremise des analyses des données sur l'eau potable et des rapports sur le sujet.

La tendance des constatations chez les autres groupes d'informateurs clés est semblable à celle constatée pour la majorité des répondants, qui ont aussi indiqué l'eau potable comme étant un risque en santé environnementale pour les collectivités des Premières nations (6 GRHM sur 7;

[12] Tout au long du rapport, l'expression « *répondants et représentants des collectivités des Premières nations* » désigne les réponses agrégées provenant des entrevues auprès des répondants des collectivités ayant conclu des accords de contribution pour l'exécution de programmes SEP et de celles n'ayant pas conclu de tels accords. L'expression « *répondants et représentants des collectivités ayant conclu des accords de contribution* » sera utilisée pour désigner les constatations visant les collectivités ayant conclu des accords de contribution pour l'exécution de programmes SEP.

3 MHR sur 4; 3 OA[13] sur 6). Les facteurs de risque liés à l'eau potable signalés lors des entrevues comprennent le manque d'infrastructure satisfaisante dans les collectivités des Premières nations (p. ex., dépendance envers des puits privés, eau transportée par camion, absence de stations de traitement de l'eau) et les problèmes liés à l'assurance de la disponibilité de ressources humaines ayant reçu une formation en contrôle de la qualité de l'eau potable dans les collectivités.

Comme dans le cas des entrevues avec les informateurs clés, presque tous les AHM sondés (91 %) ont signalé des risques liés à l'eau potable, dont des problèmes associés aux puits, aux citernes, aux stations de traitement de l'approvisionnement en eau et au contrôle des systèmes publics.

Les constatations de la recension des écrits et de la recension des documents ont fourni d'autres éléments probants. Les différentes consultations, enquêtes et études menées au cours des cinq dernières années ont toujours signalé des risques et des enjeux associés à l'eau potable dans les collectivités des Premières nations. Il s'agit notamment des initiatives suivantes :

- **Détermination des risques associés aux citernes et aux puits d'eau utilisés dans les réserves**[14,15,16]. Par exemple, les citernes présentent un potentiel plus élevé de risques en santé publique que les réseaux de distribution par canalisations étant donné l'absence de normes de construction reconnues pour les citernes, le mauvais état d'un grand nombre de citernes et les problèmes d'entretien périodique. Selon des estimations parues en 2007, on compte plus de 14 800 citernes d'eau dans les collectivités des Premières nations.
- **Documentation des perceptions des membres des collectivités quant à la piètre qualité de l'eau potable**[17,18,19,20,21,22]. Les exemples qui suivent sont au nombre de ceux qui ont été signalés dans les écrits: l'eau potable figure parmi les cinq premières

---

13 Tout au long du rapport, le terme « OA » désigne les réponses agrégées provenant des entrevues avec des organisations autochtones (deux organisations nationales et quatre organisations provinciales ou territoriales). Le terme « OAN » désigne les constatations propres aux organisations autochtones nationales, tandis que le terme « OAR » servira à désigner celles propres aux organisations autochtones régionales.

14 DSEP (2006), Report on Public Health Risks in Drinking Water Supplies in Four First Nations Communities in Saskatchewan° (disponible en anglais seulement).

15 SSEP (2008). Saskatchewan Health Protection Report to December 31, 2007. (disponible en anglais seulement).

16 DSEP (2007), Summary Report Cisterns in First Nations Communities South of 60° (disponible en anglais seulement), rapport interne.

17 APN (pour la DRSE) (2008), First Nations Environmental Health Ressources Project: Feasibility Study Building First Nations Capacity in Environmental Health, Ottawa, Canada (disponible en anglais seulement).

18 DSEP (2007), Drinking Water On-Reserve. First Nations On-Reserve Study (disponible en anglais seulement), ROP 031-07, Rapport interne.

19 Santé Canada (2010), Enquête de référence sur la campagne de sensibilisation des Premières nations et des Inuits à la santé environnementale.

20 Graham, Mitchell et Edgar (2009), Séance de mobilisation sur l'élaboration d'un projet de cadre législatif fédéral pour l'eau potable et les eaux usées dans les collectivités des Premières nations, Institut sur la gouvernance – rapport inédit.

21 APN (2007), Enquête longitudinale régionale (ELR) sur la santé des Premières nations, Rapport national 2002-2003 – Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities, deuxième édition révisée, Assemblée des Premières nations (disponible en anglais seulement).

22 DSEP (2009), Water Quality On-Reserve Quantitative Research (disponible en anglais seulement), ROP 095-08, Ottawa, 2009, rapport interne.

préoccupations environnementales des collectivités des Premières nations; moins de la moitié des résidents des Premières nations estiment que la qualité de leur eau potable est « bonne »; et les résidents des Premières nations sont moins positifs quant à la qualité de l'eau qu'ils reçoivent que le sont les résidents des autres petites collectivités.

- **Compilation et analyse des avis concernant la qualité de l'eau potable dans les réserves**[23,24]. Par exemple, ces études ont montré que, sur une période de 12 ans (de 1995 à 2007), les raisons invoquées le plus souvent pour émettre ces avis étaient les suivantes : une qualité microbiologique inacceptable (39 %), une désinfection inadéquate ou un résiduel de désinfectant inadéquat (34 %) et le mauvais fonctionnement de l'équipement (28 %).
- **Évaluation de la qualité et de la quantité des réseaux d'approvisionnement en eau potable dans les réserves**[25,26,27]. Il s'agit notamment de constatations comme celle qui suit : seulement 38 % des systèmes d'approvisionnement en eau dans les réserves ont été classés comme présentant un « faible risque » en 2007. En 2001-2002, dans environ 25 % des logements des Premières nations, la quantité de l'approvisionnement en eau a été jugée insatisfaisante au plan de l'hygiène et de la salubrité ou la qualité de l'approvisionnement en eau a été jugée insatisfaisante au plan de la conformité aux exigences en matière de santé énoncées dans les *Recommandations de 2007 pour la qualité de l'eau potable.*
- **Détermination de l'incidence de nature environnementale sur la qualité de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations**[28,29,30]. Voici quelques exemples extraits des études : la détermination des incidences comme les changements climatiques, la proximité des collectivités des Premières nations aux industries ou aux projets de développement et la faible qualité des réseaux de traitement des eaux usées qui peuvent avoir des liens directs avec la qualité de l'eau potable.

Risques liés au logement et à la santé

De concert avec l'eau potable, le logement a souvent été signalé comme risque principal en santé environnementale dans les collectivités des Premières nations. Dans près de la moitié des entrevues (16 entrevues sur 35), des représentants des collectivités des Premières nations ont répondu que les problèmes de logement posaient des risques en santé environnementale pour

---

23 SSEP (2009), Taylor R., Perceptions of First Nations Regarding Water Safety and Quality in the Atlantic Region: A review of the literature and recommendations (disponible en anglais seulement).

24 Santé Canada (2009), Avis concernant la qualité de l'eau potable dans les communautés des Premières nations du Canada : Aperçu national 1995-2007, publication 3598 de Santé Canada, no au catalogue H34-208/2009F-PDF

25 AINC (2003), Évaluation nationale des systèmes d'aqueduc et d'égout dans les collectivités des Premières nations – Rapport sommaire, n° au catalogue DS-4900.

26 Santé Canada (2009), Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada, Déterminants de la santé de 1999 à 2003.

27 AINC (2007), Évaluation sommative de la Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations, projet 06/13.

28 DRSE/Stu Solomon (2009), Santé des Premières nations vivant dans les réserves et des Inuits – Concordance entre les principales conditions de santé et leurs causes environnementales – recension des écrits.

29 Santé Canada (2004), Guide canadien d'évaluation des incidences sur la santé, volume 1 : Notions fondamentales.

30 DRSE (2010), Examen des mesures d'adaptation prises par Santé Canada relativement au Programme de l'air pur – rapport final, 2010.

leurs collectivités. Les représentants des collectivités ayant conclu des accords de contribution ont été assez nombreux (4 sur 5) à signaler les risques liés au logement et à la santé. Dans l'ensemble, les répondants provenant de collectivités des Premières nations ont fourni des exemples variés établissant des liens entre le logement et les risques liés à la santé, surtout en ce qui a trait à la qualité des logements et à la pénurie de ces derniers. Au chapitre de la qualité des logements, on a fait remarquer que des problèmes de moisissure et de qualité de l'air surgissent lorsque les ressources requises pour les réparations ne sont pas disponibles, lorsque la construction du logement n'est pas conforme au code du bâtiment ou lorsque des problèmes comme le climat humide ne sont pas pris en compte lors de la construction des logements, et ce, même si la construction est conforme au code du bâtiment. Outre la piètre qualité des logements, la pénurie globale de logements a été signalée. Des répondants ont fait savoir que cette pénurie entraîne le surpeuplement, des problèmes d'hygiène, des infections et des problèmes de qualité de l'air.

La plupart des GRHM (5 sur 7) et des répondants de la DSEP (3 sur 4) ont indiqué que le logement et les problèmes liés au logement figurent parmi les premières préoccupations. Les principales préoccupations avaient trait à la construction des logements non conforme au code du bâtiment, au surpeuplement et aux problèmes connexes de contrôle des infections. Des MHR (2 sur 4) ont cité des préoccupations particulières concernant la prévalence de la moisissure dans les logements et l'état général inférieur aux normes des logements dans les réserves. Ils ont fait savoir que la réduction des risques liés au logement est liée en partie au comportement des particuliers et en partie au manque de ressources et au caractère insatisfaisant de l'infrastructure. En outre, quelques GRHM (2 sur 7) ont signalé que la plupart des membres des Premières nations n'étaient pas propriétaires de leurs maisons dans les réserves, ce qui peut contribuer à un engagement moins marqué envers l'entretien des résidences.

Comme c'est le cas de l'eau potable, presque tous les AHM sondés (92 %) ont signalé des risques liés au logement et à la santé. Ils ont mentionné divers problèmes, comme le surpeuplement, la piètre qualité de la construction, la moisissure et la piètre qualité de l'air intérieur.

Les constatations issues de la recension des écrits et de la recension des documents ont corroboré les constatations des entrevues avec les informateurs clés et du sondage auprès des AHM au chapitre des risques liés au logement et à la santé. Les facteurs de risque interreliés suivants sont au nombre de ceux qui ont trait à la santé et au logement :

- **Qualité de l'air intérieur**[31,32,33]. Les écrits établissent un lien entre la piètre qualité de l'air et les effets néfastes sur la santé comme les symptômes respiratoires, l'asthme, le cancer du poumon ainsi que l'irritation de la peau et des yeux. Les principaux facteurs de risques liés à la piètre qualité de l'air dans les logements des collectivités des Premières nations et des

[31] SSEP (2009), Respiratory health effects of housing improvement on First Nation reserves in Canada - literary review of intervention studies (disponible en anglais seulement). Rapport interne.

[32] Verhille, S. (2009), Problèmes liés à la qualité de l'air intérieur dans les collectivités des Premières nations et des Inuits au Canada, CNCHM.

[33] DSEP (2007e), Recherche quantitative sur la qualité de l'air intérieur et la moisissure dans les habitations des Premières nations, ROP 503-06.

Inuits étaient le surpeuplement, la piètre qualité de la construction et de l'entretien de logements, la fumée de tabac et du chauffage au bois et des niveaux élevés de contaminants chimiques.

- **Surpeuplement**[34,35,36]. Les études ont montré qu'en 2002-2003 et en 2006, le taux de surpeuplement dans les logements des Premières nations dans les réserves était supérieur à la moyenne canadienne. En 2002-2003, la densité moyenne des personnes par pièce s'établissait à 0,76, soit près du double de la moyenne canadienne. S'appuyant sur les données du Recensement de 2006, les auteurs d'une étude ont constaté que 26 % des membres des Premières nations dans les réserves vivaient dans des logements surpeuplés contre 3 % des non-Autochtones.
- **État du parc immobilier**[37,38]. La recension des écrits a constaté qu'une proportion appréciable du parc immobilier dans les réserves avait besoin de réparations. Les données du Recensement de 2006 ont montré que la prévalence des personnes vivant dans des logements ayant besoin de réparations majeures était d'environ six fois supérieure chez les membres des Premières nations dans les réserves (44 %) que chez les non-Autochtones (7 %). De même, une autre enquête menée en 2002-2003 a conclu que 34 % des maisons dans les réserves avaient besoin de réparations majeures et qu'un tiers des maisons avaient besoins de réparations mineures.
- **Moisissure**[39,40,41,42]. Les écrits ont montré que la moisissure dans les maisons dans les réserves demeure un grave problème. Ainsi, dans un sondage mené en 2010 auprès de membres de collectivités des Premières nations et des Inuits, plus de la moitié des répondants (59 %) ont signalé que la moisissure représentait le plus grand risque intérieur en santé environnementale. Dans un autre sondage mené en 2002-2003, de 37 % à 49 % des répondants ont fait part de problèmes de moisissure ou de mildiou.

---

34 Gionet, L. (2009), « Les membres des Premières nations : divers résultats du Recensement de 2006 », Tendances sociales canadiennes, Statistique Canada, n° au catalogue 11-008-X Ottawa, 2009, Web, novembre 2009.

35 Clark Michael, P. Riben et E. Nowgesic (2002), « The Association of Housing Density Isolation and Tuberculosis in Canadian First Nations Communities », International Epidemiological Association, 31 (2002), p. 940-945 (disponible en anglais seulement).

36 APN (2007a), Enquête longitudinale régionale (ELR) sur la santé des Premières nations, Rapport national 2002-2003 – Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities, deuxième édition révisée, Assemblée des Premières nations (disponible en anglais seulement).

37 Gionet, L. (2009), « Les membres des Premières nations : divers résultats du Recensement de 2006 », Tendances sociales canadiennes, Statistique Canada, n° au catalogue 11-008-X Ottawa, 2009.

38 APN (2007), Enquête longitudinale régionale (ELR) sur la santé des Premières nations, Rapport national 2002-2003 – Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities, deuxième édition révisée, Assemblée des Premières nations (disponible en anglais seulement).

39 Berghout J., et coll. (2005), « Indoor Environmental Quality in Homes of Asthmatic Children on the Eplsipogtog Reserve (NB), Canada », International Journal of Circumpolar Health. 64.1 (2005):77-85 (disponible en anglais seulement).

40 Bureau du vérificateur général (2006), Rapport d'étape de mai 2006 de la vérificatrice générale du Canada, Chapitre 5 : La gestion des programmes destinés aux Premières nations.

41 Santé Canada (2010), Enquête de référence sur la campagne de sensibilisation des Premières nations et des Inuits à la santé environnementale.

42 APN (2007), Enquête longitudinale régionale (ELR) sur la santé des Premières nations, Rapport national 2002-2003 – Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities, deuxième édition révisée, Assemblée des Premières nations (disponible en anglais seulement).

Risques liés aux contaminants environnementaux pour la Salubrité alimentaire et de l'eau

De nombreux répondants parmi les informateurs clés ont signalé que les contaminants environnementaux dans les aliments, dans l'eau et dans l'air représentent un important risque en santé environnementale auquel sont exposées les collectivités des Premières nations et des Inuits. Il s'agit d'un thème commun repris par les représentants des collectivités des Premières nations (8 sur 35), mais il convient de noter qu'aucun des représentants de collectivités ayant conclu un accord de contribution n'a dit que ce thème constituait un risque ou une priorité. Les répondants des collectivités des Premières nations ayant indiqué que la contamination environnementale constituait un risque ont signalé que la proximité des mines ou des terres agricoles préoccupait les membres des collectivités de Premières nations. Ils ont fait savoir qu'ils ne disposaient pas d'assez de ressources et d'information pour déterminer les risques, en évaluer l'incidence sur leur santé et les atténuer, au besoin. Plus précisément, le représentant d'une collectivité de Premières nations a indiqué : « *On trouve des secteurs contaminés dans notre région… mais nous ne savons pas quels sont ces contaminants ni où ils se situent* (traduction libre). Un répondant d'une collectivité de Premières nations a également dit s'inquiéter de la présence de contamination environnementale au-delà de leurs propres collectivités parce que les animaux boivent l'eau contaminée d'une région, puis sont consommés par des membres des collectivités des Premières nations d'une autre région.

Des représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution pour la recherche (5 sur 7) ont également indiqué que la contamination environnementale constituait un important risque pour les collectivités des Premières nations et des Inuits. Un d'entre eux a par exemple déclaré que la plus grande préoccupation avait trait à la pollution de nature chimique ou biologique dans les chaînes alimentaires aquatiques et que les contaminants environnementaux représentaient en général des risques au chapitre de la qualité, de la salubrité et de la disponibilité des aliments traditionnels.

Des inquiétudes entourant les risques associés à la contamination environnementale ont également été exprimées lors des entrevues avec des répondants des OA (5 sur 6) et des représentants de la DRSE (3 sur 4). Par exemple, des répondants de la DRSE (2 sur 4) ont laissé entendre que les contaminants qui infiltraient les sources communautaires d'approvisionnement en eau des Premières nations constituaient la plus grande préoccupation, tandis qu'un représentant de la DRSE a indiqué que les contaminants dans les aliments traditionnels constituaient une grande préoccupation. Lors des entrevues, des répondants des OA ont décrit comment la contamination liée à des sources industrielles et aux changements climatiques (p. ex., fonte, inondations et érosion) influe sur les aliments traditionnels. Ils ont dit s'inquiéter du nombre restreint de moyens de contrôler les contaminants infiltrant la chaîne alimentaire. Or les aliments traditionnels fournissent souvent des solutions de rechange plus saines et plus économiques aux aliments préemballés disponibles dans les collectivités du Nord et plus éloignées.

Les constatations issues de la recension des écrits et de la recension des documents ont appuyé les éléments probants recueillis grâce aux entrevues avec les informateurs clés en ce qui a trait aux risques en santé environnementale associés à la contamination environnementale, surtout au chapitre des incidences sur les aliments traditionnels. Des études ont montré que les collectivités des Premières nations et des Inuits ayant des habitudes alimentaires traditionnelles risquent d'être exposées des concentrations plus élevées de contaminants environnementaux, ce qui entraîne une hausse des niveaux de risques connexes pour la santé[43,44,45,46,47,48]. Ce point est une source particulière d'inquiétude chez les collectivités du Nord. Les sources de contamination suivantes sont au nombre de celles qui ont été indiquées : industries et projets de développement, changements climatiques qui augmentent les possibilités d'exposition (p. ex., inondations), et sources de contamination plus locales (p. ex., réservoirs de carburant, élimination insatisfaisante des déchets solides).

Risques liés à la salubrité alimentaire

Outre la préoccupation liée aux contaminants environnementaux et à la salubrité alimentaire, l'équipe d'évaluation a trouvé des éléments qui montrent que les collectivités des Premières nations sont également exposées à des risques en santé publique associés à la conservation des aliments, à la préparation des aliments et aux installations alimentaires de manière plus générale. Environ la moitié des AHM sondés (53 %) ont signalé des risques associés à la Salubrité alimentaire. Parmi les enjeux en santé publique associés à la Salubrité alimentaire, les informateurs clés ont indiqué la nécessité d'une formation permanente à l'intention des manipulateurs d'aliments et les risques associés au fait que la plupart des installations alimentaires dans les réserves ne sont pas assujetties à des règlements provinciaux ou à des processus de d'émission de permis. La recension des écrits a montré que les méthodes utilisées pour préparer et entreposer les aliments autochtones traditionnels ou les aliments prélevés dans la nature pouvaient différer nettement de celles utilisées pour les aliments commercialisés. La recension a indiqué qu'il importe de déterminer les enjeux de nature microbiologique associés à la Salubrité alimentaire que posent ces méthodes et qui peuvent augmenter le risque d'intoxications alimentaires, comme la consommation d'aliments crus ou fermentés[49].

---

43 Santé Canada (2004), Guide canadien d'évaluation des incidences sur la santé, volume 1 : Notions fondamentales.

44 AMAP (2003), AMAP Assessment 2002: Human Health in the Arctic. Arctic Monitoring and Assessment Programme (AMAP), Oslo, Norvège (disponible en anglais seulement).

45 AMAP (2009), AMAP Assessment 2009: Human Health in the Arctic. Arctic Monitoring and Assessment Programme (AMAP), Oslo, Norvège (disponible en anglais seulement).

46 Van Oostdam J, et coll. (2005), « Human Health Implications of environmental contaminants in Arctic Canada: A Review », *Science of the Total Environment*, 351-352 (2005), p. 165-246 (disponible en anglais seulement).

47 DRSE/Stu Solomon (2009), Santé des Premières nations vivant dans les réserves et des Inuits – Concordance entre les principales conditions de santé et leurs causes environnementales – recension des écrits.

48 Chan, Laurie (2005), Health and Environment Issues with Canada's Aboriginal Communities – Final Version (disponible en anglais seulement).

49 Food Safety Network (2009), Safe Preparation and Storage of Aboriginal Traditional/Country Foods: A Review, CNCHM (disponible en anglais seulement).

Risques liés aux eaux usées

Quelques représentants de collectivités des Premières nations (8 sur 35), GRHM (3 sur 7) et représentants d'OA (2 sur 6) ont fait état de risques en santé environnementale associés aux eaux usées. Des représentants de collectivités des Premières nations ont décrit des problèmes comme l'augmentation du nombre d'inondations (en partie attribuables aux changements climatiques) qui entraînent le débordement des égouts et taxent les systèmes d'égout. Les eaux usées s'infiltrent alors dans les maisons et les puits, ce qui nuit à la qualité de l'eau potable et peut causer des problèmes de santé pour les membres des collectivités des Premières nations. La plupart des AHM sondés (80 %) ont signalé des risques associés aux eaux usées.

Des risques en santé environnementale associés au traitement des eaux usées ont également été signalés dans la recension des documents. À titre d'exemple, le rapport de la vérificatrice générale publié en 2009 considère « le rejet des eaux domestiques et des effluents industriels et commerciaux dans les eaux de surface comme un risque considérable pour les réserves. »[50] De même, il est ressorti d'un sondage mené en 2002-2003 auprès de collectivités des Premières nations que 9 % des maisons ne disposaient pas de fosse septique ni de services d'égout[51]. Une recension des écrits effectuée en 2009 a également trouvé des éléments probants faisant état d'un plus fort taux de maladies d'origine hydrique chez les enfants autochtones en raison du surpeuplement, des égouts insatisfaisants et des mauvaises pratiques d'hygiène personnelle[52].

Risques liés à l'élimination des déchets solides

Des représentants de collectivités des Premières nations (12 sur 35) et un MHR ont signalé des risques en santé environnementale associés à l'élimination des déchets solides. Ils ont dit s'inquiéter que l'élimination inadéquate des déchets solides comme les piles, les déchets chimiques des véhicules et des machines ou les déchets médicaux n'entraîne des infiltrations dans les sources d'eau souterraines avoisinantes et ne contamine l'approvisionnement en eau. Ces répondants ont également dit craindre la production d'éventuels contaminants par l'incinération des déchets dans les sites d'élimination des déchets solides et à l'extérieur de ceux-ci. Près de la moitié des AHM (47 %) ont signalé des risques associés à l'élimination des déchets solides.

Selon un rapport de 2007 examiné lors de la recension des documents, la plupart des collectivités des Premières nations ne disposent pas de sites d'élimination des déchets solides répondant aux normes généralement reconnues de construction et d'exploitation[53]. Cette constatation rejoint celle d'une petite étude ciblée menée en 2005 auprès de quatre collectivités des Premières nations. Des sites d'enfouissement ont été construits sans écran d'étanchéité artificiel ni de dispositif de collecte de lixiviat, et le processus de sélection des sites n'était pas fondé sur de

---

50 Bureau du vérificateur général (2009), Rapport de l'automne 2009 de la vérificatrice générale du Canada soumis à la Chambre des communes, Chapitre 6 : La gestion des terres et la protection de l'environnement dans les réserves.

51 APN (2007), Enquête longitudinale régionale (ELR) sur la santé des Premières nations, Rapport national 2002-2003 – Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities, deuxième édition révisée, Assemblée des Premières nations (disponible en anglais seulement).

52 DRSE/Stu Solomon (2009), Santé des Premières nations vivant dans les réserves et des Inuits – Concordance entre les principales conditions de santé et leurs causes environnementales – recension des écrits.

53 SSEP (2008), Saskatchewan Health Protection Report au 31 décembre 2007 (disponible en anglais seulement).

solides données géologiques[54]. D'après un sondage mené en 2002-2003 auprès de collectivités des Premières nations, environ le cinquième des maisons (22 %) n'avait pas accès à des services de ramassage des ordures ménagères[55]. Toutefois, un certain progrès est réalisé en matière d'élimination des déchets. Un GRHM a signalé qu'un projet de recherche financé par le PRSE dans sa région, dans le cadre du Programme régional sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations, s'est penché sur les contaminants dans une décharge de déchets solides et donné lieu à des pratiques exemplaires sur l'élimination des déchets, soit le transfert des déchets à un site d'enfouissement régional adéquat. En outre, des ingénieurs en santé publique (IngSP) de la DSEP examinent sur demande des propositions de projets visant des installations d'élimination des déchets solides sous l'angle de la santé publique.

Risques liés aux maladies transmissibles

La plupart des MHR (3 sur 4) ont indiqué que les maladies transmissibles constituaient d'importants risques en santé environnementale dans les collectivités des Premières nations. Ils ont cité comme exemples les mauvaises pratiques d'hygiène personnelles qui pourraient contribuer à la propagation de maladies infectieuses et transmissibles, l'éventuelle prolifération de la maladie de Lyme en raison des changements climatiques et la tuberculose. Divers informateurs clés ont fourni d'autres exemples de risques liés aux maladies transmissibles comme la rage par suite de morsures de chiens, le virus du Nil occidental (VNO), l'encéphalite équine de l'Est, et les risques associés aux parasites et aux rongeurs. Un peu moins de la moitié des AHM sondés (43 %) ont dit que les maladies transmissibles étaient des risques clés en santé environnementale dans les collectivités des Premières nations.

Il importe de signaler que les risques liés aux maladies transmissibles et les activités de contrôle se recoupent et font partie intégrante de presque tous les autres secteurs de programme couverts par les AHM (p. ex., le contrôle des maladies transmissibles (CMT) et des infections est un but sous-jacent de presque toutes les activités relatives aux logements, à la Salubrité alimentaire, aux inspections d'installations, à la préparation et l'intervention en cas d'urgence, à la salubrité de l'eau potable, aux eaux usées et à l'élimination des déchets solides, etc.). Ainsi, les AHM et les informateurs clés peuvent avoir eu moins tendance à indiquer les maladies transmissibles comme étant un risque particulier puisqu'elles sont inhérentes à la plupart des autres secteurs de programmes. Par conséquent, le fait que les maladies transmissibles ne soient pas souvent signalées en tant que risques ne devrait pas être interprété comme une indication que les risques qu'elles posent sont moins prioritaires dans les collectivités des Premières nations.

La recension des documents et la recension des écrits ont cerné de nombreux risques environnementaux liés aux maladies transmissibles pour les collectivités des Premières nations. L'un de ces risques est le VNO; un rapport paru en 2005 indiquait que le risque d'exposition des

[54] Bharadwaj, Judd-Henrey, Wismer et Nilson (2005), *Investigation of the effects of landfill practices on environmental health in selected First Nations communities* (ébauche finale d'un rapport inédit) (disponible en anglais seulement).

[55] APN (2007), Enquête longitudinale régionale (ELR) sur la santé des Premières nations, Rapport national 2002-2003 – Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities, deuxième édition révisée, Assemblée des Premières nations (disponible en anglais seulement).

humains à ce virus était élevé dans huit collectivités des Premières nations au Manitoba[56]. En 2005, les résidents de collectivités des Premières nations et des Inuits craignaient beaucoup ce virus, 50 % des résidents sondés ayant indiqué qu'ils craignaient *extrêmement* ou *beaucoup* d'être infectés par le VNO[57]. Le risque de tuberculose a également été mentionné. Des données récentes montrent qu'en 2008, le taux d'incidence de tuberculose chez les Indiens inscrits était de 31 fois supérieur à celui des non-Autochtones nés au Canada[58].

Mesures et interventions d'urgence

À l'instar des risques liés aux maladies transmissibles, le secteur de la préparation et intervention en cas d'urgence est un secteur horizontal qui recoupe la plupart des autres secteurs de risques en santé environnementale. Des situations d'urgence qui exigent de la planification et des préparatifs peuvent se produire dans nombre des collectivités des Premières nations. Par exemple, elles peuvent être causées par des inondations qui contaminent les approvisionnements en eaux, des pandémies ou des évacuations en raison de la présence de moisissures dans des logements. Des informateurs clés et des AHM ont fait allusion à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence dans certaines réponses se rapportant aux préparatifs en cas de pandémie, d'inondations et d'évacuation par suite de catastrophes naturelles (p. ex., des feux de forêt). Environ le cinquième des AHM (20 %) ont dit que la préparation et l'intervention en cas d'urgence étaient un secteur prioritaire pour les collectivités. Dans certaines collectivités des Premières nations, les interventions efficaces en cas d'urgence peuvent être plus risquées parce qu'elles sont situées dans des régions éloignées et qu'elles sont aux prises avec des problèmes structurels (p. ex., disponibilité de l'infrastructure et des ressources de collectivités avoisinantes, moins grand nombre de premiers intervenants et d'équipements spécialisés).

3.2 Mesure dans laquelle les programmes HM-RE traitent des risques, des enjeux et des priorités

Harmonisation des programmes aux risques et aux priorités

À un niveau très général, l'équipe d'évaluation a jugé que l'approche globale retenue par le Groupe était propice au traitement des risques, des enjeux et des priorités déterminés. Comme il a été indiqué dans la section précédente, les risques pour la santé environnementale et publique sont complexes et interreliés et s'assortissent de nombreux enjeux et défis intersectoriels. Dans le cadre d'une approche axée sur la santé de la population englobant la gamme complète des déterminants de la santé, ces risques exigent une approche qui tient compte des interactions complexes entre les facteurs qui contribuent à la santé ou qui y nuisent. En favorisant la collaboration et le renforcement des capacités à différents niveaux (national, régional, local) avec

---

56 DSEP (2006), Rapport national de 2005 sur le virus du Nil occidental dans les collectivités des Premières nations au sud du 60e parallèle, Programme du virus du Nil occidental, DSPNI, Santé Canada.

57 DGSPNI (2005), Enquête de référence auprès des Premières nations dans les réserves et les Inuits dans le Nord, ROP 04-39.

58 Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (2011), fiche d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits.

des intervenants nombreux et diversifiés, l'approche retenue par le Groupe tient compte de la complexité des risques et des enjeux à régler et met en œuvre des activités d'une manière conforme au modèle de santé de la population[59], comme en font foi les exemples présentés au tableau 9.

Tableau 9 : Comparaison entre les exigences du modèle de santé de la population et l'approche retenue par le Groupe

Exigences du modèle de santé de la population	Exemples de l'application de l'approche du Groupe
Mettre l'accent sur les causes premières d'un problème, de même que sur des faits qui appuieront les stratégies d'intervention	Collaboration avec d'autres ministères fédéraux, des provinces et des territoires pour trouver les causes premières; financement de la recherche pour trouver des éléments probants
Tenter de prévenir les problèmes	Grande attention accordée à la détermination et à l'atténuation des risques
Améliorer l'état de santé global de la société entière, en ne négligeant cependant pas les besoins et les faiblesses propres à certaines sous-populations	Attention accordée au renforcement de la capacité dans les collectivités ayant besoin de soutiens et des services additionnels
Rechercher les partenariats et la coopération intersectorielle	Efforts considérables déployés pour établir, maintenir et améliorer des partenariats et des collaborations avec des intervenants diversifiés; Plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées des Premières nations
Trouver des solutions souples et à multiples facettes, dans la mesure où les problèmes à résoudre sont complexes	Collaboration avec de nombreux intervenants pour trouver des solutions locales pertinentes
Favoriser l'engagement des citoyens et la participation des collectivités	Collaboration avec des organisations et dans les collectivités pour trouver des solutions qui concordent avec leurs priorités

En outre, le tableau 10 contient une analyse plus détaillée de la mesure dans laquelle la conception des programmes et des activités du Groupe HM-RE permet d'aborder des risques, enjeux et priorités particuliers en matière de santé environnementale. Dans l'ensemble, il ressort de l'analyse que la conception du Groupe HM-RE lui permet de régler les principaux risques, enjeux et priorités particuliers en matière de santé environnementale que connaissent les collectivités des Premières nations et des Inuits.

[59] Agence de la santé publique du Canada, *Qu'est-ce qui détermine la santé?* http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#determinants.

Tableau 10 : Concordance entre les risques et enjeux en matière de santé environnementale et les activités du Groupe

Risques et enjeux liés à la santé environnementale	Activités connexes du Groupe	Exemples à titre illustratif
Eau potable	**Secteurs d'activités** • Évaluations des risques liés à la SEP • Recherche • Formation, éducation du public et sensibilisation • Défense des intérêts et établissement de rapports de collaboration Dans le cadre du Programme de l'eau potable, les activités d'évaluation de la santé environnementale et publique englobent les examens par les ingénieurs en santé publique des propositions de projets d'infrastructure de l'alimentation en eau dans l'optique de la santé publique; la prise d'échantillons d'eau potable et l'analyse de la qualité de cette eau afin de déceler la présence de contaminants bactériologiques, chimiques, physiques et radiologiques; l'examen et l'interprétation des analyses de la qualité de l'eau potable; la diffusion des résultats des analyses, et la formulation de recommandations à l'intention des collectivités des Premières nations et d'AINC. Les CCQEP sont financés par Santé Canada et leur formation est assurée par des AHM pour qu'ils réalisent, à tout le moins, des résultats d'apprentissage normalisés à l'échelle nationale. Ils reçoivent également une formation concernant les stratégies et activités d'évaluation qui sont énoncées dans le *Cadre national pour la formation et l'évaluation des contrôleurs communautaires de l'eau potable (cadre de formation des CCQEP*). Pour prévenir les éventuels risques en santé publique liés à la gestion de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations, le PSEP fournit information et conseils pour l'amélioration de la qualité de l'eau potable aux autorités des Premières nations, ainsi qu'aux ministères fédéraux et provinciaux et aux services municipaux. Il met également au point du matériel d'enseignement et de sensibilisation qu'il remet aux AHM pour qu'ils s'en servent ou qu'ils les diffusent dans les collectivités des Premières nations. Le PRSE finance et mène la recherche et recueille et analyse des données à l'appui du volet de l'eau potable du Programme de santé environnementale et publique. Il publie un rapport annuel sur les indicateurs de rendement en matière d'eau potable, qui suit les progrès réalisés au chapitre de l'atteinte des buts et objectifs du programme sur l'eau potable. Il finance également les projets de recherche axée sur la collectivité en matière de qualité de l'eau potable et assure la surveillance pour soutenir une base d'éléments probants aux fins des programmes et des politiques en santé publique.	• Examens techniques des propositions de projets d'infrastructure portant sur l'eau, sous l'angle de la santé publique • Programme des CCQEP et contrôle et analyse de la qualité de l'eau potable et rapports sur le sujet • Recommandations aux fins des avis sur la qualité de l'eau potable (émission, levée) • Recherche quantitative sur la qualité de l'eau dans les réserves • Politique sur les puits individuels et les puits avec moins de cinq raccordements • Matériel d'éducation du public et de sensibilisation sur la qualité et la salubrité de l'eau potable • Adhésion au groupe de travail de l'Évaluation nationale des systèmes d'aqueduc et d'égout dans les collectivités des Premières nations d'AINC
Logement et santé	**Secteurs d'activités** • Évaluations des risques liés à la SEP • Recherche • Formation, éducation du public et sensibilisation • Défense des intérêts et établissement de rapports de collaboration Dans le cadre du Programme de la santé et du logement, les AHM fournissent sur demande des conseils sur les plans des sites de nouveaux logements ainsi que des inspections de santé publique des logements neufs et existants. En se fondant sur les inspections, les AHM fournissent des recommandations et des directives aux propriétaires, aux gestionnaires des logements ou à d'autres autorités compétentes sur la manière de prévenir ou d'atténuer les risques en santé publique. Dans la mesure du possible, les AHM adoptent une approche multidisciplinaire en matière d'inspection des logements, ce qui peut comprendre des inspections conjointes avec des inspecteurs des bâtiments. Le PSEP, en collaboration avec la SCHL, AINC et les autorités régionales de SPNI, met au point du matériel de	• Exécution sur demande d'inspections des logements et provision sur demande de conseils, de recommandations et de soutien concernant les mesures d'atténuation • Matériel d'éducation en matière de logement et de moisissures • Éducation des propriétaires sur la réduction des risques • Lettres d'inspection préconisant l'atténuation des risques • Examen par les AHM des plans de logements neufs ou de rénovation sous l'angle de la santé publique

Risques et enjeux liés à la santé environnementale	Activités connexes du Groupe	Exemples à titre illustratif
	sensibilisation en matière de santé et de logement respectueux des différences culturelles à l'intention des collectivités des Premières nations. Les bureaux régionaux de SPNI peuvent élaborer leur propre matériel d'éducation du public afin de mieux répondre aux besoins régionaux. Le matériel de sensibilisation et d'éducation du public porte principalement sur la responsabilité personnelle en matière de santé et sécurité que doivent assumer les occupants des logements dans les collectivités des Premières nations. Il s'adresse en outre à des publics particuliers, comme les membres des métiers de construction ou d'entretien.	• Adhésion au Comité des Premières nations sur la qualité de l'air intérieur
Contaminants environnementaux	**Secteurs d'activités** • Évaluations des risques liés à la SEP • Recherche • Formation, éducation du public et sensibilisation • Défense des intérêts et établissement de rapports de collaboration Le PRSE fournit des fonds au titre de la recherche participative axée sur la collectivité et de l'évaluation du risque par l'entremise des programmes nationaux et régionaux sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations et le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord. Il finance les activités d'enseignement des Premières nations et des Inuits, comme l'établissement du programme de cours en évaluation des incidences sur la santé, l'élaboration du Manuel sur la Salubrité alimentaire traditionnels et la tenue permanente d'ateliers sur les aliments traditionnels. Le PRSE fournit au besoin des intrants et des fonds au titre de la surveillance environnementale ciblée et des évaluations de l'exposition des collectivités. Dans le cadre du Programme de sécurité chimique des aliments traditionnels, le PRSE soutient d'importantes initiatives de recherche, telles que l'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières nations, qui visent à tracer le premier portrait régional représentatif des régimes alimentaires des Premières nations et à fournir une estimation des éventuels risques pour la santé associés à la consommation de divers aliments prélevés dans la nature susceptibles d'être touchés par des contaminants environnementaux, tout en faisant valoir l'importance de l'alimentation traditionnelle. Le PRSE, en partenariat avec les organisations de recherche et de statistique des Premières nations, met en œuvre l'Initiative de biosurveillance des Premières nations afin de recueillir des données de base sur l'exposition des personnes aux composés chimiques de l'environnement. Le PRSE fait des analyses de tissus humains afin d'y déceler les polluants organiques persistants, dont plusieurs organochlorés. En partenariat avec des organisations des Premières nations et des Inuits, le PRSE met au point une série de guides sur la santé environnementale à l'intention des Premières nations et des Inuits pour les sensibiliser davantage aux contaminants dans l'environnement qui pourraient nuire à leur santé et pour trouver des moyens de réduire l'exposition nocive.	• Examen de l'information traditionnelle sur la Salubrité alimentaire pour les Premières nations • Recherches sur les contaminants environnementaux • Guide sur la Salubrité alimentaire traditionnels • Assainissement des réservoirs de carburant et des sites contaminés • Adhésion au groupe de travail interministériel sur le mercure
Changements climatiques	**Secteurs d'activités** • Évaluations des risques liés à la SEP • Recherche • Formation, éducation du public et sensibilisation • Défense des intérêts et établissement de rapports de collaboration Le PRSE fournit des fonds pour la recherche participative axée sur les collectivités aux collectivités et organisations des Premières nations et des Inuits dans le Nord afin de déterminer les incidences des changements climatiques sur leur santé, d'élaborer des méthodes et outils d'adaptation ainsi que des produits de communication, qui intègrent les connaissances traditionnelles et locales.	• Guides de présentation des demandes de fonds pour les changements climatiques et la santé • Brochures sur les changements climatiques et la santé • Ateliers sur le renforcement des capacités et résultats

Risques et enjeux liés à la santé environnementale	Activités connexes du Groupe	Exemples à titre illustratif
Salubrité alimentaire	**Secteurs d'activités** • Évaluations des risques liés à la SEP • Recherche • Formation, éducation du public et sensibilisation • Défense des intérêts et établissement de rapports de collaboration Dans le cadre du Programme de la Salubrité alimentaire, les évaluations de la santé environnementale supposent des examens des plans d'installations alimentaires en vertu desquels les AHM examinent sur demande des plans d'installations alimentaires neuves ou rénovées, comme des épiceries, des restaurants et des cafétérias. Ils examinent également sur demande des plans d'événements publics et communautaires, comme les pow-wows et les festivals. De plus, des inspections de santé publique de routine et sur demande sont menées dans des établissements alimentaires. En ce qui a trait aux rappels d'aliments et aux avis et alertes, les AHM mènent des examens puis distribuent les avis pertinents dans les collectivités où ils travaillent. Ils informent les chefs de conseil, les établissements alimentaires et les membres des collectivités des éventuels risques en santé publique associés à un aliment. L'éducation du public, offerte grâce à des séances d'information et du matériel d'éducation du public, sert à informer le grand public et à le sensibiliser aux enjeux associés à la préparation des aliments et aux bonnes pratiques de manipulation des aliments, de même qu'à la manière de minimiser les risques connexes en santé publique. Les activités peuvent être adaptées aux publics particuliers comme les chasseurs, les pêcheurs et les trappeurs. Les AHM peuvent fournir des renseignements particuliers sur la manipulation des aliments à la maison pendant ou après les inspections des logements. Grâce à la formation qu'ils offrent, les AHM renforcent la capacité des membres des collectivités de Premières nations et leur transfèrent des connaissances et des compétences en matière d'aliments. La formation relative aux pratiques alimentaires saines est offerte aux employés des services alimentaires pour qu'ils puissent reconnaître les liens entre les aliments et les maladies et pour les renseigner sur tous les aspects de la Salubrité alimentaire.	• Examens des plans d'installations alimentaires • Inspections de santé publique des installations alimentaires et émission de certificats de conformité • Formation aux manipulateurs d'aliments (y compris certificats d'attestation de la Salubrité alimentaire) • Diffusion d'alertes et de rappels relatifs à des produits alimentaires • Établissement de liens entre la recherche sur les contaminants et les aliments traditionnels • Adhésion au Comité fédéral, provincial et territorial sur la Politique sur la Salubrité alimentaire (aliments)
Eaux usées	**Secteurs d'activités** • Évaluations des risques liés à la SEP • Recherche • Formation, éducation du public et sensibilisation • Défense des intérêts et établissement de rapports de collaboration Le PSEP peut participer à toutes les étapes du cycle de vie d'un réseau de traitement des eaux usées, ce qui comprend les examens techniques des propositions de projets d'infrastructure de traitement des eaux usées sous l'angle de la santé publique, les inspections des réseaux communautaires et sur place de traitement des eaux usées; le contrôle des résultats quant aux effluents dans les eaux usées en cas de menace à la santé publique; et la provision de conseils sur la désaffectation des systèmes. Pour prévenir les éventuels risques en santé publique liés à la mauvaise gestion des eaux usées dans les collectivités des Premières nations, la Division de santé environnementale met au point du matériel d'éducation et de sensibilisation qu'elle remet aux AHM pour qu'ils s'en servent ou pour qu'ils les diffusent dans les collectivités des Premières nations.	• Examens techniques des propositions de projets d'infrastructure liés au traitement des eaux usées, sous l'angle de la santé publique • Examen par les AHM des plans de nouveaux systèmes sur place d'élimination des eaux-vannes • Inspection des systèmes sur place et communautaires d'élimination des eaux-vannes • *Lignes directrices relatives à l'examen des projets d'alimentation en eau et d'assainissement dans les collectivités des Premières nations* • Adhésion au Comité technique sur les systèmes décentralisés de traitement des eaux usées

Risques et enjeux liés à la santé environnementale	Activités connexes du Groupe	Exemples à titre illustratif
Déchets solides	**Secteurs d'activités** • Évaluations des risques liés à la SEP • Recherche • Formation, éducation du public et sensibilisation • Défense des intérêts et établissement de rapports de collaboration Dans le cadre du Programme des déchets solides, des ingénieurs en santé publique peuvent fournir sur demande des commentaires sur les plans et les pratiques concernant l'aménagement et la désaffectation des sites. Les AHM fournissent des conseils sur les conditions locales et mènent des inspections de routine et sur demande sous l'angle de la santé publique. Le PSEP peut fournir des conseils, des directives et des recommandations aux autorités des Premières nations, constructeurs, exploitants de sites, membres des collectivités et autres concernant des enjeux en santé publique se rapportant à l'élimination des déchets solides dans les réserves. Le matériel d'éducation ciblé peut comprendre la provision de renseignements sur les risques en santé publique associés aux sites communautaires d'élimination des déchets solides ainsi que d'autres solutions de rechange pour l'élimination des déchets, la réduction des déchets, l'incinération des déchets, les décharges non contrôlées et les options en matière d'élimination pour des types particuliers de déchets. Les activités générales d'éducation et de sensibilisation du public pourraient comprendre la provision de renseignements sur la manière de réduire les risques en santé publique associés à l'élimination des déchets solides et la promotion de saines pratiques. Les employés du PSEP fournissent également sur demande des renseignements et des renvois concernant des programmes de recyclage, l'élimination de déchets dangereux, ainsi que la collecte et l'entreposage sécuritaires des déchets.	• Inspections de santé publique des sites d'élimination des déchets solides • Renseignements et renvois concernant des programmes de recyclage, l'élimination de déchets dangereux ainsi que la collecte et l'entreposage sécuritaires des déchets • Examens techniques des plans de projets d'infrastructure des déchets solides sous l'angle de la santé publique • Planification par les AHM d'examens de sites d'élimination des déchets solides • Recherche débouchant sur des pratiques exemplaires d'élimination des déchets • Collaboration avec AINC en vue de l'intégration des données sur l'élimination des déchets solides dans le SIHM
Maladies transmissibles	**Secteurs d'activités** • Évaluations des risques liés à la SEP • Recherche • Formation, éducation du public et sensibilisation • Défense des intérêts et établissement de rapports de collaboration Toutes les activités régulières du PSEP visent à prévenir la maladie et la prolifération de maladies transmissibles. Des activités particulières, comme les inspections, les enquêtes sur les poussées de maladies infectieuses, la surveillance et l'éducation du public, sont également menées pour prévenir et contrôler les maladies transmissibles d'origine environnementale transmise par les aliments (p. ex., la salmonelle), par l'eau (p. ex., l'E. coli) et par des vecteurs (p. ex., le virus du Nil occidental et la rage). Toutes les activités sont menées en collaboration avec le personnel des maladies transmissibles au niveau local, régional, provincial ou national (ce qui comprend, sans toutefois s'y limiter, les infirmiers et infirmières, les épidémiologistes et les médecins hygiénistes régionaux). Les activités du PSEP portent notamment sur la sensibilisation des autorités des Premières nations et des résidents des collectivités aux maladies environnementales transmissibles ainsi qu'aux mesures à prendre pour réduire le risque de maladie. Le contrôle des maladies transmissibles est explicitement au centre de quelques programmes d'éducation et de sensibilisation (p. ex., séances de sensibilisation des collectivités au virus du Nil occidental) et implicitement au centre de la plupart des autres activités éducatives (p. ex., salubrité de l'eau potable) dans les différents secteurs de programmes de santé environnementale et publique.	• Ensemble, les inspections de santé publique, les examens des plans et les autres évaluations contribuent au contrôle des maladies transmissibles • Surveillance des moustiques porteurs du VNO (échantillonnage, analyse, présentation de rapports) et intervention (adulticide et larvicide) au besoin, en collaboration avec les provinces • Enquêtes sur les maladies d'origine hydrique ou alimentaire ou transmises par des vecteurs et les éclosions de ces maladies, et suivi à leur égard • Matériel d'éducation du public sur les agents zoonotiques (p. ex., VNO, hantavirus, maladie de Lyme) • Adhésion au Sous-groupe de travail horizontal sur la pandémie d'influenza

Risques et enjeux liés à la santé environnementale	Activités connexes du Groupe	Exemples à titre illustratif
Mesures et interventions d'urgence	**Secteurs d'activités** • Évaluations des risques liés à la SEP • Recherche • Formation, éducation du public et sensibilisation • Défense des intérêts et établissement de rapports de collaboration Le Programme de santé environnementale et publique n'est pas l'organisme responsable des mesures et interventions d'urgence dans les collectivités des Premières nations. Cependant, des considérations et des activités de santé environnementale et publique sont essentielles à une approche couvrant tous les dangers en matière de gestion des situations d'urgence. Par exemple, en cas d'urgence, les AHM fournissent de l'expertise et des directives aux dirigeants des collectivités et à d'autres intervenants sur les enjeux et les risques liés à la santé publique. L'expertise porte sur les domaines suivants : qualité de l'eau, Salubrité alimentaire, contrôle des maladies transmissibles, logement et installations, ainsi qu'élimination des déchets solides et traitement des eaux usées. Les employés du PSEP collaborent avec des intervenants et assument un rôle consultatif au niveau des collectivités, des régions et du pays afin de coordonner les efforts et d'assurer l'élimination ou l'atténuation des risques en santé publique posés par des situations d'urgence dans les collectivités des Premières nations.	• Planification en prévision d'une pandémie • Planification en cas d'urgences liées aux approvisionnements en eau • Planification en cas de catastrophes naturelles et d'évacuation • Exercices de simulation au bureau • Adhésion au Groupe de travail horizontal sur la gestion des situations d'urgence en santé

Lacunes et défis en matière de règlement des risques et priorités cernés

L'évaluation a mis au jour quelques lacunes et défis en matière de règlement des enjeux et des risques en santé environnementale que connaissent les collectivités des Premières nations et des Inuits. Ils surviennent dans des secteurs précis comme l'eau potable, la santé et sécurité au travail et la prévention des blessures, et portent notamment sur des lacunes qui existent entre la détermination et l'atténuation des risques qui sont attribuables en partie au manque de ressources et à l'absence de normes et de règlements exécutoires[60].

Lacunes au chapitre des risques liés à l'eau potable

Les AHM et les informateurs clés ont décelé quelques lacunes dans la conception actuelle des activités du Groupe ayant trait au règlement des risques liés à l'eau potable. La principale lacune qu'ils ont cernée se rapporte au fait que les analyses des échantillons d'eau ne sont pas assez vastes pour couvrir les différents systèmes d'alimentation en eau dans les collectivités des Premières nations. À titre d'exemple, en raison de l'absence de contrôles et d'analyses systématiques des systèmes d'approvisionnement en eau visant à la fois les puits et les citernes, nombre des systèmes communs d'approvisionnement en eau dans les réserves ne font pas l'objet d'évaluations. Cette lacune quant aux puits avait déjà été cernée par le PSEP, et c'est pourquoi elle est abordée dans la récente politique du PSEP sur les puits individuels et les puits ayant moins de cinq raccordements[61].

Lacunes au chapitre de la santé au travail

L'évaluation fait état d'une lacune au chapitre de la couverture visant les risques liés à la santé au travail. Quelques GRHM (2 sur 7), représentants des collectivités des Premières nations (3 sur 35) et AHM (5 %) ont indiqué que ni les programmes du Groupe ni les autres programmes communautaires ne traitaient de manière satisfaisante le secteur de la santé au travail.

Lacunes au chapitre de la prévention des blessures

La prévention des blessures constitue une autre lacune que quelques GRHM (3 sur 7) et AHM (10 %) ont constatée dans les collectivités des Premières nations. Il est ressorti de l'évaluation que certaines activités du Groupe contribuaient vraisemblablement à la prévention des blessures (p. ex., prévention des morsures de chien, inspections des installations), mais qu'il ne s'agit pas d'un secteur d'activités déterminé du Groupe.

---

[60] Les AHM et les informateurs clés ont fourni une variété de réponses aux questions visant à déterminer les lacunes des programmes au chapitre de la satisfaction des besoins. Nous avons constaté, lors de l'analyse de ces réponses, que nombre d'entre elles se rapportaient plus directement soit à des problèmes de rendement soit à des problèmes d'efficacité (p. ex., nécessité de faire participer les dirigeants, de prévoir davantage de formation à l'intention des contrôleurs de la qualité de l'eau) soit à des problèmes liés à l'économie ou à l'efficience (p. ex., affectation des ressources, nécessité d'engager plus d'AHM), et non à des problèmes liés à la pertinence ou à la conception en tant que tel. C'est pourquoi ces commentaires additionnels ont été intégrés aux sections appropriées.

[61] Santé Canada (2010), Questions et réponses : Mise en œuvre de la politique de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits sur les puits individuels et les puits ayant moins de cinq raccordements.

Écarts entre la détermination et l'atténuation des risques

La plupart des renseignements recueillis auprès d'informateurs clés et d'AHM concernant les lacunes au chapitre du règlement des risques en santé environnementale avaient trait aux défis associés à l'atténuation des risques. Les ressources et les activités du Groupe sont principalement consacrées à la détermination des risques et à la prestation de conseils et de recommandations aux collectivités sur la manière de les réduire ou de les atténuer. Après la détermination d'un risque, la décision de le régler et la responsabilité de l'atténuer sont rarement du ressort du Groupe. La responsabilité incombe à d'autres groupes (p. ex., le chef et le conseil; AINC qui fournit les fonds pour l'aménagement et la remise en état de l'infrastructure). Le Groupe est bien conscient qu'il faut informer les responsables de l'atténuation des risques qui ont été cernés et, par conséquent, il déploie des efforts appréciables de concert avec divers intervenants de niveaux multiples pour veiller à minimiser l'écart entre la détermination et l'atténuation. En dépit de ces efforts, les défis dans ce domaine perdurent, la plupart d'entre eux se rapportant à deux facteurs : le manque de ressources et l'absence de normes et de mesures d'application.

Manque de ressources – Quelques informateurs clés des collectivités des Premières nations (9 sur 35) et tous les GRHM (7 sur 7) ont indiqué que le défi relevait principalement du manque de ressources financières mises à la disposition des collectivités pour atténuer les risques après leur détermination. Tous les GRHM s'entendent pour dire que le rôle de Santé Canada en matière de santé environnementale dans les collectivités des Premières nations est en large part une fonction consultative et ne comprend pas l'attribution de fonds au titre de mesures directes d'atténuation des risques (p. ex., réparations domiciliaires, réparations des réseaux d'élimination des eaux usées). Des représentants des collectivités des Premières nations ont fait savoir que des membres des collectivités peuvent être conscients des risques, mais qu'ils n'ont pas souvent les ressources requises pour corriger les causes sous-jacentes (p. ex., construire une nouvelle station de traitement de l'eau, réparer des bâtiments du parc immobilier pour les rendre conformes au code du bâtiment). Selon un représentant d'une collectivité ayant conclu un accord de contribution, le défi est lié au manque de ressources financières, humaines et éducatives pour traiter des risques cernés. Le représentant d'une autre collectivité ayant conclu un accord de contribution estime que la lacune au chapitre des ressources découle d'un manque de coordination entre les ministères fédéraux (p. ex., Santé Canada, AINC). Le défi quant à la détermination et à l'atténuation des risques et l'écart entre eux ont également été signalés dans les propos tenus par des AHM (traduction libre) :

- *Lorsque nous inspectons et formulons des recommandations, des mesures correctives peuvent rarement être prises en raison de l'insuffisance des fonds fournis par le propriétaire, le conseil ou AINC.*
- *Nombre des résultats positifs de notre travail ne peuvent être reconnus sans le soutien des collectivités des Premières nations et des autres intervenants comme AINC et les conseils tribaux.*
- *À part la tenue d'une inspection et la rédaction d'un rapport, nous n'avons aucun pouvoir ni aucun moyen d'aider les personnes à corriger les problèmes.*
- *L'inspection ne garantit pas le problème sera réglé.*

Absence de normes ou de règlements exécutoires – L'autre défi principal ayant trait à l'atténuation des risques est l'absence de règlements exécutoires dans les réserves. Par conséquent, la provision de conseils et de directives aux collectivités des Premières nations conformément aux lois et règlements et aux normes provinciaux en vigueur est le principal mécanisme utilisé pour veiller à l'atténuation et au règlement des risques. Il s'agit d'un thème commun repris dans nombre des commentaires des AHM sur les secteurs à l'égard desquels ils ont cerné des lacunes ou des limites des programmes de santé publique. Voici quelques citations d'AHM qui illustrent bien ce point (traduction libre) :

- *On s'attend de nous que nous inspections des installations mais on ne nous donne aucun règlement fédéral ni aucun pouvoir pour inspecter de fait toutes les installations.*
- *La plupart des lacunes et des limites gravitent autour du secteur de compétence et de la détermination de l'entité responsable de ces problèmes et de ces installations.*
- *L'autre lacune a trait à l'absence de mesures d'application… il faut instaurer de meilleurs mécanismes pour traiter des situations à l'égard desquelles rien d'autre ne fonctionne.*

Ce défi au chapitre des normes et des mesures d'application a aussi été décrit dans la recension des documents. Dans son rapport de 2009, la vérificatrice général a constaté que « le gouvernement fédéral a le pouvoir d'adopter des règlements visant les menaces pour l'environnement dans les réserves, mais il l'a rarement exercé. En dehors des réserves, ces menaces sont réglementées par les gouvernements provinciaux » et conclu que « les règlements actuels et les autres mesures ne protègent pas les Premières nations contre les menaces prioritaires pour l'environnement. »[62] En 2006, le groupe d'experts chargé d'examiner la question de la salubrité de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations a conclu dans son rapport à la nécessité d'établir un cadre réglementaire de l'eau potable et des eaux usées et décrit les éléments du type de cadre intégré de réglementation de l'eau qui devrait s'appliquer aux Premières nations. Il a signalé qu'à eux seuls les règlements ne réussissaient pas à assurer la salubrité de l'eau potable à moins que d'autres exigences ne soient satisfaites, ce qui comprend des investissements dans les ressources humaines et les biens matériels[63]. De même, le Comité sénatorial permanent des peuples autochtones a recommandé dans un rapport de 2007 qu'un processus complet de consultation soit lancé auprès des collectivités et organisations des Premières nations concernant les options législatives dans le dessein de collaborer à l'élaboration d'un tel règlement[64].

Conformément aux recommandations et aux constatations indiquées ci-dessus, Santé Canada, en partenariat avec AINC, tente depuis 2006 d'obtenir le concours des Premières nations, des organisations des Premières nations et des dirigeants provinciaux et territoriaux en vue de

---

62 Bureau du vérificateur général (2009), Rapport de l'automne 2009 de la vérificatrice générale du Canada soumis à la Chambre des communes, Chapitre 6 : La gestion des terres et la protection de l'environnement dans les réserves.

63 Groupe d'experts chargé d'examiner la question de l'eau potable salubre dans les collectivités des Premières nations (2006), Rapport du groupe d'experts chargé d'examiner la question de l'eau potable salubre dans les collectivités des Premières nations (Volume 1).

64 Sénat du Canada (2007), L'approvisionnement en eau potable sécuritaire pour les Premières nations : Rapport final du Comité sénatorial permanent des peuples autochtones.

l'élaboration d'un cadre législatif sur l'eau potable et les eaux usées dans les collectivités des Premières nations. Il s'agit de la première étape en vue de combler les lacunes législatives ayant trait à l'eau potable et aux eaux usées qui existent dans les collectivités des Premières nations.

À l'heure actuelle, l'intégration des activités du Groupe aux activités provinciales en matière de santé varie selon les régions. Des négociations tripartites entre les Premières nations, les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral sont en cours dans certaines régions et visent l'intégration des services, des normes et des règlements. Dans certaines régions, des textes de loi provinciaux sur la santé publique ont délégué aux MHR de la DGSPNI le pouvoir de traiter de certains enjeux (p. ex., risques liés aux maladies transmissibles, intervention en cas d'urgence) au moyen de protocoles provinciaux, tandis que dans d'autres, les médecins hygiéniques provinciaux disposent de certains pouvoirs législatifs leur permettant de régler des enjeux liés à la santé publique dans les réserves. Enfin, certaines régions ont conclu des protocoles d'entente ou d'autres accords avec les provinces pour assurer la prestation de services de santé environnementale et publique dans les réserves (p. ex., protocoles d'entente relatifs au soutien de la surveillance et des interventions concernant le virus du Nil occidental, recours à des inspecteurs provinciaux en santé publique pour évaluer certaines installations dans les réserves).

3.3 Adaptation du Groupe aux besoins diversifiés et changeants des collectivités des Premières nations et des Inuits et des régions

Il ressort des faits issus de l'évaluation que, dans l'ensemble, le Groupe HM-RE répond aux besoins diversifiés et changeants des collectivités des Premières nations et des Inuits et des régions.

Bien que le PSEP soit un programme national dont les huit volets sont mis à la disposition de toutes les collectivités des Premières nations, la cible des activités est souvent établie en conformité des plans de travail communautaires annuels ou des priorités auxquelles les AHM et les collectivités ont convenu de vive voix. Les directives fournies par le *Cadre national du Programme de santé environnementale et publique*[65] assurent une certaine uniformité des services et des programmes dans les collectivités, tandis que le volet de la planification communautaire assure la souplesse et l'adaptation aux besoins dans la structure globale.

Les constatations globales des entrevues avec les informateurs clés montrent que, même si les besoins et les priorités varient selon les différentes collectivités et régions, les risques et enjeux globaux dont traite le Groupe HM-RE sont réputés comme étant source de préoccupation par la plupart des collectivités des Premières nations. La plupart des répondants des collectivités des Premières nations (26 sur 35) ont signalé que le Groupe HM-RE répond à leurs besoins et fait preuve de souplesse à ce chapitre. Selon les répondants, cette adaptation aux besoins est en partie attribuable au rôle que les AHM jouent en fournissant des services et du soutien à la collectivité.

[65] Santé Canada (2009), *Cadre national du programme de santé environnementale et publique dans les communautés des Premières nations au sud du 60e parallèle.*

Certains autres intervenants du gouvernement fédéral (4 sur 8) ont abondé dans le sens de la capacité d'adaptation et de la souplesse du Groupe. Tous les GRHM (7 sur 7) et quelques autres intervenants du gouvernement fédéral (3 sur 8) ont indiqué que les priorités varient selon la région et selon la collectivité des Premières nations. À l'instar des représentants des collectivités des Premières nations, les GRHM et d'autres intervenants du gouvernement ont fait savoir que les AHM sont essentiels à l'assurance du caractère adapté des programmes parce qu'ils travaillent directement avec les collectivités en vue de déterminer les besoins propres aux collectivités susceptibles d'être comblés grâce aux activités et aux secteurs visés par le *Cadre national pour le programme de santé environnementale et publique dans les communautés des Premières nations situées au sud du 60^{e} parallèle*.

Du côté de la recherche, le PRSE offre de nombreux volets de financement à l'appui des partenaires de recherche aux fins de la conception et de la mise en œuvre de projets de recherche qui tiennent compte des besoins diversifiés des régions et des collectivités. Des répondants de la DRSE (2 sur 4) ont dit que le processus de demande de financement représentait une autre manière importante dont le programme de recherche répond aux besoins des collectivités. Les répondants de la DRSE (2 sur 4) ont signalé qu'une large part de leurs travaux porte sur la provision de directives sur l'élaboration de propositions de recherche.

Un examen des plans de travail et des données administratives pour le Groupe a montré que toutes les régions exercent des activités dans chacun des secteurs de base surveillés en application de la stratégie sur la mesure du rendement du Groupe (p. ex., inspections de santé publique, éducation du public et sensibilisation, formation, examens de plan) de 2007-2008 à 2009-2010. Les données montrent des tendances d'activités semblables comportant de légères variations selon les régions qui tiennent compte des différents besoins régionaux et de ceux des collectivités dans ces régions. À titre d'exemple, alors que la Région du Pacifique classait 81 % de ses activités dans la catégorie des Inspections de santé publique et 14 % dans celle de l'Éducation du public et de la sensibilisation, la Région de la Saskatchewan classait 89 % de ses activités dans la catégorie des Inspections de santé publique et 8 % dans celle de l'Éducation du public et de la sensibilisation, ce qui fait état d'une attention un peu différente mais de tendances d'activité semblables.

Lacunes au chapitre de l'adaptation du Groupe aux besoins diversifiés des régions et des collectivités

Le manque actuel d'éléments probants fondés sur la recherche sur les besoins des collectivités et sur les réponses souhaitées en matière de SEP peut limiter la capacité de réponse du Groupe aux besoins diversifiés des régions et des collectivités. Comme nous l'avons déjà indiqué, quelques informateurs clés et AHM sondés ont indiqué que certains risques en santé publique associés à l'environnement naturel et à l'environnement créé (p. ex., SST, prévention des blessures) constituaient des lacunes des programmes. À ce chapitre, il convient de signaler que des activités de prévention des blessures (p. ex., celles exécutées par le Groupe de Prévention des blessures et maladies chroniques de la DGSPNI) et des activités de SST peuvent être plus présentes dans certaines collectivités ou régions que dans d'autres, et que le niveau de participation des AHM dans ces secteurs de programmes éventuels, requis ou satisfaisant, n'est pas encore connu.

L'équipe d'évaluation peut ne pas avoir cerné quelques priorités et besoins additionnels propres aux collectivités en raison des limites imposées dans la documentation et du nombre limité d'informateurs clés dans les collectivités ayant fait partie de l'échantillon visé par les entrevues. En outre, certains GRHM et autres informateurs clés ont fait allusion à l'impossibilité de bien traiter de certains priorités ou projets communautaires dans certains cas en raison d'une attention trop grande accordée à la surveillance de l'eau potable et à la prise d'échantillons, activité qui, en soi, est dirigée par des priorités et des besoins financiers nationaux (p. ex., Plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées des Premières nations; attention accordée à l'eau potable à l'échelle nationale). Des efforts visant à obtenir de la rétroaction plus régulière des communautés sur les priorités, les besoins et le degré de satisfaction à l'égard des programmes SEP permettraient de combler cette lacune au chapitre des connaissances. Enfin, d'autres travaux doivent être réalisés afin d'accroître la cohérence entre les priorités des régions et celles de l'administration centrale, et d'en améliorer la communication.

3.4 Conformité des objectifs et activités du Groupe aux priorités du gouvernement du Canada

L'objectif global du Groupe est de déterminer, atténuer ou prévenir les risques pour la santé humaine associés à l'exposition aux dangers dans l'environnement naturel et l'environnement créé. Dans cette optique, il fournit des services de santé environnementale et publique, des activités de renforcement de la capacité communautaire, de la surveillance et de la recherche, et il collabore avec des partenaires pour traiter des déterminants de la santé[66]. La recension des documents a permis de relever de nombreux exemples de concordance entre cet objectif et les activités et les priorités du gouvernement du Canada, dont les principales concordances suivantes :

- L'un des principaux thèmes du *discours du Trône* d'octobre 2007 (39e législature, 2e session) était « Améliorer l'environnement et la santé des Canadiens ». Dans le cadre du discours, le gouvernement s'engageait expressément à « favoriser l'accès à de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations. »[67] L'objectif du Groupe qui consiste à déterminer, atténuer ou prévenir les risques pour la santé humaine associés à l'exposition aux dangers dans l'environnement naturel et l'environnement créé concorde avec l'importance que l'on rattache à l'amélioration de l'environnement et de la santé des Canadiens. Plus particulièrement, l'importance que le gouvernement accorde, dans le discours du Trône, à la salubrité de l'eau potable pour les Premières nations s'harmonise avec nombre des programmes et activités du Groupe, comme le Programme de l'eau potable du PSEP et la préparation par le PRSE du rapport sur les indicateurs de rendement relatifs à l'eau potable.

[66] DGSPNI (hiver 2010), *Cadre d'évaluation : Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats – Groupe hygiène du milieu et recherche environnementale.*

[67] AINC (2007), Évaluation sommative de la Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations, projet 06/13.

- Le *Programme de la qualité de l'air* du gouvernement du Canada, une approche intégrée et uniforme à l'échelle nationale pour réduire les émissions de gaz à effet de serre et de polluants atmosphériques, qui s'efforce à réaliser des améliorations concrètes de l'environnement au Canada en relevant les défis liés au changement climatique et à la pollution atmosphérique[68]. Les objectifs et activités du Groupe concordent avec le *Programme*, car ils contribuent à la détermination et à l'atténuation des risques associés aux changements climatiques et à la pollution atmosphérique. Au nombre des exemples particuliers attestant de cette concordance mentionnons le programme de financement de la recherche communautaire du PRSE portant sur l'adaptation aux changements climatiques et à leurs conséquences sur la santé.
- Les investissements du Canada dans l'Année polaire internationale (2007-2008), qui ont visé le plus grand programme international jamais vu d'activités de sciences, de recherche et d'observations coordonnées et interdisciplinaires s'étant étalé sur une période de 24 mois[69]. Le PRSE a pris une part active au Programme de surveillance et d'évaluation de l'Arctique – Groupe d'évaluation de la santé humaine, un groupe international ayant pour mandat de surveiller les niveaux d'exposition des humains à certains contaminants prioritaires dans l'Arctique.
- Les plans budgétaires de 2005, 2008 et 2009, qui prévoyaient des investissements consacrés à l'accès sécuritaire à l'eau potable des Premières nations, aux programmes de santé des Autochtones et aux projets de logement social des Premières nations dans les réserves[70,71,72]. Les activités du Groupe s'harmonisent avec tous ces secteurs grâce aux secteurs de programme de base du PSEP en matière de logement et d'eau potable et au soutien offert par le PRSE aux projets de recherche communautaire en matière de qualité et de surveillance de l'eau potable. Puisqu'elles se concentrent sur la détermination et l'atténuation des risques en santé environnementale s'inscrivant dans un modèle de déterminants de la santé, les activités du Groupe s'harmonisent avec les priorités et les programmes mettant l'accent sur la santé globale des Autochtones.
- *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité* – En 2010, les ministres canadiens de la Santé et de Modes de vie sains ont appuyé cette déclaration qui énonce une vision de la manière dont les gouvernements collaboreront entre eux et avec d'autres organisations pour promouvoir la santé ainsi que la prévention des maladies, des incapacités et des blessures. Les activités du Groupe préconisent une approche collaborative en matière de déterminants de la santé pour traiter des risques en santé environnementale. Cette approche est conforme aux énoncés de la *Déclaration* sur la manière dont les organisations et les gouvernements travailleront ensemble à promouvoir la santé ainsi que la prévention des maladies, des incapacités et des blessures.

---

68 Extrait du site http://www.tbs-sct.gc.ca/hidb-bdih/initiative-fra.aspx?Hi=12.

69 DRSE (2010), Examen des mesures d'adaptation prises par Santé Canada relativement au Programme de l'air pur – rapport final.

70 Gouvernement du Canada, Budget fédéral (2005).

71 Gouvernement du Canada, Budget fédéral (2008).

72 Gouvernement du Canada, Budget fédéral (2009).

3.5 Conformité des objectifs et des activités du Groupe aux résultats stratégiques du Ministère et au mandat de la Direction générale

Le mandat de Santé Canada est d'« aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé, tout en respectant les choix et les circonstances de chaque individu », tandis que sa mission est d'« améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont les plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé ».[73]

Le mandat[74] de la DGSPNI est de :

- faire en sorte que les services de santé soient disponibles et que les communautés des Premières nations et des Inuits y aient accès;
- aider les Premières nations et les Inuits à s'occuper des obstacles en matière de santé et des menaces de maladie, et atteindre des niveaux de santé comparables à ceux des autres Canadiens qui vivent dans des endroits semblables;
- établir des partenariats solides avec les Premières nations et les Inuits afin d'améliorer le système de santé.

La recension des documents a trouvé des exemples de concordance entre les buts, objectifs et principes HM-RE et les résultats stratégiques de Santé Canada et le mandat de la Direction générale, en particulier grâce aux documents suivants :

- **Dans tous les Rapports sur les plans et les priorités** (de 2005-2006 à 2009-2010), le résultat stratégique ministériel concorde avec les buts de l'HM-RE d'obtenir « de meilleurs résultats en matière de santé et réduction des inégalités entre l`état de santé des Premières nations et des Inuits et celui des autres Canadiens »[75]. Ce résultat stratégique est étroitement lié aux résultats escomptés du Groupe qui consistent à améliorer la détermination et l'atténuation des risques en santé environnementale et publique, à renforcer la capacité des membres et des collectivités des Premières nations et des Inuits à traiter des risques pour la santé environnementale et publique, et à améliorer la santé et le bien-être des membres et des collectivités des Premières nations et des Inuits. Comme le précisent les RPP, Santé Canada consacre son soutien à la santé environnementale dans les collectivités des Premières nations et des Inuits grâce aux programmes du Groupe dans des domaines comme la gestion des eaux usées, la préparation en cas d'urgence (p. ex., planification des mesures en cas d'influenza) et la qualité de l'eau potable.

[73] DRSE, Plans de gestion des sites contaminés de Santé Canada pour le Conseil du Trésor, 2005 à 2010.
[74] Le mandat est extrait du site Web de Santé Canada à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/mandat-fra.php.
[75] Santé Canada, Rapports sur les plans et priorités (2005 à 2010).

- **Cadre stratégique quinquennal concernant le rôle en matière de santé publique de la DGSPNI dans les collectivités des Premières nations : un document de discussions (disponible en anglais seulement),** énonce trois buts précis : 1) réduire l'écart qui existe entre les résultats en santé qu'affichent les Premières nations et les Inuits et ceux obtenus par les autres Canadiens; 2) fournir un accès à des services comparables à ceux d'autres Canadiens vivant dans des régions semblables; et 3) bâtir des partenariats solides avec les collectivités des Premières nations et des Inuits pour qu'elles soient mieux en mesure de participer à leur santé, de la gérer et de la contrôler[76]. Les activités du Groupe contribuent directement à ces buts, car elles sont conçues pour renforcer la capacité des membres et des collectivités des Premières nations et des Inuits à traiter des risques pour la santé environnementale et publique, ce qui contribuera à améliorer la santé et le bien-être de ces collectivités, réduisant du coup l'écart au chapitre des résultats de santé des Premières nations et des Inuits comparativement à ceux d'autres Canadiens.
- **Les Plans de gestion des sites contaminés** stipulent que « Santé Canada s'est également engagé à gérer ses opérations matérielles en veillant à protéger la santé, à réduire au minimum les risques pour l'environnement, à satisfaire aux exigences législatives et aux normes ou à les dépasser, et en visant constamment à réduire toute conséquence nocive sur le plan environnemental des activités du Ministère » grâce à la Politique sur les systèmes de gestion de l'environnement et à la Politique sur le développement durable de Santé Canada[77]. L'objectif du Groupe de déterminer, d'atténuer ou de prévenir les risques pour la santé humaine associés à l'exposition aux dangers dans l'environnement naturel et l'environnement créé ainsi que de mettre en œuvre son programme d'assainissement des installations contaminées de Santé Canada dans les réserves des Premières nations, est conforme à l'engagement que Santé Canada a pris dans ces *Plans*.

3.6 Conformité du Groupe aux rôles et responsabilités plus vastes du gouvernement du Canada en matière programmes de santé pour les Premières nations et les Inuits

La recension des documents a mis au jour des éléments probants de l'harmonisation entre les programmes HM-RE et les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral. Le mandat et le rôle du gouvernement du Canada en matière de besoins de santé des Premières nations sont énoncés dans la Politique fédérale de 1979 sur la santé des Indiens[78]. Cette politique a pour objet de

---

[76] DGSPNI. (2009a), Developing a Five-Year Strategic Framework for FNIHB's Public Health Role in First Nations Communities: a Discussion Document (élaborer un cadre stratégique quinquennal concernant le rôle en matière de santé publique de la DGSPNI dans les collectivités des Premières nations : un document de discussion) (disponible en anglais seulement).

[77] DRES, Plans de gestion des sites contaminés de Santé Canada pour le Conseil du Trésor : 2005-2010.

[78] Les renseignements sur la Politique sur la santé des Indiens sont adaptés de l'information contenue dans le site Web de Santé Canada à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli_1979-fra.php.

hausser le niveau de santé dans les collectivités des Premières nations. Dans cette politique, le gouvernement du Canada reconnaît ses responsabilités légales et traditionnelles et tente de promouvoir la capacité des collectivités à poursuivre leurs aspirations dans le contexte des institutions canadiennes. Conformément à la politique, un plan à long terme a été établi pour transférer l'exécution et l'administration des programmes en matière de santé au contrôle des Premières nations. Les rôles et responsabilités du gouvernement du Canada et des Premières nations évoluent à mesure que se poursuit le processus de transfert.

Le Protocole d'entente sur le transfert aux Indiens du contrôle des programmes de santé (1989) documente l'engagement du gouvernement fédéral à soutenir la prestation des services de santé qui peuvent être adaptés aux besoins des collectivités. La répartition des fonds fait montre de l'engagement à développer la capacité des collectivités pour déterminer et pour offrir les programmes qui comblent leurs besoins[79].

L'approche retenue par le Groupe pour exécuter ses programmes et activités est conforme aux intentions décrites dans la Politique fédérale sur la santé des Indiens et le Protocole d'entente sur le transfert aux Indiens du contrôle des programmes de santé. Comme nous l'avons précisé à la section 3.3, les programmes du Groupe sont généralement perçus comme étant souples et adaptés aux besoins et priorités des Premières nations et des Inuits. En ce qui concerne les programmes SEP dans les collectivités au nord du 60^{e} parallèle, un transfert intégral s'est opéré, la responsabilité des programmes de santé environnementale et publique (et d'autres services de santé) ayant été dévolue aux gouvernements territoriaux dans le cadre d'un transfert du contrôle aux territoires ou aux Premières nations et aux Inuits par l'entremise d'ententes sur les revendications territoriales et l'autonomie gouvernementale soutenues par des fonds engagés par le gouvernement fédéral. Dans certaines collectivités des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle (principalement en Saskatchewan, au Manitoba et une collectivité des Premières nations en Ontario et au Québec), les accords de contribution sont utilisés aux fins de l'administration et de la prestation des services SEP, tandis que dans les autres collectivités des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle, le PSEP continue de renforcer la capacité grâce à la formation, à l'enseignement, à la mobilisation des dirigeants et à l'aide pour l'élaboration de plans de travail susceptibles de permettre à d'autres collectivités des Premières nations d'administrer leurs propres services SEP en concluant à l'avenir des accords de contribution. Le PRSE utilise les accords de contribution et préconise la recherche participative axée sur la collectivité qui contribuent tous deux à soutenir le contrôle que les Premières nations et les Inuits exercent sur la mise en œuvre des projets de recherche et renforcent la capacité des Premières nations et des Inuits de contrôler à long terme la recherche et d'en assumer la propriété.

Puisque la santé environnementale et publique dans les réserves repose sur la Politique de 1979 sur la santé des Indiens, la *Loi sur le ministère de la Santé* et la compétence du gouvernement fédéral sur les « Indiens, et les terres réservées aux Indiens », qui lui a été conférée par le paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*, le gouvernement du Canada n'a pas de pouvoir prévu par les lois ni d'autorisation législative lui permettant de faire appliquer des normes ou des règlements (de niveau fédéral, provincial ou autre) en matière de santé environnementale et publique dans les réserves. Les programmes HM-RE sont fournis à la

[79] Santé Canada (1988), Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens.

demande ou avec l'accord des autorités des Premières nations et, en matière d'atténuation des risques en santé environnementale et publique, ils servent à des fins consultatives (plutôt que réglementaires).

Même si, en soi les programmes HM-RE ne sont pas légiférés, les activités HM-RE concordent néanmoins avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral énoncés dans des instruments législatifs se rapportant à l'environnement, dont ceux qui suivent :

- La *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* (LCPE), en matière de prévention de la pollution. Le Groupe HM-RE a fourni des conseils sur la réduction des contaminants provenant d'installations de Santé Canada dans les réserves. En outre, la loi mentionne l'inclusion ou la consultation des groupes autochtones de même qu'un siège au Comité consultatif national et le respect des connaissances traditionnelles[80]. Le Groupe HM-RE fournit également des conseils sur les procédures pour la consultation des peuples autochtones en matière de contaminants.
- La *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale* (LCEE), dont l'un des sept objectifs est « de promouvoir la communication et la collaboration entre les autorités responsables et les peuples autochtones en matière d'évaluation environnementale. » « Pour l'application de la présente loi, le gouvernement du Canada, le ministre, l'Agence et les organismes assujettis aux dispositions de celle-ci, y compris les autorités fédérales et les autorités responsables, doivent exercer leurs pouvoirs de manière à protéger l'environnement et la santé humaine et à appliquer le principe de la prudence. » Un des huit objectifs de l'Agence canadienne d'évaluation environnementale est « de tenir des consultations avec les peuples autochtones au sujet des questions de politique liées à la présente loi. » [81] Le Groupe HM-RE fournit des conseils sur les processus de consultation des peuples autochtones ainsi que des conseils de l'autorité fédérale aux autorités responsables et à l'Agence sur les répercussions sur la santé des peuples autochtones découlant des répercussions sur l'environnement de projets soumis à un examen aux termes de la LCEE.

4.0 Rendement du Groupe HM-RE : Constatations sur l'efficacité

4.1 Résultat à court terme : Amélioration de la détermination et de l'atténuation des risques en santé environnementale et publique

[80] Gouvernement du Canada, *Loi canadienne sur la protection de l'environnement.*
[81] Gouvernement du Canada, *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale*.

Le résultat primaire immédiat prévu pour le Groupe HM-RE, selon le modèle logique du programme, est d'améliorer la détermination et l'atténuation des risques en santé environnementale et publique. L'équipe d'évaluation a mesuré le rendement de la contribution du Groupe à l'atteinte de ce résultat en examinant six groupes d'indicateurs conçus pour évaluer :

- L'**accès** aux activités de santé environnementale et publique et de recherche en santé environnementale, notamment le rayonnement et l'utilisation, qui sont propices à la détermination et à l'atténuation des risques satisfaisantes et améliorées dans les collectivités.
- La **qualité** des activités d'évaluation des risques, ce qui comprend l'augmentation de la disponibilité et du recours à formation, aux outils et aux procédures de détermination des risques.
- La disponibilité, la portée, la pertinence, l'utilisation et la capacité de recueillir des **données de programme**.
- L'application **des éléments probants et des résultats de la recherche** à la détermination des risques, à la prise des décisions et à l'établissement des priorités.
- Les **facteurs liés à la capacité des collectivités** (niveaux de connaissance et de sensibilisation, disponibilité du matériel d'éducation du public et de sensibilisation ainsi qu'utilisation des connaissances pour évaluer les risques) se rapportant au résultat qui consiste à améliorer la détermination et l'atténuation des risques en santé environnementale et publique.
- La contribution des activités du programme à **l'atténuation immédiate des risques.**

Accès

Pour évaluer la contribution du Groupe au résultat qui consiste à améliorer la détermination et l'atténuation des risques en santé environnementale et publique, l'équipe a mesuré un groupe d'indicateurs reliés à l'*accès* aux activités de SEP et de RSE. Il s'agissait notamment de programmes de *rayonnement* et d'*utilisation* qui sont propices à une détermination et une atténuation des risques satisfaisantes ou améliorées dans les collectivités. Les sources de données suivantes sont au nombre de celles qui appuient cette évaluation : entrevues avec les informateurs clés, sondage auprès des AHM, recension des documents et recension des données administratives.

L'accès au financement de la recherche par le PRSE a nettement progressé au cours de la période de cinq ans visée par l'évaluation. Le financement associé aux contributions dans le cadre du volet du PRSE a plus que doublé, passant d'environ 2,3 M$ en 2005-2006 à près de 5,8 M$ en 2009-2010. Cette augmentation du financement s'est accompagnée d'une hausse nette du nombre de voies ou de programmes de financement ainsi que d'une hausse du nombre de bénéficiaires ciblés. Les entités ayant conclu des accords de contribution au titre de la recherche (4 sur 7) et les répondants de la DRSE (4 sur 4) ont fait savoir que l'accès aux fonds de recherche avait augmenté en termes d'augmentation des fonds tout autant que l'augmentation des voies de financement. Les voies de financement, dont chacune vise un but et un objectif qui lui sont propres, permettent aux collectivités et aux organisations des Premières nations de travailler de

concert avec les partenaires de la recherche pour concevoir et mettre en œuvre des projets de recherche qui tiennent compte des besoins régionaux et communautaires. Les initiatives et voies de recherche suivantes comptent parmi celles qui ont été citées lors des entrevues :

- Le **Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations** est coordonné par la First Nations University of Canada et s'articule autour d'une approche communautaire en matière de recherche sur la santé environnementale visant à aider les peuples des Premières nations à évaluer dans quelle mesure ils sont exposés aux contaminants environnementaux et aux risques éventuels connexes pour leur santé et leur bien-être.
- Le **Programme régional sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations**. Cette voie de financement est coordonnée par le PRSE et administrée par les GRHM de chaque bureau régional de Santé Canada. Elle vise à soutenir la recherche sur des enjeux intéressant les régions qui se rapportent aux contaminants environnementaux.
- Le **Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord (Nord du 60^{e} parallèle)**. Il consiste en un partenariat de Santé Canada avec AINC aux fins de l'affectation de fonds pour la recherche et les activités connexes dans les domaines de la recherche en santé humaine, du contrôle et de la recherche environnementaux, de l'éducation et des communications, ainsi que de la coordination nationale et régionale et des partenariats autochtones.
- Le **Réseau d'innovation en santé environnementale des Premières nations**, qui lie les Premières nations et les chercheurs en santé environnementale afin de renforcer la capacité dans les collectivités des Premières nations de participer à la recherche en santé environnementale et d'utiliser les données et les connaissances se rapportant aux enjeux et préoccupations en santé environnementale pour prendre des décisions qui déboucheront sur des améliorations au plan de la santé.
- L'**Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières nations** dans le cadre de laquelle Santé Canada compte parmi les nombreuses organisations partenaires visant à recueillir des renseignements sur 100 collectivités des Premières nations choisies au hasard.
- L'**Adaptation aux changements climatiques et à leurs conséquences sur la santé des collectivités des Premières nations et des Inuits**[82], qui adopte une approche axée sur la collectivité pour aider les collectivités du Nord à comprendre les effets des changements climatiques sur leur santé et à élaborer des plans d'adaptation et du matériel de communication en appliquant des connaissances traditionnelles et des méthodes scientifiques.
- Le **Programme sur la qualité de l'eau potable,** coordonné par la First Nations University of Canada, qui finance des projets de recherche visant précisément la qualité de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle. Le programme cherche à renforcer la capacité. Les projets de recherche fourniront des

[82] L'expression « du Nord » signifie que les demandeurs doivent être situés au nord du 60^{e} parallèle ou au sud du 60^{e} parallèle, dans la zone à pergélisol continu. Elle englobe Nunavik et Nunatsiavut ainsi que certaines régions de l'Ontario, du Manitoba et du Québec.

renseignements qui aideront les collectivités des Premières nations à mieux comprendre les enjeux liés à la qualité de l'eau et à rechercher un processus de contrôle de la qualité de l'eau mieux adapté aux besoins des collectivités particulières.

- L'**Initiative de biosurveillance des Premières nations** est mise en œuvre en partenariat avec l'Assemblée des Premières nations (APN) à l'usage exclusif des populations des Premières nations vivant dans les réserves (situées au sud du 60^{e} parallèle). Cette initiative traite de la nécessité de se doter de données représentatives à l'échelle nationale concernant l'exposition des Premières nations aux produits chimiques environnementaux. Elle vient compléter l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, une enquête nationale qui ne tient compte des Inuits et des Premières nations dans les réserves.

Dans l'ensemble, la plupart des représentants des collectivités des Premières nations (22 sur 35) ont fait état d'un plus grand accès aux services SEP au cours des cinq dernières années et d'une plus grande utilisation de ces services. C'est aussi ce que tous les représentants des collectivités ayant conclu un accord de contribution (5 sur 5) ont signalé. Les répondants des collectivités des Premières nations ont notamment indiqué avoir eu accès aux services SEP suivants : analyse de l'eau, programmes de Salubrité alimentaire, gestion des déchets solides et activités liées aux moisissures. Tous ces services pourraient déboucher sur une détermination et une atténuation des risques satisfaisantes et améliorées dans les collectivités. Les collectivités ont dit que les facteurs suivants contribuaient à augmenter l'accès aux services SEP et l'utilisation de ces derniers :

- **Relations améliorées et davantage axées sur la collaboration entre les AHM, les travailleurs sur le terrain, les dirigeants et les membres des collectivités de Premières nations** – La majorité des répondants des collectivités des Premières nations (18 sur 35) y compris la plupart des répondants de collectivités ayant conclu un accord de contribution (4 sur 5) ont fait savoir lors des entrevues que l'augmentation de la connaissance et de l'utilisation des services SEP découlait principalement d'une bonne relation professionnelle ou d'une relation professionnelle améliorée entre les AHM, les membres des collectivités de Premières nations, des autres travailleurs sur le terrain et les dirigeants.
- **Présence, visibilité, capacité d'adaptation et disponibilité accrues des AHM** – Plusieurs répondants des collectivités des Premières nations (12 sur 35) ont dit que les AHM donnaient mieux suite aux enjeux de santé publique, étaient davantage présents dans les collectivités des Premières nations et plus faciles à joindre en cas de besoin, ce qui a contribué à mieux faire connaître les services SEP dans les collectivités. Quelques répondants des collectivités des Premières nations (5 sur 35) ont dit que les AHM étaient plus disponibles et donnaient mieux suite aux problèmes, ce qui a fait en sorte que les membres des collectivités savaient avec qui communiquer pour obtenir des renseignements ou de l'aide. Certains des représentants de collectivités ayant conclu un accord de contribution (3 sur 5) ont fait remarquer que la meilleure manière d'améliorer l'accès aux services SEP ou l'utilisation de ces derniers serait d'augmenter la disponibilité des AHM. Deux répondants de collectivités ayant conclu un accord de contribution ont suggéré que les AHM vivent dans leur collectivité ou qu'ils soient responsables de leur collectivité exclusivement et qu'ils soient disponibles au quotidien (ce qui est impossible compte tenu du montant actuel de financement).

- **Amélioration de la communication des renseignements clés** – Des répondants des collectivités des Premières nations (8 sur 35) ont aussi indiqué que l'accès s'était amélioré en raison de l'amélioration de la communication des renseignements clés. Parmi les mécanismes de communication, ils ont cité l'affichage dans la collectivité, les manuels conçus à l'intention des employés de la santé des collectivités des Premières nations, la participation des AHM à des salons sur la santé, la provision de rapports d'inspection ou d'évaluation aux dirigeants par les AHM et la transmission par ces derniers des coordonnées des personnes-ressources après les visites dans la collectivité.

Certains répondants des collectivités des Premières nations (7 sur 35) n'ont signalé aucun changement d'importance dans l'utilisation des services SEP et quelques répondants des collectivités des Premières nations (2 sur 35) ont dit que l'utilisation des services SEP avait diminué dans leur collectivité au cours des cinq dernières années. Un des motifs invoqués pour justifier l'absence de changement d'importance de l'utilisation a été le fait que les services SEP ont toujours représenté une grande composante des services disponibles dans leur collectivité et que, par conséquent, il n'a pas été nécessaire d'en augmenter le recours. Un autre répondant d'une collectivité des Premières nations a fait savoir que, pendant plusieurs années, les AHM devaient couvrir de nombreuses collectivités et qu'ils ne pouvaient donc traiter que des problèmes urgents. Les motifs invoqués pour justifier la diminution des services étaient notamment le roulement du personnel, qui oblige le nouvel AHM à s'efforcer de gagner la confiance de la collectivité, et la participation limitée des AHM dans la collectivité. Les défis suivants sont au nombre de ceux concernant la participation des AHM dans la collectivité : les AHM qui adoptent une « approche non interventionniste » (p. ex., les travailleurs en santé communautaire sont invités à chercher sur Internet, longueur du temps de réponse aux questions), les problèmes à faire concorder l'horaire et le calendrier des AHM avec la disponibilité du personnel de santé communautaire ainsi que la formulation de recommandations par les AHM sans les justifier pleinement.

Lors des entrevues avec les informateurs clés, les GRHM, les gestionnaires de programme de la DSEP et d'autres intervenants du gouvernement fédéral ont attribué la plus grande partie de l'augmentation de l'accès aux services SEP constatée au cours des cinq dernières années à une augmentation du nombre d'AHM et de CCQEP. Cette dernière s'est traduite par une augmentation des activités dans les collectivités des Premières nations. L'augmentation du nombre d'AHM et de CCQEP découle des fonds reliés au Plan d'action pour l'eau qui représentent plus de la moitié du financement du PSEP au niveau régional et au niveau national. Deux GRHM ont fait remarquer que l'accès aux services avait augmenté en raison de l'élaboration et de la diffusion de matériel de communication, ce qui a donné lieu à une amélioration de l'accès aux services et à une augmentation de la disponibilité des ressources lorsqu'un AHM n'est pas présent dans la collectivité. En outre, deux GRHM ont indiqué que l'accès aux services augmente lorsque les collectivités sont plus conscientes des services qu'elles peuvent demander, comme les inspections des installations et des logements ainsi que la formation en matière de Salubrité alimentaire.

Des répondants de la DSEP (3 sur 4) ont signalé que l'accès avait été variable en raison des divergences au plan de la capacité des collectivités, des défis liés au recrutement et au maintien en poste des AHM, ainsi qu'aux différences au plan de l'engagement des AHM dans les collectivités, point qui est en partie lié aux problèmes de recrutement et de maintien en poste des AHM (p. ex., l'engagement des AHM dans la collectivité repose sur l'obtention de la confiance d'une collectivité donnée et de l'établissement de relations avec elle, ce qui est plus compliqué à réaliser en raison du roulement chez les AHM). Quelques représentants de la DSEP (2 sur 4) ont dit que l'accès s'était amélioré grâce à l'évolution des programmes SEP. Un représentant de la DSEP a fait remarquer que les AHM transfèrent activement des connaissances dans les collectivités à mesure que davantage d'outils deviennent disponibles pour favoriser la sensibilisation, l'éducation et la formation. Un répondant a signalé que l'accès aux programmes de recherche s'était nettement amélioré.

D'autres éléments probants liés à l'accès ont été dérivés des résultats du sondage mené auprès des AHM concernant la disponibilité, la connaissance et l'utilisation des services SEP dans les collectivités. Environ deux tiers des AHM (67 %) ont indiqué que la *disponibilité* des services SEP dans les collectivités avait augmenté « quelque peu » (31 %) ou « nettement » (33 %) au cours des cinq dernières années. La majorité des AHM (65 %) ont fait savoir que cette plus grande accessibilité aux services était en partie attribuable au PSEP. De même, trois quarts des AHM (75 %) ont signalé que la *connaissance* des collectivités de l'existence des services SEP avait augmenté « quelque peu » (47 %) ou « nettement » (28 %) au cours des cinq dernières années, la majorité d'entre eux (58 %) ayant fait remarquer que le PSEP avait contribué à ces changements. En outre, des AHM (77 %) ont indiqué que l'*utilisation* des services SEP par les collectivités avait augmenté « quelque peu » (54 %) ou « nettement » (23 %) au cours des cinq dernières années, 58 % d'entre eux indiquant que le PSEP avait contribué à ces changements. Les stratégies que les AHM ont dit avoir utilisées pour augmenter l'utilisation des services du PSEP par les collectivités ciblaient principalement la participation active dans la collectivité et la mise à profit des diverses possibilités offertes pour sensibiliser les gens à l'importance et à la disponibilité des services du PSEP. Voici quelques exemples (traduction libre) :

- *Dans mes collectivités, je consacre un fort pourcentage de mon temps à rencontrer tous les membres de la collectivité qui veulent me parler, à demander si des problèmes existent et si je peux les aider et à sensibiliser les gens… J'essaie de gagner la confiance de mes clients en leur parlant des enjeux qui les inquiètent.*
- *J'essaie toujours d'accepter toutes les invitations aux événements ou aux rencontres communautaires pour promouvoir la santé publique.*
- *Être périodiquement dans la collectivité, établir des contacts avec le plus grand nombre possible de membres de la collectivité, être prêt à se rendre sur place même avec un court préavis, donner un coup de main lors des activités éducatives.*

La recension des documents a mis au jour des éléments probants attestant que l'augmentation de l'accès des collectivités des Premières nations aux programmes HM-RE avait donné lieu à une meilleure détermination des risques dans ces collectivités. Il s'agit notamment de l'accès aux

résultats d'études sur les éventuels avantages et risques liés aux régimes alimentaires des peuples des Premières nations[83], d'un accès accru à des employés formés en santé environnementale, comme les CCQEP[84], de l'accroissement la participation des collectivités aux activités de contrôle et de surveillance des maladies transmissibles, comme la surveillance des moustiques porteurs du VNO[85], et de l'assainissement des sites contaminés, ce qui a réduit d'environ 60 % la responsabilité de la DGSPNI sur une période de deux ans (de 2004-2005 à 2005-2006)[86].

L'augmentation de l'accès, de l'utilisation et de la portée des activités a été signalée dans les données administratives disponibles pour nombre des activités au cours de la période de trois ans[87]. À titre d'exemple, la formation dispensée aux membres des collectivités des Premières nations a augmenté, passant de 226 séances en 2007-2008 à 394 en 2009-2010, soit une hausse de 74 %. De même, le nombre de participants à ces séances de formation est passé de 2 439 en 2007-2008 à 3 185 en 2009-2010, ce qui représente une hausse de 31 %. En raison des préparatifs découlant de la menace de pandémie de H1N1, les activités de planification et d'intervention en cas d'urgence ont connu une progression fulgurante, passant de 24 en 2007-2008 à 354 en 2009-2010, soit une hausse de 1 375 %. En outre, au cours de cette période de trois ans, on a constaté une augmentation du nombre des activités de collaboration (hausse de 33 %), des examens des plans techniques (hausse de 450 %), des projets de recherche financés (hausse de 14 %) et des activités de diffusion des résultats des recherches (hausse de 45 %). Les augmentations constatées dans ces genres d'activités (p. ex., formation, préparation et intervention en cas d'urgence, études techniques, recherche) ont contribué à améliorer la détermination et l'atténuation des risques dans les collectivités des Premières nations.

Des données administratives fiables étaient également disponibles pour un autre secteur principal d'activités du Groupe au niveau de la collectivité, à savoir les inspections de santé publique. Le nombre d'inspections de santé publique est demeuré relativement stable, affichant seulement une légère diminution d'environ 9 % entre 2007-2008 (8 877) et 2009-2010 (8 089). Selon les interprétations de l'équipe d'évaluation, cette constatation a donné lieu à une détermination et une atténuation des risques satisfaisantes ou améliorées dans les collectivités des Premières nations. Contrairement aux autres secteurs d'activités, comme la formation et l'éducation, où une hausse des activités peut être associée plus ou moins directement à une amélioration de la détermination et de l'atténuation des risques, une augmentation du nombre d'inspections ne donne pas forcément lieu à une telle association. Compte tenu de la nature des inspections, les augmentations constatées dans cette activité particulière seront vraisemblablement plus le reflet de l'augmentation des risques réels plutôt qu'un indicateur de l'amélioration de la détermination des risques. Selon les données administratives, environ 40 % des inspections sont de routine

---

83 APN, Rapport d'activités de l'EANEPN pour 2008-2009 – document en pdf.

84 DRSE (2008), Système de gestion de l'eau des Premières nations; Rapport de 2006-2007 sur les indicateurs de rendement.

85 DSEP (2006a), Rapport national de 2005 sur le virus du Nil occidental dans les collectivités des Premières nations au sud du 60e parallèle. Programme du virus du Nil occidental, DSPNI, Santé Canada.

86 DRSE (2005-2006), Rapport annuel sommaire sur le programme d'assainissement des réservoirs de carburant et des sites contaminés.

87 La recension des données administratives porte sur trois exercices (2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010). La prudence s'impose lors de l'utilisation de certaines des données signalées pour cette période puisque leur exactitude est incertaine. Des données sur le rendement n'étaient pas disponibles pour les deux autres exercices (2005-2006 et 2006-2007) visés par l'évaluation.

tandis que le reste (60 %) est de fait des inspections demandées. La prévalence des inspections demandées montre que la collectivité est au courant des services SEP mis à sa disposition, qu'elle utilise ces services et qu'elle est motivée à déterminer les risques en SEP et, éventuellement, à les atténuer.

Lacunes et défis au chapitre de l'assurance de l'accès

Il est ressorti de l'évaluation que, bien que l'accès aux programmes et services HM-RE ait permis d'améliorer la détermination et l'atténuation des risques, quelques lacunes et défis perdurent selon les informateurs clés et les AHM. Il s'agit notamment de ceux qui suivent :

- **Lacunes au plan de la connaissance du Programme régional sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations (PRCEPN)** – Comme nous l'avons mentionné à la section 3.1, 8 des 35 répondants des collectivités des Premières nations ont indiqué que les contaminants environnementaux constituaient un risque principal et ils ont également signalé qu'ils manquaient de ressources et d'information pour déterminer ces risques, en évaluer les répercussions sur la santé ou les atténuer, selon le cas. Le fait que ces répondants (qui œuvrent dans des domaines liés à la santé environnementale et publique) ne semblent pas être au courant du financement de la recherche disponible dans ce domaine porte à croire que le Programme régional sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations pourrait faire l'objet de plus de publicité et de communications pour veiller à dûment sensibiliser les collectivités et voir à ce qu'elles y aient éventuellement accès.
- **Nombre insuffisant d'AHM compte tenu de la demande et de la charge de travail courantes** – Un thème commun qui a été repris tout au long des entrevues avec les informateurs clés et dans les commentaires issus du sondage auprès des AHM est que la principale mesure que le PSEP pourrait prendre pour augmenter l'accès aux services SEP et l'utilisation de ces derniers serait d'augmenter le nombre d'AHM. Ensemble, la forte demande pour les services des AHM dans les collectivités et la forte charge de travail des AHM font en sorte que nombre d'AHM doivent travailler en mode « réactif » lorsqu'ils répondent à des demandes et intervenir dans les situations d'urgence à mesure qu'elles surviennent plutôt qu'en mode « proactif » en offrant des séances de formation, de sensibilisation et d'enseignement. Outre leur incapacité à donner des séances d'enseignement et de formation ou à exécuter des projets spéciaux dans les collectivités, quelques AHM n'ont actuellement la capacité (c.-à-d. le temps) d'exécuter les huit programmes de base prévus au cadre national du PSEP. Au nombre des autres défis, mentionnons l'incapacité de consacrer assez de temps dans les collectivités pour bâtir des rapports et participer à des discussions constructives et le fait que plus de temps est consacré à des tâches administratives qu'aux travaux sur le terrain.
- **Lacunes au plan de la connaissance du rôle des programmes du PSEP chez les dirigeants, le grand public et les jeunes** – Certains commentaires d'AHM signalent des lacunes chez les décideurs de la collectivité quant aux programmes SEP et aux obligations et à la responsabilité en matière de santé environnementale (p. ex., logement, qualité de l'eau potable, eaux usées). Notamment, les dirigeants et les décideurs des collectivités des Premières nations ne connaissent pas bien le rôle des AHM dans les collectivités en tant que ressource et source d'information.

Quelques AHM[88] ont également fait état de confusion chez les membres du grand public quant aux titres, rôles et responsabilités des AHM comparativement aux représentants en santé communautaire et aux CCQEP. Quelques informateurs clés ont aussi indiqué que les membres des collectivités connaissaient peu l'existence, la portée et la disponibilité des services SEP, ce qui laisse entendre qu'il serait possible de remédier à cette situation en sensibilisant davantage le grand public grâce à des séances personnelles et à une meilleure publicité entourant les services (p. ex., par l'entremise de bulletins de bandes, de stations locales de câblodistribution).

Quatre informateurs clés et un GRHM ont indiqué que les jeunes des Premières nations représentaient un groupe ayant vraisemblablement moins accès aux services SEP ou les utilisant vraisemblablement moins. Compte tenu du changement de la situation démographique dans les collectivités des Premières nations où les jeunes forment la majorité de la population, on a proposé de cibler les jeunes (p. ex., grâce à des publications ciblées) pour veiller à ce qu'ils connaissent les risques en SEP et pour augmenter la probabilité qu'à l'avenir, ils auront accès aux services SEP et les utiliseront.

- **Défis au plan de l'intégration des AHM dans la collectivité** – Certains des informateurs clés des collectivités des Premières nations (7 sur 35) ont fait état de défis au plan de l'intégration des AHM dans la collectivité. Ces défis sont causés par le roulement des employés, la participation limitée des AHM dans la collectivité au-delà de leur rôle d'inspecteur (p. ex., « ils viennent, font leur inspections puis s'en vont » – traduction libre), le temps limité que les AHM peuvent passer dans la collectivité, ce qui se traduit par une importance accordée aux urgences. Quelques représentants des collectivités des Premières nations (6 sur 35) ont mentionné des défis semblables comme le manque de collaboration entre les AHM et les dirigeants des collectivités, qui a été imputé au peu de temps que les AHM passent dans les collectivités et au roulement cyclique des dirigeants des collectivités des Premières nations. Quelques GRHM (2 sur 7) ont indiqué que les AHM font des heures supplémentaires pour gagner la confiance des personnes-ressources dans les collectivités. Un GRHM (1 sur 7) a dit que le principal obstacle empêchant de gagner la confiance était le fort taux de roulement des employés, de la direction et des dirigeants dans certaines collectivités.

Qualité

Les éléments probants concernant la mesure dans laquelle la qualité de l'évaluation des risques s'est améliorée au cours de la période visée par l'évaluation ont été recueillis au moyen du sondage auprès des AHM, de la recension des données administratives et de la recension des documents. Les indicateurs retenus étaient l'augmentation de la qualité et du contrôle et la normalisation des activités d'évaluation des risques des AHM, ainsi que la plus grande disponibilité et l'utilisation de la formation, des outils et des procédures en matière de détermination des risques tant par les AHM que par les collectivités. La recension des documents et la recension des données administratives ont fourni de l'information sur les genres d'outils et de séances de formation qui ont été mis au point et qui étaient disponibles, tandis que le sondage auprès des AHM a fourni de l'information sur la mesure dans laquelle ces outils et ces séances

[88] Dans le présent rapport, l'expression « quelques » désigne un pourcentage se situant entre 1 % et 10 %.

de formation ont dans l'ensemble été utilisés et sur les résultats réels obtenus par suite de leur utilisation (p. ex., meilleure normalisation, qualité, etc.). En outre, certains renseignements ont été recueillis auprès d'informateurs clés sur la manière dont la qualité scientifique des projets du PRSE est assurée ainsi que sur la mesure dans laquelle elle s'était améliorée au cours des cinq dernières années.

Les projets de recherche financés par le PRSE sont soumis à un processus d'examen scientifique qui veille à ce que les projets proposés soit de qualité acceptable sur le plan scientifique. Le processus d'examen de toutes les propositions de recherche comporte un examen obligatoire de l'admissibilité, un examen scientifique par les pairs ainsi qu'un examen par le comité de sélection. Le processus vise à donner suite aux besoins en recherche indiqués par les collectivités des Premières nations et des Inuits. La First Nations University of Canada (FNUC) assure la coordination du processus d'appel et d'examen des propositions du Programme sur la qualité de l'eau potable et du Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations, tandis que Santé Canada agit à titre de Secrétariat. La FNUC lance l'appel de propositions, met à jour le guide des appels de propositions et gère le comité directeur – qui est formé de l'Assemblée des Premières nations (APN), de Santé Canada, de la FNUC, de deux aînés et de deux jeunes. La FNUC met également sur pied le comité de sélection. Après l'adjudication du projet, Santé Canada fournit les fonds prévus et assure la surveillance du projet.

La plupart des répondants de la DRSE (3 sur 4) et quelques bénéficiaires d'accords de contribution pour la recherche en santé environnementale (2 sur 7) ont indiqué que le changement le plus notable découlant du Programme de recherche en santé environnementale au cours des cinq dernières années avait été l'augmentation de la participation des collectivités des Premières nations et des Inuits par l'entremise des projets de recherche. Cette participation accrue s'est entre autre opérée grâce aux vastes efforts déployés par le personnel de la DRSE afin de fournir des directives aux demandeurs de financement de manière à assurer la proposition de projets de recherche de grande qualité. La participation accrue aux projets a sensibilisé davantage les collectivités aux enjeux et risques en santé environnementale et contribué à une augmentation de leurs connaissances sur le sujet. Selon un des représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution en hygiène du milieu et en recherche en santé environnementale (1 sur 7), la moitié des changements observés dans la capacité communautaire des collectivités des Premières nations et des Inuits peut être attribuée aux programmes de la DRSE. L'amélioration de la capacité du programme de déterminer les risques en santé environnementale (selon 1 des 4 représentants de la DRSE) a suivi l'augmentation du nombre de programmes instaurés par l'entremise du PRSE au cours des cinq dernières années. Les changements suivants, propres à chacun des six volets de programme du PRSE, ont été signalés par des répondants de la DRSE :

- La provision d'ateliers sur les aliments dans le cadre du volet de recherche et surveillance s'est transformée en l'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières nations au cours des cinq dernières années. Pour sa part, l'étude a encouragé les collectivités des Premières nations et des Inuits à recueillir des données et à effectuer des évaluations des risques sur les sources de contamination.

- En 2010, la DRSE a commencé à recueillir des données relatives au programme sur la qualité de l'eau potable afin de combler une lacune au plan de la recherche concernant le volet de l'eau du PSEP. En outre, les analyses de données sur l'eau potable menées par la DRSE ont permis de mieux répondre aux besoins lors de l'émission d'avis sur la qualité de l'eau potable ces dernières années.
- Au cours des dernières années, le laboratoire de la DGSPNI a augmenté ses services et fait des percées en matière de données sur les risques pour la santé humaine découlant de l'exposition à des produits chimiques organiques et au mercure, surtout dans les collectivités du Nord.
- Au cours des cinq dernières années, le volet de l'adaptation aux changements climatiques et à leurs conséquences sur la santé a encouragé la transformation de la recherche axée sur la collectivité en une adaptation communautaire fondée sur la recherche. Le programme a ainsi contribué à renforcer la capacité communautaire grâce à la recherche.
- La mise en œuvre du volet de l'Initiative de biosurveillance des Premières nations du PRSE en 2007 a aidé à combler les lacunes au chapitre des données de biosurveillance communautaires. Un des répondants de la DRSE a fait remarquer que, de tout temps, les grandes études pancanadiennes (p. ex., l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé) ont porté sur les villes plutôt que sur les collectivités des Premières nations et des Inuits.

La recension des documents et la recension des données administratives ont décrit nombre de séances de formation, d'outils et de procédures ayant été conçus et mis au point entre 2005 et 2010 pour améliorer la qualité des évaluations des risques et améliorer la détermination des risques par les AHM et les collectivités. Le tableau 11 contient des exemples des principaux séances de formation, outils et procédures ayant été conçus, mis au point et instaurés par le Groupe, comme en ont fait foi la recension des documents et la recension des données administratives.

Tableau 11 : Exemples d'outils, de procédures, de guides et de formation

Outils, procédures et guides
Exigence pour tous les AHM de détenir un certificat de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique (ICISP)
Cadre national du Programme de santé environnementale et publique dans les communautés des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle
Cadre d'activités de lutte contre le virus du Nil occidental dans les collectivités des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle
Cadre national d'examen des propositions de projets d'infrastructure liés à l'eau potable et aux eaux usées dans les collectivités des Premières nations – 2009
Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada
Trousses d'analyse sur place de l'eau potable
Trousse d'outils concernant les puits individuels pour les Premières nations
Trousse d'outils concernant les avis sur la qualité de l'eau
Votre santé à la maison. Ce que vous pouvez faire! Guide sur la réduction de l'exposition aux contaminants environnementaux à la maison
Les moisissures et votre santé. Ce que vous devez savoir pour avoir une maison en santé (trousse d'outils sur les moisissures)
Guide sur la Salubrité alimentaire traditionnels
Guide sur la présentation des demandes de financement pour le Programme sur la qualité de l'eau potable

Lignes directrices relatives à l'examen des projets d'alimentation en eau et d'assainissement des eaux dans les collectivités des Premières nations au sud du 60e parallèle		
Manuel de procédures en matière de salubrité de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations du Canada au sud du 60e parallèle		
Diverses listes de vérification pour les inspections et de points à considérer comme la liste de vérification pour les inspections de logements, les exigences minimales en matière de santé dans les logements des Premières nations dans les réserves, les activités du PSEP et de santé et sécurité au travail ainsi que les listes de vérification relatives aux sites d'élimination des déchets solides		
Guides de demandes de financement de la recherche (Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations, Programmes régionaux sur les contaminants environnementaux, Programme sur les changements climatiques, Programme sur la qualité de l'eau potable)		
Évaluation des besoins en matière d'apprentissage en santé environnementale		
Nombreux ouvrages d'éducation et de sensibilisation du public		
Formation	**Description**	**Prestation**
Séances de formation offertes aux membres des collectivités par les AHM	Différents genres de séances de formation offertes : • Formation sur la Salubrité alimentaire (41 %) • Formation liée à l'eau potable (23 %) • Transport des marchandises dangereuses (21 %) • SEP en général (6 %)	1 007 séances ont été dispensées à 8 304 participants sur une période de trois ans (de 2007-2008 à 2009-2010)
Cours sur l'évaluation des incidences sur la santé	Séances de formation en ligne fondées sur le Guide canadien d'évaluation des incidences sur la santé	La DRSE et l'Université Laval
Hygiène du milieu et Recherche environnementale	• Salubrité alimentaire traditionnels • Contaminants environnementaux • Changements climatiques et santé	La DRSE et des organisations autochtones
Programme de formation en santé environnementale et publique	Programme de quatre ans en santé environnementale élaboré conjointement servant à promouvoir le choix de la profession d'AHM chez les membres des collectivités des Premières nations du Québec.	Collège communautaire du Nouveau-Brunswick (campus de Bathurst)
Formation sur les réservoirs de carburant	Formation en sécurité à l'intention des opérateurs de réservoirs de stockage de carburant	Centre for Indigenous Environnemental Studies; séances dispensées en Ontario, en Colombie-Britannique et au Manitoba) (68 collectivités des Premières nations)

Comme nous l'avons indiqué précédemment, bien que la recension des documents et la recension des données administratives aient fourni des renseignements sur les outils, procédures, lignes directrices et séances de formation ayant été conçus et mis au point, le sondage auprès des AHM a été utilisé comme principale source de données de l'évaluation pour déterminer la mesure globale de l'accès à ces produits et de leur utilisation ainsi que les résultats qu'ils ont permis d'obtenir en matière d'amélioration de la qualité. Un peu plus de la moitié des AHM ont signalé que la normalisation, la portée et la qualité de leurs évaluations des risques s'étaient accrues au cours des cinq dernières années. En ce qui a trait à la normalisation, 54 % ont déclaré qu'elle s'était accrue « quelque peu » (45 %) ou « nettement » (8 %). Le motif le plus souvent invoqué pour justifier cet accroissement a été les formulaires normalisés de déclaration servant à la saisie des données dans le SIHM. On a aussi fourni comme motif la capacité de passer plus de temps dans la collectivité (traduction libre) :

- *En raison de l'augmentation du nombre d'AHM, il a été possible de se rendre plus souvent et plus régulièrement dans les collectivités, ce qui nous a permis de mettre en œuvre un programme de santé environnementale plus structuré.*
- *Nous pouvons nous plonger dans la collectivité et commencer à comprendre la dynamique qui lui est propre. Lorsque nous sommes en mesure de nous concentrer sur les besoins des collectivités, les évaluations des risques normalisées coulent de source.*

Une proportion semblable d'AHM (55 %) a déclaré que la portée de leurs évaluations des risques avait changé au cours des cinq dernières années et qu'elle s'était accrue « quelque peu » (39 %) ou « nettement » (16 %). Voici quelques-unes des explications qui ont été données au sujet de l'augmentation de la portée (traduction libre) :

- *Nous consacrons la plupart de notre temps à traiter d'eau potable mais, au cours des cinq dernières années, nous avons commencé à accorder plus de temps aux enjeux liés à l'élimination des eaux usées, aux déchets solides, au logement et à la Salubrité alimentaire.*
- *Un nombre accru d'activités récréatives, comme des gymnases et des terrains de jeux communautaires, sont en voie de mise en œuvre.*
- *On constate un nombre accru d'événements communautaires plus grands et plus complexes auxquels assistent et participent davantage de membres de l'extérieur des collectivités et de touristes.*
- *Les collectivités veulent connaître mes impressions sur un plus grand nombre de projets.*

Une proportion légèrement plus élevée d'AHM (59 %) a indiqué que la qualité des évaluations des risques s'était « quelque peu » (48 %) ou « nettement » (11 %) accrue au cours des cinq années précédentes. En général, les motifs invoqués par les AHM pour justifier les améliorations de la qualité avaient trait à l'acquisition d'une plus grande expérience sur le terrain, aux possibilités de formation à l'interne et à l'externe, et au fait qu'ils se tenaient au courant des récentes percées de la recherche-développement scientifique en santé environnementale. Voici quelques-uns des autres motifs invoqués concernant l'amélioration de la qualité (traduction libre) :

- *Intervenir rapidement à tous les risques et urgences.*
- *Prendre part à plus d'interactions.*
- *La saisie d'un plus grand nombre de données permet de cerner et de combler plus facilement les lacunes en matière d'information.*

La plus grande proportion d'AHM (46 %) a signalé que la formation dispensée sur les procédures et les normes d'exécution des évaluations des risques était demeurée essentiellement inchangée au cours des cinq dernières années. Environ le tiers des AHM (36 %) ont fait état d'augmentations, tandis qu'une plus petite proportion (18 %) a signalé des diminutions.

Lacunes et défis en matière d'assurance de la qualité

L'équipe d'évaluation n'a pas trouvé de lacunes ou de défis d'importance au chapitre des outils, des procédures, des guides ou de la formation. Les AHM et les informateurs clés n'ont pas fait état de lacunes ou de défis de taille, exception faite de la lacune qui a déjà été signalée, à savoir que les AHM ne disposaient pas d'assez de temps pour fournir des services de formation et d'enseignement aux collectivités des Premières nations.

La recension des documents a également mis au jour nombre de lignes directrices, politiques et programmes qui, au moment de l'évaluation, étaient en cours d'élaboration. Ceux qui suivent sont en voie d'élaboration afin d'améliorer la détermination des risques :

- Révision du Programme d'assurance de la qualité de la surveillance microbiologique dans les collectivités des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle.
- Lignes directrices concernant les événements pouvant causer des maladies d'origine hydrique dans les communautés des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle.
- Conseils sur les citernes d'eau potable et sur l'eau transportée par camion.
- Mise en œuvre de la politique de la DGSPNI sur les puits individuels et les puits ayant moins de cinq raccordements.
- Trousse d'outils concernant les puits individuels pour les Premières nations.
- Renseignements sur le projet pilote sur les puits.
- Salubrité alimentaire pour les Premières nations du Canada : Manuel sur les pratiques alimentaires saines.

Données sur les programmes

La disponibilité, l'étendue, la pertinence, l'utilisation des données sur les programmes ainsi que la capacité de les recueillir, de les analyser et d'en faire rapport ont été autant d'indicateurs servant à évaluer la mesure dans laquelle le Groupe contribue à l'atteinte du résultat qui consiste à améliorer la détermination et l'atténuation des risques en santé environnementale et publique. Les éléments probants recueillis aux fins de l'évaluation provenaient principalement de la recension des documents et de la recension des données administratives et, dans une certaine mesure, des entrevues avec les informateurs clés.

Selon la principale observation issue de l'évaluation, bien qu'au cours des cinq années visées par l'évaluation, des progrès semblent avoir été réalisés en matière de capacité de collecte de données sur les programmes, la qualité des données (p. ex., fiabilité, caractère complet, exactitude) à ce stade continue de poser problème.

La recension des documents a placé la situation actuelle en contexte. En 1998, on a pour la première fois fait état de l'exigence d'instaurer un système national de collecte des données. À cette époque, on avait estimé que le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits ne concordait pas bien avec les programmes en santé environnementale. Diverses options ont alors été examinées, dont un produit commercial (*HedgeHog*). Le SIHM a d'abord été mis au point en 2005 et fait actuellement l'objet d'une mise en œuvre dans toutes les régions (à l'exception de l'Alberta, qui se sert de *HedgeHog* depuis 2003 et qui dispose de la capacité de

recueillir et de produire des données équivalentes à celles du SIHM). Toutefois, si l'Alberta utilise intégralement le *HedgeHog* (dont l'utilisation par les AHM est obligatoire dans cette région), les AHM des six autres régions n'ont pas encore adhéré au SIHM ou ne l'utilisent pas complètement. Les AHM œuvrant dans des collectivités ayant conclu un accord de contribution ont la possibilité de se servir du SIHM à leurs propres fins mais, dans la plupart des cas, Santé Canada n'a pas accès à leurs serveurs ou à leurs données[89].

Toutes les régions sont dotées d'un mécanisme de collecte de données sur la qualité de l'eau potable et de présentation de rapports sur le sujet. Le système *Watertrax* est utilisé en Ontario et au Manitoba, ainsi que dans les régions de l'Atlantique et du Pacifique. La Saskatchewan a récemment instauré le système *Watertrax*, mais la DRSE n'a pas encore conclu d'entente visant l'accès direct aux données. L'Alberta se sert de la base de données ELPHIS pour faire rapport des résultats de la surveillance et du Réseau canadien d'information sur la santé publique (RCISP) pour faire rapport sur les avis sur la qualité de l'eau potable, tandis que le Québec se sert de la base de données *Eau-Water*. Des représentants de la DRSE ont fait savoir que, même si les régions utilisent différents systèmes de collecte des données, les données recueillies sont fondées sur des indicateurs communs.

Accroissement de la disponibilité, de la portée et de la pertinence des données sur les programmes recueillies

Les données administratives fournies aux fins de l'évaluation visaient les trois exercices compris entre 2007-2008 et 2009-2010. Aucune donnée n'était disponible pour les deux premiers exercices visés par l'évaluation (2005-2006 et 2006-2007), ce qui aurait permis de conclure à une augmentation de la *disponibilité* des données sur les programmes recueillies au cours de la période. C'est ce qu'ont confirmé les entrevues avec les informateurs clés de la DSEP et les GRHM. La portée et la pertinence des données sur les programmes recueillies grâce au SIHM (et à *HedgeHog*) semblent satisfaisantes à bien des niveaux :

- Des GRHM (4 sur 7) ont signalé que les systèmes de collecte des données qui ont été instaurés au cours des dernières années (p. ex., SIHM et *Watertrax*) ont jeté les asSIHMs de l'amélioration de la présentation de rapports.
- Au niveau national et régional, les données recueillies concordent avec les principaux indicateurs de rendement décrits dans le CGRR du Groupe, ce qui permet la présentation de rapports sur le rendement.
- Au niveau communautaire, les données recueillies peuvent être compilées afin de fournir des rapports à la collectivité sur les principaux extrants et activités.
- Au niveau de l'activité ou du programme, les données recueillies peuvent être compilées pour fournir des rapports sur des activités particulières, comme des lettres d'inspection.

[89] Santé Canada (n.d), Résumé du SIHM.

Les entrevues auprès des GRHM ont confirmé la pertinence des données sur les programmes recueillies par le SIHM, certains d'entre eux ayant fait remarquer qu'ils estimaient que les données du SIHM étaient utiles pour surveiller les tendances régionales (2 sur 7) et pour présenter des rapports aux collectivités (1 sur 7). Quelques GRHM (2 sur 7) ont laissé entendre que les AHM de leurs régions utilisaient de plus en plus le SIHM et ont signalé que les données du SIHM seront encore plus utiles lorsque les AHM de leurs régions saisiront les données plus systématiquement. D'autres GRHM (2 sur 7) ont indiqué qu'ils percevaient le SIHM comme un mécanisme d'enregistrement des données permettant de combler les besoins de la DSEP, plutôt que ceux des régions.

En ce qui a trait à la collecte de données sur la qualité de l'eau, quelques systèmes différents sont instaurés par les régions, mais toutes les régions se servent d'un ensemble d'indicateurs communs. Malgré ces indicateurs communs, des représentants de la DRSE ont signalé qu'il est difficile de tracer un portrait national de la qualité de l'eau parce que les données provenant des différentes applications doivent être compilées et que les bases de données ne sont pas toutes disponibles en temps opportun. Le roulement des CCQEP, qui sont essentiellement chargés de présenter des rapports de données sur l'eau, est le principal motif invoqué pour expliquer pourquoi les données ne sont pas produites en temps opportun. Ce fort taux de roulement influe sur la cohérence à la fois de la prestation des services et de la présentation de rapports. En outre, les rapports de données sur l'eau potable présentés par les collectivités ayant conclu une entente de transfert dans certaines régions sont irréguliers et non uniformes puisque les accords de contribution ne stipulent pas que l'utilisation des bases de données est obligatoire pour présenter des rapports sur l'eau ou parce que les collectivités n'ont pas présenté comme elles le devaient des rapports sur les résultats. Malgré les problèmes connus actuellement en matière de collecte de données sur l'eau, des informateurs clés de la DRSE ont fait savoir que des améliorations importantes avaient été constatées au chapitre de la qualité des données au cours des cinq dernières années.

Renforcement de la capacité de recueillir des données sur les programmes

Dans l'ensemble, les éléments probants recueillis lors de l'évaluation montrent que la capacité de recueillir des données sur les programmes au niveau du Groupe a augmenté au cours des cinq dernières années grâce notamment à l'élaboration et à la mise en place du SIHM. Le SIHM fournit une plateforme de collecte de données sur les programmes dans une multitude de domaines comme des données communautaires, des données sur les installations, des données sur les inspections de santé publique, la formation dispensée par les AHM, les activités de perfectionnement professionnel et de formation exécutées par les AHM, les activités d'échantillonnage des données sur le contrôle des maladies transmissibles, la catégorisation du risque alimentaire pour les installations alimentaires, les données sur les demandes, la conception et l'approbation des réseaux d'égout sur place ainsi que divers autres genres d'activités de SEP dont des activités d'enseignement et de sensibilisation et des mesures et interventions d'urgence[90].

[90] Santé Canada (n.d), Résumé du SIHM.

La capacité de recueillir des données sur la qualité de l'eau auprès des collectivités des Premières nations s'est également renforcée au cours des cinq dernières années par suite de la mise en œuvre de différents systèmes de collecte de données et de l'augmentation du nombre de CCQEP qui sont principalement chargés de recueillir des données sur la qualité de l'eau et de présenter des rapports sur le sujet.

Augmentation du nombre d'analyses et de rapports sur les données sur les programmes

Puisque le SIHM est au stade du développement, peu d'analyses de données et de rapports sur les données de programme semblent avoir été faites. Un rapport sur le rendement a été préparé en 2008[91] pour le Groupe, mais une compilation et une analyse plus poussées des données sur le rendement aux fins de l'évaluation ont confirmé que certaines des données ayant été utilisées dans ce rapport n'étaient probablement ni fiables ni exactes. Les analyses plus récentes des données administratives aux fins de l'évaluation ont confirmé que certaines des données sur les programme n'étaient probablement pas exactes (surtout celle de 2007-2008). Il conviendrait donc de faire preuve de circonspection lors de la préparation des rapports sur les résultats du Groupe.

Dans le cadre du volet du PRSE du Groupe, le groupe de l'analyse des données et du soutien des programmes rédige un *rapport annuel sur les indicateurs de rendement en matière d'eau potable* qui contient les données régionales et sert à suivre les progrès réalisés en vue de l'atteinte des buts et des objectifs du programme sur l'eau potable. En outre, la section de la recherche et du contrôle du PRSE prépare un rapport annuel sommaire sur les activités des programmes (programmes nationaux, régionaux et du Nord).

Autres lacunes et défis en matière de données sur les programmes

Les données sur les programmes mises à la disposition du Groupe se sont graduellement améliorées avec le temps, les données plus récentes (celles de 2008-2009 et de 2009-2010) étant plus fiables et plus représentatives des tendances globales des activités et des extrants réalisés par le Groupe. Certaines des lacunes signalées et des éventuels défis constatés en ce qui a trait aux données des programmes en général et au SIHM en particulier sont présentés ci-après :

- Quelques GRHM (3 sur 7) ont fait remarquer que le SIHM n'est pas utilisé par tous. Deux GRHM (2 sur 7) ont dit que l'utilisation limitée du SIHM était en partie attribuable à sa complexité et à l'insuffisance du soutien technique à son égard.
- Les AHM ne sont pas tenus d'utiliser le SIHM, ce qui réduit leur motivation à saisir les données sur leurs activités et limite la disponibilité des données de niveau communautaire, régional ou national.
- L'information et les données sur les programmes fournies par les collectivités ayant conclu un accord de contribution ne sont pas aussi complètes que l'information qui peut être recueillie grâce au SIHM.
- À ce jour, la collecte des données sur les programmes a ciblé les extrants plutôt que les résultats (c.-à-d. la mesure dans laquelle les programmes contribuent à la

[91] DSEP-DRSE (2008), Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats – Rapport sur le rendement, 2007-2008.

détermination et à l'atténuation des risques ainsi qu'au renforcement de la capacité) ou l'état de la santé publique dans les collectivités.

- À l'heure actuelle, les données financières mises à la disposition du Groupe (p. ex., crédits et dépenses) ne sont ni fiables ni cohérentes (voir aussi la section 5.0 portant sur l'économie et l'efficience) en raison des difficultés au chapitre du suivi occasionnées par la souplesse de la conception des programmes (p. ex., au niveau régional, les fonds transférés par l'administration centrale au titre de la SEP peuvent en fin de compte avoir été attribués à différents secteurs prioritaires en dehors du Groupe; au niveau de la collectivité, les fonds prévus à l'accord de contribution peuvent avoir été attribués à des activités débordant du mandat du Groupe afin de satisfaire à des priorités concurrentes).

Éléments probants et recherche

Afin d'évaluer la contribution du Groupe à l'amélioration de la détermination et de l'atténuation des risques en santé environnementale et publique, l'équipe d'évaluation s'est penchée sur l'indicateur de l'utilisation *des éléments probants et de la recherche* pour déterminer les risques, prendre des décisions et établir des priorités. Tant la recension des documents que les entrevues avec les informateurs clés ont fourni des éléments probants ayant servi à cette évaluation.

Il est ressorti de la recension des documents que le Groupe HM-RE fournit du soutien financier à différentes entités pour qu'elles mènent des activités de recherche afin de déterminer les risques en santé environnementale présents dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Il s'agit à la fois des projets de recherche participative axée sur la collectivité et des recherches sur l'opinion publique (ROP). Au cours de la période comprise entre 2007-2008 et 2009-2010, le Groupe a financé 94 projets de recherche participative axée sur la collectivité, exécuté 34 activités de diffusion et soutenu 3 enquêtes de biosurveillance. L'examen des sujets abordés par les projets de recherche et de la nature des activités de diffusion montre qu'il existe un lien logique entre les projets et les activités, d'une part, et l'augmentation de la détermination et de l'atténuation des risques dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, d'autre part. Ainsi, selon les entrevues menées auprès de représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution au titre des projets de recherche, quelques-uns de ces projets ont ciblé les contaminants dans les aliments traditionnels. Les constatations de ces projets de recherche ont permis aux collectivités de savoir quels aliments présentaient des risques plus élevés de contamination tout en dissipant les incertitudes entourant certains autres aliments traditionnels et en stimulant la confiance à leur égard. Le bulletin semestriel intitulé *Parlons recherche environnementale* est un exemple parmi tant d'autres des activités de diffusion des constatations de projets de recherche auprès de vastes publics. Le Groupe a produit neuf volumes de ce bulletin, qu'il a distribués aux AHM et aux GRHM (les principaux communicateurs d'information sur les risques en santé environnementale dans les collectivités). La publication sert également d'outil permettant de faire valoir les prochaines initiatives de recherche, de partager de l'information et de mettre en valeur les constatations de projets terminés.

Des activités de ROP ont également été exécutées afin de fournir de l'information et des données supplémentaires sur les perceptions et les mesures concernant les risques en santé environnementale dans les collectivités des Premières nations. La recension des documents a mis au jour des exemples d'activités de ROP ayant appliqué des méthodes telles que des groupes de

consultation, des sondages et des ateliers pour mener des enquêtes sur divers sujets, dont les comportement et les attitudes à l'égard du virus du Nil occidental et de la maladie de Lyme susceptibles de contribuer au risque[92], les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de Salubrité alimentaire lors de la récolte et de la préparation des aliments traditionnels[93], et les niveaux de satisfaction à l'égard de l'eau potable dans les réserves[94].

Certains éléments probants ont été trouvés lors de la recension des documents concernant la manière dont les données sur les programmes, les éléments probants et les constatations des recherches déterminent les priorités des programmes ou traitent des risques liés à la SEP. L'exemple le plus évident est la manière dont les constatations de l'Évaluation des programmes de base d'hygiène du milieu[95] ont contribué à l'élaboration du *Cadre national du Programme de santé environnementale et publique dans les communautés des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle*[96]. De même, les constatations de l'Évaluation sommative de la Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations sont à l'origine des changements qui ont été apportés à différents secteurs des programmes du Groupe comme les stratégies de recrutement et de maintien en poste des AHM, ainsi que les programmes d'assurance de la qualité et de contrôle de la qualité[97]. Au nombre des autres exemples de la contribution de la recherche à l'atteinte des priorités des programmes, mentionnons l'Enquête sur les puits[98], qui s'est traduite par l'élaboration de la politique sur les puits du PSEP[99], ainsi que la recherche sur les citernes et l'eau transportée par camion[100], qui s'est soldée par une nouvelle politique en matière de citernes et d'eau transportée par camion[101].

Les constatations issues des entrevues avec les informateurs clés corroborent les avantages qui ont été obtenus de l'attention que le Groupe a accordée à l'exécution d'activités de recherche et à la diffusion des constatations de ces dernières sur le risque dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Les représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution relatifs à des projets de recherche (4 sur 7) ont fait savoir que certaines collectivités hésitent beaucoup à faire confiance à l'information sur les risques provenant de sources à l'extérieur de la collectivité. Lorsque la collectivité est invitée à cerner les sujets des recherches et les secteurs de risques devant faire l'objet d'une enquête, à engager les chercheurs, à participer directement à la recherche et à jouer un rôle de premier plan dans la communication des constatations, il y a beaucoup plus de chance qu'elle traduise les constatations des recherches en une connaissance, une détermination et une atténuation meilleures des risques chez elle.

---

92 DSEP (2007), Rapport national de 2006 sur le virus du Nil occidental dans les collectivités des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle, Programme du virus du Nil occidental, DSPNI, Santé Canada.

93 DSEP (2009), Examen de l'information sur la salubrité des aliments traditionnels à l'intention des Premières nations ROP 096-08.

94 DSEP (2009), Recherche quantitative sur la qualité de l'eau dans les réserves, ROP 095-08.

95 DSEP (2007), Évaluation des programmes de base d'hygiène du milieu.

96 DSEP (2009e), Cadre national du Programme de santé environnementale et publique dans les communautés des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle, Ottawa, 2009.

97 AINC (2007), Évaluation sommative de la Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations, projet 06/13.

98 DSEP (2006), Enquête sur la Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations auprès des résidents de réserves approvisionnés par des puits, ROP-05-74.

99 Santé Canada (2010), Questions et réponses : Mise en œuvre de la politique de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits sur les puits individuels et les puits ayant moins de cinq raccordements.

100 DSEP (2007), Rapport sommaire sur les citernes dans les collectivités des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle.

101 Santé Canada (2010), Conférence des AHM : Conseils sur l'eau potable en citernes et transportée par camion.

Lacunes et défis concernant les éléments probants et la recherche

Comme nous l'avons déjà signalé à la section 3.3, la capacité du PSEP à donner suite aux différents besoins régionaux et communautaires peut être limitée par l'absence courante d'éléments probants fondés sur la recherche sur les priorités des collectivités, leurs besoins et les interventions en SEP qu'elles souhaitent. Des efforts visant à obtenir des commentaires plus réguliers des collectivités sur les priorités, les besoins et le degré de satisfaction à l'égard des programmes SEP permettraient de combler cet écart au chapitre des connaissances tout en débouchant sur davantage de programmes axés sur les éléments probants.

Les principaux défis que doit relever le PRSE se rapportent au processus de financement des projets de recherche participative axée sur la collectivité et à des questions de conception. Voici certains des défis que les informateurs clés ont indiqués lors des entrevues :

- **Moment du versement des fonds par rapport à la saison des travaux environnementaux sur le terrain** – Les informateurs clés qui travaillent directement à des projets de recherche ont fait remarquer que le financement de la recherche est habituellement approuvé au printemps. Or, les fonds ne sont souvent transférés aux entités ayant conclu des accords de contribution que vers la fin de l'été ou à l'automne. Cette manière de procéder a des incidences sur la collectivité étant donné que les promoteurs doivent gérer les projets de recherche selon la comptabilité de caisse afin que les travaux sur le terrain puissent être dûment instaurés pendant l'été ou l'automne, c'est-à-dire le moment traditionnel où sont exécutés les travaux environnementaux sur le terrain qui supposent la collecte d'échantillons.
- **Durée du financement** – À l'heure actuelle, les accords de financement standard des projets de recherche participative axée sur la collectivité durent 12 mois, ce qui, surtout dans un contexte de recherche collaborative axée sur la collectivité, procure très peu de temps pour concevoir et mettre en œuvre un projet de recherche et en analyser les constatations même lorsqu'il s'agit d'un projet de petite envergure. De plus, un des principaux avantages à tirer des projets de recherche est de renforcer la capacité d'exécution de recherches de la collectivité. Si un projet doit être retardé en attendant la réception du financement pour une deuxième phase, il s'ensuit souvent une perte de capacité de la collectivité en la forme du départ d'adjoints à la recherche et de l'obligation de former de nouveau des novices au lieu de renforcer la capacité grâce à des ensembles de compétences plus vastes et des connaissances plus approfondies dans la collectivité.
- **Montant du financement** – Des informateurs clés (7 des 7 représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution; 3 des 7 GRHM) ont signalé qu'un nombre restreint de collectivités peuvent participer à des projets de recherche chaque année en raison de ce que les informateurs estiment être un très modeste budget attribué à la recherche qui est étalé sur de nombreux volets et, dans le cas de certains volets, aux affectations régionales. Des répondants de la DRSE (3 sur 4) ont reconnu que les budgets consacrés à la recherche étaient limités et qu'ils font ce qu'ils peuvent avec le peu de ressources mises à leur disposition.

Capacité des programmes à contribuer à l'atténuation immédiate des risques

La détermination des risques pour la santé environnementale et publique peut parfois donner lieu à une atténuation rapide de ces mêmes risques. Ainsi, l'« atténuation immédiate des risques » (qu'il convient de distinguer des autres formes d'atténuation et de correction qui exigent des solutions à plus long terme et souvent d'autres ressources de sources extérieures au Groupe) est un indicateur du résultat à court terme qui consiste à améliorer la détermination et l'atténuation des risques. La principale source de preuves pour cet indicateur a été le sondage auprès des AHM. Les AHM ont signalé qu'ils avaient constaté que des risques étaient atténués ou éliminés « sur-le-champ » ou à court terme en raison de leurs propres activités d'évaluation des risques, de leurs conseils ou de leurs recommandations.

Comme le montre le tableau 12, le secteur d'activités le plus souvent cité comme secteur ayant atténué rapidement les risques est le secteur du contrôle de l'eau potable où deux tiers des répondants (66 %) ont indiqué qu'ils avaient « souvent » (33 %) ou « très souvent » été témoins de mesures rapides d'atténuation. Les AHM ont constaté que de telles mesures étaient prises dans d'autres secteurs d'activités, notamment les séances de formation des manipulateurs d'aliments (59 %), les examens des plans (54 %) et les enquêtes sur les maladies transmissibles (47 %).

Tableau 12 : Fréquence des mesures rapides d'atténuation ou d'élimination des risques en SEP par secteur d'activité (sondage auprès des AHM)

Secteur d'activités	Observées fréquemment	Observées très fréquemment
Activités de surveillance de l'eau potable	33 %	33 %
Séance de formation à l'intention des manipulateurs d'aliments	44 %	15 %
Examen des plans	46 %	8 %
Enquête sur les maladies transmissibles	43 %	4 %
Inspections de santé publique	30 %	6 %
Séances éducatives communautaires	26 %	3 %
Planification ou intervention en cas d'urgences	18 %	7 %

Facteurs de la capacité communautaire liés à la détermination et à l'évaluation des risques en SEP

La capacité communautaire à titre de résultat en soi (moyen terme) est abordée à la section 4.2.

L'équipe d'évaluation s'est également penchée sur les facteurs de la capacité communautaire liés au résultat immédiat qui consiste à améliorer la détermination et l'atténuation des risques en santé environnementale et publique. Il s'agit notamment des niveaux de connaissances des risques et dangers en matière de SEP des collectivité et de leur sensibilisation à ces derniers, de la disponibilité du matériel d'éducation du public et de sensibilisation ainsi que de la capacité des collectivités à déterminer et à évaluer les risques en se fondant sur leur connaissance des risques et leur sensibilisation à ces derniers. Les principales sources de données ayant servi à fournir des constatations pour ces indicateurs ont été les entrevues avec les informateurs clés, la recension des documents et le sondage auprès des AHM.

Connaissance des risques et dangers en SEP des collectivités et sensibilisation de celles-ci

Des représentants des collectivités des Premières nations (33 sur 35) ont signalé que la sensibilisation des collectivités aux risques en santé environnementale s'était accrue au cours des cinq dernières années par suite des programmes du Groupe. Tous les représentants de collectivités ayant conclu un accord de contribution (5 sur 5) ont fait état d'une sensibilisation accrue. Selon des représentants des collectivités des Premières nations, une partie de cette sensibilisation accrue est le fait du transfert des connaissances depuis les AHM vers les employés des bandes. À titre d'exemple, un répondant d'une collectivité des Premières nations a indiqué que la collectivité était davantage en mesure de déterminer et d'évaluer elle-même les risques en santé environnementale en raison du mentorat que les AHM ont offert aux employés des travaux publics. D'autres exemples ont été fournis, notamment la distribution de bulletins ou de lettres aux membres de la collectivité, des cours et des séances de formation sur les bonnes pratiques de manipulation des aliments, le bureau offert aux AHM dans le centre de santé local et l'ouverture d'esprit dont font preuve en permanence certains AHM lorsqu'ils reçoivent les questions des membres de la collectivité et qu'ils y répondent.

Les représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution relatifs à des projets de RSE ont signalé que les projets de recherche participative axée sur la collectivité sont essentiellement des projets de sensibilisation aux risques et de détermination de ces derniers qui déboucheront graduellement sur l'atténuation des risques. Quelques représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution (2 sur 7) ont fait savoir qu'en raison de leur participation à des projets de recherche, les membres des collectivités sont davantage conscients des problèmes de santé environnementale et sont motivés à participer à des projets futurs. Par exemple, un chercheur a indiqué que son groupe avait étudié les contaminants dans les aliments prélevés dans la nature et qu'il avait pu déterminer ceux qui étaient contaminés, ceux qui ne l'étaient pas ainsi que les autres aliments prélevés dans la nature que les gens pouvaient manger pour réduire les risques pour la santé associés aux contaminants environnementaux. Le projet était axé sur la collectivité, ce qui a contribué à rehausser les niveaux de sensibilisation de cette dernière aux risques en SEP, et faisait intervenir des membres de la collectivité aux étapes de collecte des données et de présentation des rapports du projet.

La plupart des autres intervenants du gouvernement fédéral (5 sur 8) ont fait état d'une augmentation du niveau de connaissance des risques en SEP et de sensibilisation à ceux-ci attribuable à l'éducation des collectivités des Premières nations et des Inuits. Bien que les répondants aient mentionné un renforcement de la capacité des collectivités à déterminer les risques, ils ont aussi fait savoir que la plupart des collectivités ne disposaient pas de ressources (tant financières qu'humaines) suffisantes pour traiter de ces risques.

De même, il ressort du sondage auprès des AHM qu'environ les trois quarts des AHM (76 %) disent que le niveau de sensibilisation des collectivités aux risques en SEP s'était accru « quelque peu » (70 %) ou « nettement » (6 %) au cours des cinq dernières années. La moitié des répondants (52 %) a indiqué que le programme SEP avait « considérablement » (41 %) ou « nettement » (12 %) contribué aux changements au chapitre de la sensibilisation. Les exemples

qui suivent comptent parmi ceux qui ont été fournis par les AHM pour justifier leur perception quant à la contribution du programme SEP à l'augmentation des niveaux de connaissances des risques et de sensibilisation à ces derniers (traduction libre) :

- *L'éducation des exploitants de travaux publics et d'installations de traitement de l'eau a accru leurs connaissances et donné lieu à la prise de mesures plus nombreuses en matière de présentation de rapports sur les problèmes liés à l'eau potable.*
- *En se rendant souvent dans les collectivités pour mener des inspections, préparer des rapports puis discuter des résultats avec les gens, les AHM peuvent expliquer et décrire les risques associés à l'exposition à d'éventuels contaminants.*
- *Les séances d'éducation, les travaux directs avec des membres de la collectivité et la provision de renseignements aux organisations et aux membres des collectivités.*
- *Les consultations auprès des dirigeants des collectivités.*

Existence de matériel d'éducation et de sensibilisation du public

La recension des documents a mis au jour de nombreux exemples de matériel d'éducation du public et de sensibilisation ayant été mis à la disposition des collectivités, dont ceux qui suivent :

- Matériel d'éducation et de sensibilisation aux moisissures dans les logements s'inscrivant dans la Stratégie nationale de lutte contre les moisissures au sein des collectivités des Premières Nations – le matériel vise à sensibiliser davantage les collectivités au lien qui existe entre l'exposition prolongée à la moisissure intérieure et les risques pour la santé personnelle et familiale ainsi qu'à fournir des connaissances sur la manière de cerner, de prévenir et de corriger les problèmes.
- Trousses d'éducation et de sensibilisation au VNO et trousses à l'intention des médias – le matériel vise à accroître la sensibilisation au VNO et comprend des brochures, des livrets ainsi que des feuilles d'activités et des livres de contes à l'intention des enfants.
- Trousses d'éducation, de sensibilisation et d'outils relatives au Programme sur la qualité de l'eau potable (p. ex., trousse d'outils concernant les puits individuels pour les Premières nations; trousse d'outils concernant les avis sur la qualité de l'eau) à l'intention des collectivités.
- Ateliers sur les aliments traditionnels et les contaminants environnementaux donnés à divers endroits.
- Formation à l'intention des manipulateurs d'aliments.
- Mesures d'adaptation liées aux changements climatiques – dont des guides, des films, des bulletins et des rapports.
- Votre santé à la maison. Ce que vous pouvez faire! Guide sur la réduction de l'exposition aux contaminants environnementaux à la maison.

Capacité des collectivités à déterminer et à évaluer les risques en se fondant sur leurs connaissances et sur la sensibilisation

La plupart des représentants des collectivités des Premières nations (29 sur 35) ont fait état d'un renforcement de la capacité des collectivités à déterminer et à évaluer elles-mêmes les risques en SEP au cours des cinq dernières années par suite des programmes du Groupe. Parmi les

représentants de collectivités ayant conclu un accord de contribution, la plupart des répondants (4 sur 5) ont signalé le renforcement de la capacité. Voici certains exemples fournis par les répondants :

- Le détachement de CCQEP dans les collectivités procure une capacité interne de détermination rapide et fiable des problèmes de qualité de l'eau potable ainsi qu'une capacité d'atténuation des risques.
- La provision de formation sur la manipulation des aliments aux manipulateurs d'aliments dans la collectivité.
- L'intervention à la suite des risques produits par un gel inattendu et les mesures appropriées de ramassage des carcasses des bêtes qui s'ensuivent.
- La détermination de la pollution des lacs par les secteurs de villégiature avoisinants.

Le sondage auprès des AHM a également présenté des constatations semblables. Plus de la moitié des répondants (54 %) ont indiqué que la capacité des collectivités à déterminer et à évaluer elles-mêmes les risques en SEP s'était renforcée « quelque peu » (51 %) ou « nettement » (4 %) au cours des cinq dernières années. La plupart des répondants (87 %) ont signalé que le programme SEP avait à tout le moins contribué à ce changement de la capacité (« un peu » 57 %; « considérablement » 24 %; « nettement » 6 %).

Lacunes et défis au regard des facteurs de capacité des collectivités liés à la détermination et à l'évaluation des risques en SEP

Les répondants au sondage auprès des AHM estiment qu'il existe un certain nombre de lacunes et de défis concernant la connaissance des risques en SEP des collectivités et leur sensibilisation à ces derniers ainsi que la capacité des collectivités à déterminer et à évaluer elles-mêmes les risques en SEP. Voici certains des lacunes et défis concernant la connaissance des risques en SEP des collectivités et leur sensibilisation à ces derniers qui ont été identifiés :

- Exposition à des messages contradictoires ou concurrentiels concernant les risques en SEP (p. ex., provenant de groupes d'intérêt, du gouvernement, des médias, d'Internet, du discours culturel, etc.). Par exemple, un AHM a indiqué (traduction libre) : « *Un bon exemple est la moisissure. Dans certains cas, il suffirait de faire une petite réparation pour éliminer le problème. Mais, en général, on semble penser qu'elle a détruit la maison et qu'il n'est plus possible d'y vivre. Dans d'autres cas, la question est culturelle comme lorsqu'il est acceptable de boire de l'eau de surface non traitée parce que c'est un mode de vie de le faire. Deux contrastes existent dans les secteurs les plus problématiques : l'un est acceptable et l'autre est une bête terrible qui envahit. Dans bien des cas, il serait facile de corriger les deux problèmes.* »
- Sensibilisation partielle à certains aspects d'un risque (p. ex., salubrité de l'eau potable) mais décision d'opter pour une solution moins sécuritaire. Par exemple, un AHM a dit (traduction libre) « *certains croient que la salubrité de l'eau se mesure par la clarté visible de l'eau* » et un autre a expliqué l'idée fausse suivante (traduction libre) « *certains croient que l'approvisionnement en eau de la collectivité n'est pas salubre et pensent qu'ils peuvent puiser l'eau potable dans un ruisseau*. ».

Les principaux défis et lacunes qui suivent sont au nombre de ceux que les AHM ont décrits concernant la capacité des collectivités des Premières nations de déterminer et d'évaluer elles-mêmes les risques en SEP :

- Fort taux de roulement du personnel de la santé, comme les directeurs des services de santé et les représentants en santé communautaire.
- Nature cyclique du roulement chez les dirigeants des collectivités, comme les chefs et les membres du conseil.
- Instruction et niveau de scolarité du personnel des collectivités et des membres des collectivités.
- Manque de formation et de titres de compétences.
- Lacunes au plan du financement concernant la capacité de régler les risques déterminés – (traduction libre) « *pourquoi déterminer l'existence de risques dans un terrain de jeux communautaire si l'argent manque pour corriger les problèmes.* »
- Priorités concurrentielles et contradictoires – (traduction libre) « *assortiment étourdissant de problèmes devant être examinés*. »
- Difficulté à faire en sorte que les dirigeants des collectivités assument l'appartenance des problèmes et des solutions.

Des répondants des collectivités des Premières nations ont signalé que les collectivités acquièrent habituellement leur capacité en faisant l'expérience d'incidents particuliers et que cette capacité peut être très fortement dépendante du contenu ou du secteur. Par exemple, un répondant d'une collectivité de Premières nations a fait remarquer que la collectivité possède la capacité de déterminer et d'atténuer des risques seulement dans les secteurs à l'égard desquels elle possède une expérience directe. Selon ce répondant, si un risque donné n'a jamais nui ou touché à la collectivité, elle n'aura pas la capacité de le déterminer. Quelques autres répondants des collectivités des Premières nations (3 sur 35) ont déclaré que des ressources additionnelles étaient nécessaires pour renforcer pro activement la capacité.

4.2 Résultat à moyen terme : Plus grande capacité des collectivités et des membres des Premières nations et des Inuits à traiter des risques en santé environnementale et publique

Le Groupe HM-RE vise principalement le résultat intermédiaire immédiat qui consiste à contribuer au renforcement de la capacité des membres et des collectivités des Premières nations et des Inuits de traiter des risques pour la santé environnementale et publique. L'équipe d'évaluation s'est principalement penchée sur les indicateurs suivants pour déterminer si le résultat avait été atteint : liens théoriques entre les activités et les extrants produits par le Groupe et amélioration du renforcement de la capacité; processus instaurés pour le Groupe qui sont

propices au renforcement de la capacité; capacité des collectivités et des personnes de traiter des risques en santé environnementale; et capacité des collectivités de gérer et d'administrer des projets de recherche et des programmes SEP.

Liens théoriques entre les activités et extrants et le renforcement de la capacité

La recension des écrits a constitué la principale source de données servant à déterminer les liens théoriques entre les activités et extrants du Groupe et le renforcement de la capacité. Dans l'ensemble, les liens suivants sont parmi ceux qui ont été observés :

- Les activités comme la défense des intérêts, l'établissement de liens de collaboration et le renforcement de la capacité.
- La formation, l'éducation du public et la sensibilisation et le développement de la capacité.
- L'assurance de l'accès aux sciences pour prendre des décisions informées et efficaces et l'accroissement de la capacité.
- Les activités comme les ateliers et l'établissement de réseaux et le renforcement de la capacité.

Le lien unissant les activités comme la défense des intérêts et l'établissement de liens de collaboration et le renforcement de la capacité a été signalé dans une thèse parue en 2002 qui portait sur les caractéristiques de l'eau de source et la gastroentérite chez les collectivités autochtones. Selon l'auteur, il est essentiel de s'attacher à améliorer les partenariats entre le gouvernement et les Premières nations pour assurer l'approvisionnement satisfaisant en eau potable dans les collectivités des Premières nations. Seuls ces partenariats améliorés permettent de renforcer la capacité dans des domaines exigeant une vigilance accrue au chapitre de la surveillance des résultats pour la santé et de l'amélioration des réseaux de communication des éventuels risques dans les collectivités autochtones[102].

Ce lien est également étayé par le rapport d'un atelier international sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones. Les documents soumis lors de la conférence ont énoncé la théorie et l'application d'approches de développement des collectivités (semblable au renforcement de la capacité des collectivités) et montré que ces approches favorisent l'atteinte des résultats et l'accroissement du contrôle. Les auteurs des documents attachaient de l'importance à deux genres de participation débouchant sur le développement des collectivités, à savoir la participation en tant que « *moyen* » (coopération et collaboration à l'égard des programmes d'entités de l'extérieur) et la participation en tant que « *fin* » (les gens assument une plus grande responsabilité pour leur perfectionnement en acquérant des compétences, des connaissances et de

[102] McLean, Ian Donald (2002), « Source Water Characteristics and the Incidence of Gastroenteritis in Aboriginal Communities », thèse de maîtrise, Royal Roads University, 2002, ISBN : 0612713873 (disponible en anglais seulement).

l'expérience)[103]. Ces deux genres de participation sont pris en compte dans les activités que le Groupe exécute en matière de formation, d'éducation du public et de sensibilisation ainsi que de défense des intérêts et d'établissement de liens de collaboration.

Les auteurs d'un article publié en 2004 décrivent les différentes dimensions de la capacité des collectivités en ce qui a trait à la promotion de la santé environnementale et présentent des études de cas pour les étayer. Selon eux, les répercussions sur la santé publique sont telles que, pour réaliser des progrès au chapitre de la capacité de la collectivité en matière de santé environnementale, les groupes de la collectivité doivent avoir accès aux sciences afin de prendre des décisions informées et efficaces sur les mesures et d'établir des liens solides avec les organismes de santé[104]. Ces exigences sont étroitement liées à nombre des activités de recherche, de formation, d'éducation du public et de sensibilisation instaurées par le Groupe.

Un article paru en 2010 ayant fait l'objet d'un examen décrivait la manière dont le volet de la DRSE du Groupe contribue à renforcer la capacité de recherche dans les collectivités. Le financement d'ateliers, la mise au point de cours universitaires et l'établissement de réseaux servant à relier les collectivités et les chercheurs sont au nombre des activités qui y ont été signalées[105].

Processus propices au renforcement des capacités

La recension des écrits et la recension des documents ont examiné l'Outil de renforcement des capacités communautaires[106] de l'ASPC afin d'énoncer les neuf dimensions du renforcement de la capacité des collectivités qui ont servi à évaluer le Groupe et à déterminer dans quelle mesure il disposait de processus ou d'activités qui étaient propices au renforcement de la capacité des collectivités. Il convient de signaler que l'Outil traite plus des « projets » que des « programmes » en soi. Or, nombre des dimensions sont probablement pertinentes. Comme le montre le tableau 13, des exemples de chacune des neuf dimensions ont été trouvés dans les processus et activités du Groupe.

---

[103] Anderson, I., F. Baum et M. Bentley, éd. (2004), « Beyond Bandaids: Exploring the underlying Social Determinants of Aboriginal Health », Social Determinants of Aboriginal Health Workshop, Adelaide, juillet (2004), Cooperative Research Centre for Aboriginal Health, Darwin, Australie (disponible en anglais seulement).

[104] Freudenberg (2004), « Community Capacity for Environmental Health Promotion », *Health Education & Behaviour*, 31, p. 472 (disponible en anglais seulement).

[105] Kwiatkowski, R. (2010), « Indigenous community based participatory research and health impact assessment: A Canadian example », Environment Impact Assessment Review (dans la presse) (disponible en anglais seulement).

[106] ASPC (2007b), « Analyse des données recueillies avec l'Outil de renforcement des capacités communautaires » et MacLellan-Wright et coll. (2007), « The development of measures of community capacity for community-based funding programs in Canada », *Health Promotion International* (disponible en anglais seulement).

Tableau 13 : Concordance entre les activités du Groupe HM-RE et neuf dimensions du renforcement de la capacité des collectivités

Description de la dimension	Groupe HM-RE
Participation – une implication active des personnes cherchant à améliorer leur propre santé et leur bien-être, ainsi que la santé et le bien-être de leur communauté.	• Le Groupe fait participer activement les collectivités au processus de planification des travaux, ainsi qu'à la conception et au développement des projets de recherche, et il consulte les collectivités au sujet des activités et des décisions des programmes qui les toucheront. • Lors des entrevues avec les informateurs clés, des représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution ont signalé que la participation de membres de la collectivité aux projets de recherche les rendait plus conscients des enjeux en matière de santé environnementale et les motivait à prendre part à des projets de recherche futurs. • Dans le sondage auprès des AHM, 35 % des répondants ont dit que la participation des collectivités à l'établissement des priorités et à l'élaboration des plans de travail avait augmenté « quelque peu » (30 %) ou « nettement » (5 %) au cours des cinq dernières années; 60 % des AHM ont dit n'avoir perçu aucun changement, tandis que 5 % d'entre eux ont indiqué que la participation avait diminué « quelque peu ».
Leadership – permettre aux dirigeants officiels et aux leaders locaux de progresser dans le cadre du projet.	• Les AHM travaillent avec les dirigeants des collectivités, entretiennent des liens à l'appui de leur travail dans la collectivité et obtiennent le soutien des dirigeants pour les programmes. • Des représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution pour la recherche et des répondants de la DRSE signalent que les projets de recherche sont axés sur la collectivité et que les chercheurs travaillent avec les membres de la collectivité locale pour concevoir et mettre en œuvre les projets ainsi que pour présenter des rapports sur le sujet.
Structures communautaires – désigne les petits groupes communautaires plus ou moins structurés et les comités qui favorisent un sentiment d'appartenance et permettent aux membres de la communauté d'exprimer leur opinion et d'échanger de l'information.	• Le Groupe fait participer activement les groupes communautaires en place à la planification des programmes, aux projets conjoints, etc. • Dans le sondage auprès des AHM, 51 % des répondants ont fait savoir que les projets conjoints, les partenariats, les initiatives et les efforts coordonnés des collectivités entre le programme SEP et d'autres secteurs dans les collectivités ont augmenté « quelque peu » (44 %) ou « nettement » (6 %) au cours des cinq dernières années.
Soutien externe – (organismes de financement) les ministères, les fondations, et les autorités régionales de la santé peuvent mettre les communautés en contact avec certaines ressources.	• Les voies de financement de la recherche lient les collectivités avec les différents organismes de financement, chercheurs et autres organisations pertinentes (p. ex., First Nations University of Canada). • Les AHM peuvent fournir des conseils et du soutien aux collectivités sur la manière d'aborder d'autres ministères ou organisations, comme AINC et la SCHL, pour obtenir du financement aux fins d'enjeux de santé environnementale. • Dans le sondage auprès des AHM, 49 % des répondants ont indiqué que les liens des collectivités avec les sources externes fournissant du soutien technique ou financier dans le domaine de la SEP avaient augmenté « quelque peu » (46 %) ou « nettement » (3 %) au cours des cinq dernières années.
Les causes sous-jacentes – procédé par lequel la communauté cherche à découvrir les causes sous-jacentes d'un problème de santé communautaire et met de l'avant des solutions.	• Des représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution pour la recherche et des répondants de la DRSE signalent que le volet de la recherche du Groupe s'affaire à répondre systématiquement aux questions ayant trait à la santé environnementale qui se rapportent aux besoins cernés par la collectivité. • Le matériel et les outils de sensibilisation du public décrivent les causes sous-jacentes des enjeux et des préoccupations en matière SEP pour le compte des membres de la collectivité. • Dans le sondage auprès des AHM, 46 % des répondants ont indiqué que la compréhension des causes sous-jacentes des risques en SEP des collectivités s'était améliorée « quelque peu » (39 %) ou « nettement » (7 %) au cours des cinq dernières années.

Description de la dimension	Groupe HM-RE
Se procurer des ressources – trouver des ressources de temps, d'argent (de sources autres que les organismes de financement), de leadership, de bénévoles, d'information et d'infrastructures, à l'intérieur comme à l'extérieur de la communauté.	• Le Groupe s'acquitte d'un rôle de facilitateur pour lier les collectivités avec d'éventuels soutiens externes comme des protocoles d'entente sur le VNO et le recours aux laboratoires provinciaux pour les analyses de la qualité de l'eau potable. • Dans le sondage auprès des AHM, 51 % des répondants ont fait savoir que les projets conjoints, les partenariats, les initiatives et les efforts coordonnés des collectivités entre le programme SEP et d'autres secteurs dans les collectivités ont augmenté « quelque peu » (44 %) ou « nettement » (6 %) au cours des cinq dernières années.
Compétences, savoir et apprentissage – les qualités que l'équipe de projet cultive et développe au sein de l'équipe, de la population cible et de la communauté.	• Le Groupe s'affaire à fournir des séances d'éducation du public, de sensibilisation et de formation au niveau des collectivités. • Dans le sondage auprès des AHM, 47 % des répondants ont dit que l'accès des collectivités aux activités de perfectionnement des compétences et de formation en SEP avait augmenté « quelque peu » (44 %) ou « nettement » (3 %) au cours des cinq dernières années.
Relations avec les autres – relier votre projet aux individus et aux organisations.	• Le Groupe préconise la collaboration, les accords et les projets conjoints avec d'autres groupes de SPNI, d'autres ministères fédéraux, d'autres groupes des Premières nations et des provinces. • Dans le sondage auprès des AHM, 51 % des répondants ont fait savoir que les projets conjoints, les partenariats, les initiatives et les efforts coordonnés des collectivités entre le programme SEP et d'autres secteurs dans les collectivités ont augmenté « quelque peu » (44 %) ou « nettement » (6 %) au cours des cinq dernières années.
Sens communautaire – dans le cadre d'un projet, on favorise le sens communautaire en cultivant la confiance dans les autres.	• Il s'agit notamment de la mise en œuvre du programme des CCQEP, ainsi que de la conception et de la mise en œuvre des projets de recherche. • Dans le sondage auprès des AHM, 49 % des répondants ont indiqué que le but commun et la motivation des collectivités dans le cadre des travaux sur les enjeux de SEP avaient augmenté « quelque peu » (46 %) ou « nettement » (3 %) au cours des cinq dernières années. • Des représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution pour la recherche ont signalé que les collectivités fournissent des directives aux projets de recherche, ce qui contribue à bâtir la confiance au sein des collectivités et entre elles.

Augmentation de la capacité des collectivités et des particuliers à traiter des risques en santé environnementale

Comme nous l'avons indiqué à la section 4.1, tant les AHM que les informateurs clés ont fait remarquer que la connaissance, la sensibilisation et la capacité des collectivités au chapitre de l'évaluation des risques en SEP avaient augmenté pendant la période de cinq ans.

Pour ce qui est de la capacité des collectivités à *traiter* des risques, l'équipe d'évaluation s'est fondée sur les entrevues avec les informateurs clés et le sondage auprès des AHM à titre de principales sources de données. Lors des entrevues avec les informateurs clés, les représentants des collectivités des Premières nations avaient une plus grande tendance à signaler une augmentation de la capacité des collectivités à traiter des risques en santé environnementale au cours des cinq dernières années que les autres informateurs clés et les AHM. Presque tous les répondants des collectivités des Premières nations (31 sur 35) ont fait remarquer que la capacité des collectivités à traiter des risques et à les atténuer avait augmenté au cours de la période visée par l'évaluation. Tous les répondants de collectivités ayant conclu des accords de contribution (5 sur 5) ont fait état d'augmentations à ce chapitre. Voici certains exemples fournis par les répondants des collectivités des Premières nations sur leur participation à l'atténuation des risques :

- Tenue d'un sondage sur la qualité de l'eau pour évaluer le niveau de pollution des lacs afin de mesurer l'incidence de la zone de villégiature adjacente.
- Nettoyage rapide des carcasses des bêtes après un gel imprévu.
- Mise en œuvre de politiques de prévention et de nettoyage relatives aux déversements de réservoirs de carburant.
- Émission d'avis de faire bouillir l'eau grâce à l'identification rapide et fiable des enjeux liés à la qualité de l'eau potable par les CCQEP.
- Amélioration des communications et des négociations avec des voisins d'un secteur agricole, qui est réputée être un élément important de la capacité d'atténuer les risques éventuels en SEP associés aux écoulements de pesticides et d'engrais dans l'approvisionnement en eau potable.

Environ le tiers des AHM (33 %) ont dit que la capacité des collectivités des Premières nations à traiter et à atténuer les risques en SEP s'était accrue « quelque peu » (32 %) ou « nettement » (1 %). Un peu moins du quart des AHM (24 %) ont signalé que le Groupe avait contribué à ce changement. En outre, quelques-uns des autres intervenants du gouvernement (3 sur 8) ont indiqué un accroissement de la capacité des collectivités des Premières nations et des Inuits à traiter des risques en SEP.

À l'instar de la plupart des GRHM (5 sur 7) et des autres intervenants du gouvernement fédéral (3 sur 8) interviewés, des répondants de collectivités des Premières nations ont le plus souvent invoqué le manque de fonds et les limites de ressources à titre de défi ou d'obstacle principal pour les collectivités qui tentent de régler des risques déterminés, en particulier dans le domaine du logement. C'est essentiellement ce qui ressort des réponses fournies par les AHM, selon

lesquels le manque de ressources humaines et financières explique le plus souvent les lacunes au chapitre de la capacité des collectivités à traiter et à atténuer des risques en SEP. Voici quelques exemples d'énoncés formulés par des AHM (traduction libre) :

- *Des fonds ne sont pas disponibles pour corriger la plupart des problèmes. Les fonds limités reçus ne suffisent pas à respecter les lignes directrices minimales en matière de santé publique dans les installations dans les réserves des Premières nations.*
- *La plupart des collectivités ont les connaissances requises mais ne sont pas en mesure d'exécuter les programmes parce qu'elles manquent d'argent.*
- *En ce qui concerne les grands projets d'immobilisation présentant des risques élevés, la collectivité arrive à traiter des enjeux, mais nombre des risques associés au fonctionnement et à l'entretien sont laissés en plan jusqu'à ce qu'ils puissent s'intégrer à un nouveau projet en immobilisation. Par exemple, aucune mesure d'entretien n'est prise dans une école jusqu'à ce que le risque et le coût deviennent tellement élevés qu'une nouvelle structure devienne nécessaire.*
- *La disponibilité des fonds et le temps qu'il faut pour les obtenir représentent le gros du problème : il faut souvent attendre des années ou des décennies avant d'être en mesure de traiter de certains enjeux… entre-temps, les problèmes s'aggravent.*

Lors des entrevues avec d'autres intervenants du gouvernement fédéral (2 sur 8), les répondants ont signalé que le manque de capacité pour régler les risques influe sur la décision de déterminer les risques. Bien que les collectivités des Premières nations reçoivent la formation nécessaire pour déterminer et évaluer les risques en SEP, en raison de la difficulté à trouver les ressources permettant de fait de régler les risques déterminés (surtout en matière de logement), quelques-unes d'entre elles sont moins enclines à s'attaquer de fait à la détermination des risques. Par exemple, certaines collectivités des Premières nations, parce qu'elles savent que les fonds manquent pour se débarrasser des moisissures, ne sont pas motivées à faire des inspections de logements.

4.3 Résultat à long terme : État de santé et bien-être améliorés des collectivités et des membres des Premières nations et des Inuits

Le résultat à long terme prévu pour les activités et extrants du Groupe est l'amélioration de la santé et du bien-être des membres et des collectivités des Premières nations et des Inuits. Les deux principaux indicateurs de ce résultat sont les liens théoriques et les perceptions de liens entre les activités et extrants du Groupe et l'amélioration de la santé et du bien-être. La recension des écrits et les entrevues avec les informateurs clés ont constitué les principales sources de données pour l'équipe d'évaluation.

L'approche globale retenue par le Groupe pour conceptualiser et instaurer ses activités est propice à une approche de santé de la population qui met en valeur de nombreux déterminants de la santé[107] (voir la section 3.2). Le Groupe contribue de manière positive à un nombre considérable de déterminants parmi les douze déterminants de santé principaux qui ont été identifiés, notamment les environnements physiques, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles, les services de santé et la culture. Les travaux que le Groupe exécute au chapitre de la collaboration et du développement de la capacité des collectivités contribuent vraisemblablement de manière indirecte aux autres, dont les réseaux de soutien social, les environnements sociaux, l'éducation et l'alphabétisme, ainsi que le niveau de revenu et le statut social.

L'équipe d'évaluation a trouvé dans la recension des écrits des liens théoriques entre les diverses approches et activités retenues par le Groupe et l'amélioration de la santé et du bien-être, dont ceux qui suivent :

- L'utilisation d'un point de vue communautaire plutôt que d'un point de vue individuel pour le logement ou le revenu afin de comprendre l'incidence sur la santé et le développement humain[108].
- L'amélioration des conditions de logement en deçà des normes, notamment en diminuant le surpeuplement ou en réduisant l'exposition aux moisissures, contribue à la santé humaine[109,110,111].
- L'amélioration des habitudes d'hygiène de base grâce à une meilleure hygiène des personnes, des ménages et des collectivités, à l'élimination de l'eau sale ou stagnante, des égouts et des déchets ainsi qu'à l'approvisionnement en eau potable propre contribue à améliorer les résultats pour la santé[112,113].
- La réduction de la contamination environnementale et l'augmentation de la pureté des aliments et des médicaments traditionnels influent sur la santé tant physique que spirituelle des gens[114,115,116].

---

107 Agence de la santé publique du Canada, *Qu'est-ce qui détermine la santé?* http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php#determinants.

108 Dunn J.R., et coll. (2006), « Housing as a Socio-Economic Determinant of Health », Revue canadienne de santé publique, 97.S3, 2006, pages 11 à 15 (disponible en anglais seulement).

109 Fuller-Thomson ED, JD Hulchanski et S. Hwang, 2000, « The Housing/ Health Relationship: What Do We Know? », *Environ Health*, 15.1-2 (2000), p. 109-133.

110 SSEP (2009f), Effets sur la santé respiratoire des améliorations apportés aux logements dans les réserves des Premières nations au Canada : Recension des écrits sur les études d'intervention.

111 Osterberg PM (2009), « Indoor Mould, Dust Mite and Endotoxin Exposure in Aboriginal Housing in British Columbia: An Assessment in the Heiltsuk First Nation Community », thèse de maîtrise, 2009, Université de la Colombie-Britannique (disponible en anglais seulement).

112 Gracey, M. et M. King (2009), « Indigenous Health Part 1: Determinants and Disease Patterns », *Lancet* 374 (2009), p. 65-75 (disponible en anglais seulement).

113 Yee, Joan (2008), « Housing and Health in Alberta First Nations Communities: Examining the Relationship Between Enteric Disease and Environmental Factors », thèse de maîtrise, 2008, Ottawa, Bibliothèque et Archives Canada, ISBN : 9780494332382 (disponible en anglais seulement).

114 Richmond, CAM et NA Ross (2009) « The Determinants of First Nation and Inuit health: A Critical Population Health Approach », *Health & Place* 15 (2009), p. 403-411 (disponible en anglais seulement).

La recension des écrits a également permis de recueillir de l'information sur certains des défis et des points à prendre en compte au moment d'évaluer les liens unissant les initiatives en santé environnementale et l'amélioration des résultats pour la santé[117], dont ceux qui suivent :

- Tenir compte du fait que les interventions en santé environnementale sont souvent de nature préventive, ce qui donne lieu à des résultats pouvant être caractérisés d'absence d'un effet (p. ex., ne pas être exposé à la moisissure, éviter les aliments contaminés) – il peut alors s'écouler passablement de temps avant que l'incidence d'une intervention se fasse sentir au niveau de la population ou de la collectivité.
- Comprendre que ces interventions peuvent également entraîner des avantages considérables autres qu'au plan de la santé, comme épargner du temps, prévenir des coûts, etc.
- Réaliser que les responsabilités primaires en matière de financement et de mise en œuvre des interventions sont souvent en dehors du domaine de la santé.
- Se rappeler que l'efficacité de ces interventions est plus difficile à évaluer que celle des services de santé de base parce qu'elles se prêtent moins aux méthodes plus rigoureuses préconisées par les expériences contrôlées ou qu'elles peuvent avoir une incidence relativement minime sur une grande population, et comprendre que le succès de ces interventions repose sur leur capacité de conserver les gains qui ont déjà été réalisés et d'éviter de « revenir en arrière ».

Lors des entrevues avec les informateurs clés, la plupart des répondants des collectivités des Premières nations (28 sur 35) ont signalé que les programmes du Groupe avaient contribué à la santé et au bien-être des membres des collectivités. Suivent quelques-unes des observations formulées par des représentants des collectivités des Premières nations :

- Le rapport qui existe entre la quantité de temps que les AHM passent dans les collectivités et l'importance de l'amélioration au chapitre de la santé et du bien-être des membres des collectivités.
- L'amélioration de la santé et du bien-être qui découle des activités, comme les cours sur la manipulation des aliments, les activités de sensibilisation, les analyses de la qualité de l'eau potable et diverses autres activités de prévention.
- Les améliorations des installations sanitaires de base, de l'approvisionnement en eau potable et des logements ont influé sur la santé des membres des collectivités.
- En raison des activités qui ont augmenté le niveau de sensibilisation dans la collectivité, les membres des collectivités demandent maintenant de façon active des services et du soutien en santé environnementale lorsqu'ils constatent un besoin au lieu d'attendre passivement que des services soient offerts.

---

115 AMAP (2009a), AMAP Assessment 2009: Human Health in the Arctic, Arctic Monitoring and Assessment Programme (AMAP), Oslo, Norvège (disponible en anglais seulement).

116 Chan, Laurie (2005), Health and Environment Issues with Canada's Aboriginal Communities – Final Version (disponible en anglais seulement).

117 Organisation mondiale de la santé (2000), « Considerations in Evaluating the Cost-effectiveness of Environmental Health Interventions », Genève (disponible en anglais seulement).

D’autres informateurs clés, dont des GRHM, des MHR, d’autres intervenants ministériels, des représentants de la DSEP et de la DRSE et des représentants d’OAN perçoivent également des liens entre les activités et extrants du Groupe et l’amélioration de la santé et du bien-être. Les liens qui suivent sont au nombre de ceux qui ont été mentionnés :

- Développement de la capacité communautaire.
- Amélioration de la fréquence de la surveillance des maladies transmissibles (p. ex., VNO) grâce à la collaboration avec les AHM, ce qui contribue à la détermination des risques.
- Établissement de liens entre les AHM et les collectivités.
- Amélioration au plan de l’eau potable et activités du programme sur l’eau potable.
- Détermination des besoins des collectivités et participation de ces dernières à la satisfaction de ces besoins.
- Planification des mesures d’urgence, des interventions et de la reprise des activités.
- Plus grande sensibilisation aux facteurs de risque chez les membres des collectivités, ce qui contribue à améliorer la détection des risques pour la santé.

4.4 Conséquences non voulues et incidences de plus grande portée

L’évaluation n’a pas mis au jour de nombreuses conséquences non voulues ou incidences de plus grande portée du Groupe. Lorsqu’ils ont été invités à décrire les conséquences non voulues et les incidences de plus grande portée, les informateurs clés ont formulé des observations qui, pour la plupart, peuvent de fait être attribuées aux résultats à moyen et à long terme du programme. Voici quelques-unes des observations qui ont été formulées lors des entrevues avec les informateurs clés :

- **Établissement de rapports dans les collectivités** – les projets de recherche participative axée sur la collectivité ont débouché sur l’accroissement des rapports établis et du renforcement des collectivités. Ils ont notamment fait intervenir les aînés et les jeunes, qui ont participé ensemble à des projets de recherche s’étant soldés par la mise en commun des connaissances et par la création de liens d’amitié.
- **Établissement de rapports de confiance entre les collectivités et le gouvernement** – les collectivités des Premières nations ont accordé une plus grande confiance aux organisations gouvernementales par suite de l’invitation lancée à une organisation des Premières nations (FNUC) d’agir en tant qu’intermédiaire pour la direction et la coordination des appels pour des projets de recherche.
- **Obstacles à la présentation de demandes de recherche** – certaines collectivités peuvent être intimidées par le processus de présentation de demandes de recherche si elles ne disposent pas déjà d’une solide capacité de recherche, ce qui contribue à la présentation d’un moins grand nombre de demandes.

- **Incidence positive des CCQEP sur la collectivité générale** – les collectivités des Premières nations ont réagi positivement aux efforts de renforcement de la capacité au niveau de la collectivité découlant de l'embauche et de la formation de CCQEP. Compte tenu de l'attention accordée à la formation des membres des collectivités de Premières nations, on s'attend à ce que cette capacité demeure dans la collectivité et influe indirectement sur d'autres secteurs de cette dernière comme l'emploi et l'acquisition de compétences.
- **Attention négative des médias attribuable aux activités de contrôle de la qualité de l'eau** – les activités importantes de contrôle de la qualité de l'eau (p. ex., avis de faire bouillir l'eau) peuvent attirer une attention médiatique négative. Bien que les avis de faire bouillir l'eau soient une indication que des risques ont été déterminés et que d'éventuelles mesures d'atténuation sont possibles, les médias les présentent souvent comme étant un manquement du système de traitement de l'eau plutôt qu'une capacité de déterminer et de régler des risques.

5.0 Rendement du Groupe HM-RE : Constatations relatives à l'économie et à l'efficience

En raison des défis liés à la disponibilité des données sur le rendement et des données financières, nombre des analyses prévues de l'économie et de l'efficience n'ont pas pu être effectuées. Tel est notamment le cas des analyses visant des indicateurs comme le ratio coûts-résultats ou le ratio coûts-activités, la comparaison des données prévues aux données réelles et la diminution du gaspillage ou de la perte de ressources. L'équipe a dû limiter les évaluations aux analyses des seules données qualitatives obtenues grâce aux entrevues avec des informateurs clés et à certains renseignements extraits de la recension des écrits.

5.1 Démonstration par le Groupe de la minimisation des ressources tout en maximisant les extrants

Un élément visant à évaluer l'économie du Groupe était la question de savoir s'il avait minimisé le recours aux ressources tout en maximisant ses extrants. Les entrevues avec les informateurs clés, à savoir des GRHM et des représentants DSEP et de la DRSE, ont constitué la principale source de données. Au nombre des indicateurs ayant été examinés, mentionnons les mesures prises pour minimiser les coûts ainsi que la satisfaction des intervenants à l'égard de l'affectation des ressources au chapitre de la pertinence, des activités et des extrants.

Mesures prises pour minimiser les coûts

Des informateurs clés participant à la gestion et à l'exécution des activités du Groupe ont fait savoir que le Groupe réalisait ses activités et extrants avec des ressources limitées. Quelques GRHM (2 sur 7) ont signalé que la DSEP réussit à obtenir beaucoup en subissant des coûts globaux limités et ont notamment cité à ce chapitre l'exemple de la mise en commun du matériel entre des AHM d'une région. Ils ont aussi fourni les exemples suivants de la minimisation des ressources : établissement de postes d'agents de projet ciblant un domaine de responsabilité, ce qui semble avoir accru l'efficience (p. ex., postes consacrés aux accords de contribution); embauche de CCQEP au lieu de confier les analyses à des AHM; et création de possibilités d'enseignement et de formation à distance qui ont augmenté l'accès à la formation tout en minimisant les ressources requises pour exécuter ces activités.

Lors des entrevues, la plupart (3 sur 4), des représentants de la DSEP ont indiqué que la mise en œuvre du *Cadre national du Programme de santé environnementale et publique* devait servir à maximiser les extrants en fournissant aux AHM davantage de directives sur les activités de programmes et en augmentant la clarté de ces dernières. En outre, quelques représentants de la DSEP (2 sur 4) ont signalé que les données du SIHM, lorsqu'elles seront plus complètes, contribueront à offrir des programmes davantage axés sur les preuves et à améliorer la qualité des rapports sur les programmes.

Des représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution pour la recherche ont cité des exemples principaux pour démontrer comment les ressources avaient été minimisées et les extrants, maximisés. Ces exemples renvoyaient notamment à l'embauche de membres des collectivités pour mettre en œuvre certains aspects du projet de recherche, comme la collecte de données, l'établissement de budgets fondés sur les extrants techniques et la mise à profit des fonds du PRSE grâce aux contributions en espèces des collectivités et d'autres établissements de recherche.

La plupart des AHM (67 %) ont dit que l'efficience de leurs méthodes de travail avait augmenté « quelque peu » (41 %) ou « nettement » (25 %) au cours des cinq dernières années. Les facteurs les plus souvent mentionnés ayant contribué à cette amélioration de l'efficience étaient l'accroissement des connaissances des collectivités dans lesquelles ils travaillent ainsi que l'amélioration des rapports et des communications avec les dirigeants et le personnel des collectivités. Quelques AHM[118] ont également indiqué que le SIHM avait amélioré l'efficience de leurs méthodes de travail en les rendant plus uniformes pour la présentation des rapports et en fournissant des plans de travail et des activités plus faciles à suivre.

Satisfaction à l'égard de l'affectation des ressources

La majorité des répondants de la DRSE et de la DSEP (5 sur 8) estiment que les ressources humaines et financières sont satisfaisantes et sont utilisées de manière efficiente en vue de la réalisation des extrants. Quelques-uns des répondants (3 sur 8) ont indiqué que les ressources humaines et financières n'étaient pas suffisantes. Pour étayer cette observation, on a cité

[118] « Quelques » par rapport aux résultats du sondage désigne un pourcentage d'AHM se situant entre 1 % e 10 %.

l'exemple suivant : les bureaux national et régionaux comptent dans une large mesure sur les fonds visant l'eau potable pour veiller à ce que d'autres programmes de base soient offerts dans les collectivités. Or, cette mesure pourrait ne pas être durable étant donné que le Conseil du Trésor doit renouveler périodiquement le financement des programmes visant l'eau potable et que ce financement n'est pas prévu aux budgets des services votés.

La plupart des GRHM (6 sur 7) ont fait savoir que le niveau actuel de ressources consacrées aux programmes SEP (ce qui comprend des ressources du Plan d'action pour l'eau) était satisfaisant pour atteindre les résultats escomptés. Toutefois, à l'instar des représentants nationaux, ils ont dit s'inquiéter qu'une proportion importante des ressources actuelles soient liées au financement du Plan d'action pour l'eau, qui doit prendre fin en 2012. De plus, des GRHM ont dit qu'il fallait obtenir plus de ressources à consacrer à l'équipement (1 sur 7) et à la recherche (1 sur 7).

Certains exemples de cas où la minimisation des ressources a limité les extrants ont été présentés lors des entrevues avec les informateurs clés. Les activités que les AHM exécutent dans les collectivités constituent le principal mécanisme de production des extrants du PSEP au niveau de la collectivité. Selon des GRHM et des AHM, il existe une corrélation directe entre les activités et extrants des AHM au niveau actuel de ressources et le nombre de visites qu'ils rendent chaque année dans chaque collectivités et la quantité de temps qu'ils peuvent passer dans la collectivité. Lorsque la charge de travail des AHM est tellement lourde qu'ils sont poussés à leurs limites, ils ne traitent souvent que des cas les plus urgents lorsqu'ils se rendent dans les collectivités. Le nombre d'activités et d'extrants qu'ils réalisent s'en trouvent donc limité, ce qui, au bout du compte, limite l'étendue et la profondeur de la couverture des risques décrits dans le *Cadre national du Programme de santé environnementale et publique*. De même, certains ont fait valoir qu'en ce qui concerne le PRSE, la minimisation des ressources en raison des budgets restreints pour la recherche et le grand nombre de projets à une seule phase pouvaient limiter les extrants produits et leur durabilité au plan du renforcement de la capacité de la collectivité.

Les GRHM ont également mentionné d'autres défis liés à l'affectation des ressources, dont ceux qui suivent :

- La quantité de ressources du PSEP disponibles constitue un défi pour les régions lorsqu'elles s'acquittent de priorités nationales et de priorités régionales.
- Une nouvelle initiative relative au radon devrait être mise en place sous peu; elle exigera des ressources mais ne s'accompagnera pas de fonds additionnels.
- Peu de fonds sont consacrés à la recherche de sorte que les affectations aux collectivités ne sont pas suffisantes pour assurer de bons résultats de recherche.
- Aucunes nouvelles ressources ne sont attribuées à mesure que croît la population des collectivités et que s'accroît leur infrastructure.

5.2 Gestion des ressources par le Groupe pour veiller à l'atteinte de résultats pertinents

Les principaux indicateurs ayant servi à évaluer la mesure dans laquelle les ressources du Groupe sont gérées de manière à assurer la réalisation de résultats pertinents ont été la détermination des facteurs de coûts, les preuves de redondance ou de double emploi ainsi que les points de vue sur les obstacles et défis empêchant l'atteinte des résultats pertinents. Les entrevues avec les informateurs clés ont été la principale source de données concernant ces indicateurs.

Facteurs de coût

La plupart des GRHM ont dit que les principaux facteurs de coûts étaient les salaires (AHM et CCQEP), les déplacements, les accords avec des fournisseurs de services externes (p. ex., élimination des matières dangereuses, laboratoires, fournisseurs d'équipement). Des représentants de la DSEP ont fait état de facteurs semblables de coûts, à savoir les salaires du personnel, les déplacements, les véhicules et l'équipement. Pour leur part, des répondants des collectivités des Premières nations (14 sur 35) ont signalé que les salaires, l'équipement et les contrats conclus avec des fournisseurs de services représentaient les plus importants facteurs de coûts. Quant aux répondants de la DRSE, ils ont indiqué que les facteurs de coûts importants étaient les coûts du ministère (p. ex., 20 % du budget des programmes affectés à des secteurs comme les communications, les technologies de l'information et les ressources humaines) et les ressources devant être consacrées à la satisfaction des exigences en matière de rapports (ce qui est surtout vrai dans le cas de la DSEP et des bureaux régionaux). Les représentants d'entités ayant conclu des accords de contribution pour la recherche ont fait état de deux facteurs de coûts, à savoir les déplacements et l'hébergement, et l'analyse des échantillons.

Preuves de redondance et de double emploi

Des informateurs clés ont mentionné un nombre minime de cas de redondance et de double emploi au sein du Groupe ou entre le Groupe et d'autres services ou organisations. Pour leur part, des représentants de la DSEP ont fait remarquer qu'à prime abord, les huit programmes de base du PSEP au niveau national peuvent sembler faire double emploi étant donné qu'ils se chevauchent (p. ex., les secteurs des maladies transmissibles et de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence chevauchent les six autres secteurs de programme de base; des activités d'élimination des déchets solides peuvent être exécutées dans les cadre d'inspections de logements ou d'installations). Cependant, dans le cadre de l'évaluation des programmes de base de 2005, les AHM ont indiqué que les huit secteurs de programme de base étaient des secteurs d'activités clés exigeant des paramètres et des consignes qui leur sont propres (qui sont fournis par le Cadre national du Programme de santé environnementale et publique) tout en reconnaissant et en préconisant leur intégration horizontale. D'autres secteurs présentant d'éventuels chevauchements ont été jugés complémentaires (p. ex., les rôles d'AINC et de Santé Canada au niveau des collectivités en matière d'analyse de la qualité de l'eau potable; les rôles de la SCHL et de Santé Canada en matière de logement). La plupart des autres intervenants du gouvernement (5 sur 8) conviennent que les rôles d'AINC et de Santé Canada (y compris la DGSPNI) se complètent l'un à l'autre au lieu de se chevaucher.

L'intégration des services et règlements provinciaux qui s'appliquent aux collectivités des Premières nations constitue un autre secteur éventuel à l'égard duquel la redondance et le chevauchement pourraient être minimisés tout en contribuant à l'atteinte du résultat stratégique qui consiste à réduire les inégalités en santé entre les Premières nations et les Inuits et les autres Canadiens. À l'heure actuelle, l'intégration des activités du Groupe aux activités provinciales en matière de santé varie selon les régions. Des négociations tripartites entre les Premières nations, les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral sont en cours dans certaines régions et visent l'intégration des services, des normes et des règlements. Dans certaines régions, des textes de loi provinciaux sur la santé publique ont délégué aux MHR en SPNI le pouvoir de traiter de certains enjeux (p. ex., risques liés aux maladies transmissibles, intervention en cas d'urgence) au moyen de protocoles provinciaux, tandis que dans d'autres, les médecins hygiéniques provinciaux disposent de certains pouvoirs législatifs leur permettant de régler des enjeux liés à la santé publique dans les réserves. Enfin, certaines régions ont conclu des protocoles d'entente ou d'autres accords avec les provinces pour assurer la prestation des services de santé environnementale et publique dans les réserves (p. ex., protocoles d'entente relatifs au soutien de la surveillance et des interventions concernant le virus du Nil occidental, recours à des inspecteurs provinciaux en santé publique pour évaluer certaines installations dans les réserves).

Points de vue des intervenants et des experts sur les obstacles et les défis

La plupart des GRHM (6 sur 7) ont signalé quelques défis à l'égard des rapports sur le programme d'eau potable. Ils ont fait remarquer que le financement de la surveillance de l'eau potable représentait une si faible proportion du financement global dans les accords de contribution cumulés que les collectivités ne se concentrent pas toujours sur leurs responsabilités en matière de présentation de rapports, surtout en ce qui a trait à l'eau. En outre, des GRHM ont indiqué que l'absence de rôles, de responsabilités et d'attentes en matière de rapport définis dans les accords de financement conclus avec les collectivités venait aggraver ce défi.

Certains GRHM (4 sur 7) ont dit avoir de la difficulté à gérer les ressources afin d'assurer la réalisation des résultats étant donné que certains membres de l'effectif de la DSEP manquent d'expertise à l'égard du contenu, d'expérience en santé publique et d'expérience avec les collectivités des Premières nations et les régions. Cette situation est source de défis pour l'établissement d'orientations stratégiques pertinentes pour le PSEP, pour la collaboration avec d'autres ministères fédéraux et pour la compréhension des besoins des régions et des Premières nations. Les GRHM ont notamment cité les exemples suivants (traduction libre) :

- *Elle [la DSEP] établit le budget et l'orientation nationale, mais très peu de gens de la DSEP à l'administration centrale ont suivi une formation en santé publique. En plus, la plupart des gens qui établissent l'orientation des programmes n'ont aucune expérience auprès des Premières nations.*
- *L'administration centrale et les régions semblent travailler de manière contreproductive : ils travaillent pour le cabinet du Ministre et nous travaillons pour les Premières nations. Ils sont donc pressés alors que le travail auprès des Premières nations suppose l'adoption d'une approche distincte en matière de temps. Il n'existe pas beaucoup de cohésion et de collaboration entre les groupes.*

Ces constatations pointent vers la nécessité d'améliorer les communications et d'accroître la cohérence entre les priorités régionales et nationales.

Un autre secteur principal constitue un défi, à savoir l'échéancier, la durée et le montant du financement des projets de recherche participative axée sur la collectivité, comme nous l'avons déjà indiqué à la section 4.1.

5.3 Productivité optimale démontrée par le Groupe tout en minimisant les efforts et en assurant la qualité des résultats

Les principaux indicateurs ayant servi à évaluer la mesure dans laquelle le Groupe fait montre qu'il atteint une productivité optimale tout en minimisant les efforts et en assurant la qualité des extrants ont été l'examen des indicateurs de souplesse des modèles de financement ou de l'affectation du financement et l'augmentation des programmes et des services fournis et de l'accès à ces derniers.

Souplesse des modèles de financement ou de l'affectation du financement

La souplesse des modèles de financement du Groupe a été démontrée notamment grâce à l'exécution des programmes au moyen d'accords de contribution conclus avec des conseils tribaux et des collectivités des Premières nations. Deux GRHM participant à ces accords de contribution se sont interrogés sur leur efficience et ont fait remarquer la trop grande souplesse qui existe à l'égard de l'affectation et de la circulation des fonds pour satisfaire aux priorités des collectivités ainsi que l'absence de normalisation de l'affectation du financement entre des secteurs de programmes. Quelques MHR (2 sur 4) ont également dit s'inquiéter des fonds transférés étant donné les moyens restreints disponibles pour surveiller comment ces fonds sont dépensés et les questions de compétence qui surgissent.

Augmentation des programmes et services fournis et de l'accès à ces derniers

Comme nous l'avons déjà montré à la section 4.1, on constate des augmentations de l'accès à différents programmes et services offerts par le Groupe au cours des cinq dernières années. De plus, des augmentations de la normalisation et de la qualité des évaluations des risques menées par les AHM ont été observées au cours de cette période. En outre, environ deux tiers des AHM (63 %) signalent que la qualité et le niveau de service qu'ils ont pu fournir pour satisfaire aux besoins des collectivités avaient augmenté « quelque peu » (45 %) ou « nettement » (18 %) au cours des cinq dernières années. Des visites plus fréquentes dans les collectivités et l'augmentation du temps passé dans les collectivités ont été les principaux facteurs auxquels les AHM ont attribué cette augmentation.

5.4 Autres méthodes éventuelles d'exécution des programmes

L'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure de trouver d'autres mesures éventuelles d'exécution des programmes susceptibles de produire des résultats semblables pour le Groupe dans la recension des écrits ni grâce aux entrevues avec les informateurs clés. Cet état de chose est en partie causé par la nature unique des programmes en santé environnementale, le désir de veiller à ce que les collectivités des Premières nations reçoivent des services comparables à ceux offerts aux autres Canadiens, les exigences d'accréditation des professionnels participants ainsi que le fait que la santé environnementale et publique soit un programme exigé par la Direction générale.

La plupart des modèles de santé publique reconnaissent en général que l'inspecteur en santé publique (ISP) ou l'agent d'hygiène du milieu assume un rôle crucial dans l'équipe de santé publique et le système de prestation des services. Toutes les provinces et administrations canadiennes confient à des ISP et des AHM l'exécution de différentes activités comme les inspections de santé publique, la formation des manipulateurs d'aliments, les enquêtes sur les maladies d'origine hydrique ou alimentaire ou transmises par des vecteurs, le contrôle de la qualité de l'eau potable, le règlement des plaintes concernant d'éventuels dangers pour la santé publique, la prestation de séances de sensibilisation et d'éducation du public ainsi que l'assurance de la conformité aux lois et règlements en santé publique. Pour faire en sorte que les collectivités des Premières nations dans les réserves disposent de services comparables à ceux offerts aux autres membres de la population canadienne, la DGSPNI exécute le PSEP en se servant des modèles de santé publique les plus communément utilisés dans d'autres administrations canadiennes. Le PSEP est un programme obligatoire de santé publique, ce qui signifie que Santé Canada veille à ce que chaque collectivité reçoive les services d'un AHM. Les collectivités recevant des contributions doivent engager un AHM et assurer l'exécution de la gamme complète des programmes du PSEP, tandis que toutes les autres collectivités des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle reçoivent des services directement de Santé Canada.

Enfin, les ISP et les AHM doivent être autorisés à pratiquer conformément aux règles de l'organisme de réglementation professionnelle (Comité d'accréditation des inspecteurs en santé publique de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique – ICISP) et aux lois de la province ou du territoire où les services seront dispensés. Les ISP et les AHM doivent tenir à jour leur accréditation auprès de l'ICISP en obtenant chaque année des crédits de perfectionnement professionnels (acquisition des compétences et formation)[119]. Les exigences relatives aux études et à l'accréditation accompagnant la prestation des services en SEP empêchent que des personnes non qualifiées soient engagées pour administrer ces services essentiels de santé publique.

[119] Fait à noter, le gouvernement provincial et les municipalités du Québec ne reconnaissent pas exclusivement l'ICHIP lors de l'embauche et de l'agrément des AHM.

6.0 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

De nombreuses conclusions et recommandations ont été formulées à partir des constatations obtenues par l'équipe d'évaluation. Les principales conclusions sont reproduites ci-dessous, suivies des recommandations découlant des conclusions.

6.1 Conclusions

La conception du Groupe lui permet de contribuer à traiter nombre des risques pour la santé environnementale et publique qui sont identifiés comme des enjeux et des secteurs prioritaires dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Il ressort de l'évaluation que les volets du PRSE et du PSEP du Groupe sont conformes aux principaux risques, enjeux et priorités en matière de santé environnementale et publique cernés chez les collectivités des Premières nations et des Inuits. Il s'agit notamment de secteurs de risque particuliers comme ceux de l'eau potable, des eaux usées, du logement, des déchets solides et de la Salubrité alimentaire, ainsi que de secteurs plus horizontaux et intersectoriels comme ceux des maladies transmissibles, des contaminants environnementaux, des changements climatiques et de la préparation en cas d'urgence. Alors que le volet du PSEP porte exclusivement sur le règlement de ces risques dans les collectivités des Premières nations au sud du 60^{e} parallèle, le volet de la DRSE rejoint des collectivités des Premières nations et des Inuits plus au Nord.

La complexité des risques en santé environnementale déterminés exige des approches qui tiennent compté de nombreux déterminants de la santé dans un modèle de santé de la population globale. L'équipe d'évaluation a conclu que la conception du Groupe réussissait à faire montre de la mise en œuvre d'une approche axée sur la santé de la population compte tenu de la très grande importance qu'il attache à l'engagement et à la participation de la collectivité, à la collaboration et aux partenariats à de nombreux échelons, au renforcement des capacités, à la souplesse, à la prévention et à la collecte d'éléments probants. En continuant de cibler l'intégration, la collaboration et les déterminants de la santé globaux, le Groupe réussira sans doute mieux à contribuer à la santé et au bien-être des membres et des collectivités des Premières nations et des Inuits.

Même si, dans l'ensemble, les activités du Groupe concordent bien avec les risques prioritaires déterminés, l'équipe d'évaluation a mis au jour plusieurs lacunes qui exigent une réflexion plus poussée afin de savoir si le Groupe peut apporter d'autres contributions. Il s'agit notamment des analyses des échantillons d'eau potable qui couvrent les différents systèmes d'approvisionnement en eau potable dans les collectivités des Premières nations (comme les citernes et les puits), de la santé et sécurité au travail, et de la prévention des blessures. Une autre

lacune importante a été décelée, à savoir le manque de ressources nécessaires ou de normes d'application nécessaires pour atténuer de fait les risques liés à la santé environnementale et publique qui ont été cernés (ce point est abordé en profondeur un peu plus loin).

La conception du Groupe assure un équilibre suffisant entre une structure satisfaisante et la souplesse requise pour donner suite à la plupart des besoins des Premières nations et des Inuits et des besoins régionaux, bien que des défis perdurent en ce qui a trait à l'assurance de la prise en compte de la rétroaction communautaire périodique dans la planification des programmes et à l'amélioration de la cohérence des priorités entre les régions et l'administration centrale, de sorte que les régions disposent d'une plus grande marge de manœuvre pour donner suite aux priorités communautaires.

L'équipe d'évaluation a conclu que les deux volets du Groupe arrivent à équilibrer la structure et la souplesse, ce qui leur permet de satisfaire aux différents besoins. Le PRSE a fait montre de souplesse et d'adaptation en soutenant les projets de recherche axée sur la collectivité dans le cadre desquels les collectivités ont fait connaître les besoins, déterminé les questions de recherche et mis en œuvre les projets. Au nombre des autres éléments probants de l'adaptabilité et de la souplesse se trouvent les différents volets de recherche ciblant différents groupes qui assurent un plus grand accès et une plus grande utilisation, ainsi que des fonds de recherche attribués au niveau tant national que régional. Cette souplesse a été mise en balance avec la structure de divers genres de processus d'examen afin d'assurer la qualité des projets de recherche.

Le volet du PSEP fait montre de souplesse en demandant aux AHM de travailler directement chaque année avec les collectivités pour cerner les priorités et élaborer des plans de travail. La souplesse est également démontrée dans les modèles de financement utilisés pour certaines collectivités des Premières nations qui ont conclu des accords de contribution afin de mettre en œuvre leurs propres programmes SEP. La souplesse globale est équilibrée par la structure que fournit le Cadre national du Programme de santé environnementale et publique[120], qui guide la mise en œuvre du volet du PSEP, qui décrit les rôles et responsabilités, les activités et les outils communs. En outre, une structure additionnelle est fournie par l'assurance que tous les AHM soient titulaires de certificats et autorisés à pratiquer conformément aux règles de l'organisme de réglementation professionnelle et aux lois de la province ou du territoire où les services seront dispensés.

Même si, dans l'ensemble, les programmes du Groupe sont adaptés aux besoins et priorités variés des collectivités et des régions, l'équipe d'évaluation a constaté des défis permanents dans ce domaine qu'il convient d'aborder. Premièrement, l'adaptabilité du Groupe peut être limitée en raison de l'absence d'éléments probants fondés sur la recherche des besoins des collectivités et des interventions en SEP souhaitées. L'évaluation peut ne pas avoir cerné quelques priorités et

[120] Santé Canada (2009), *Cadre national du programme de santé environnementale et publique dans les communautés des Premières nations au sud du 60e parallèle.*

.

besoins additionnels propres aux collectivités en raison des limites imposées dans la documentation et du nombre limité d'informateurs clés dans les collectivités ayant fait partie de l'échantillon visé par les entrevues. En outre, certains GRHM et autres informateurs clés ont fait allusion à l'impossibilité de bien traiter les priorités ou les projets communautaires particuliers dans certains cas en raison de l'attention trop grande qui semble être accordée à la surveillance de l'eau potable et à la prise d'échantillons, activité qui, en soi, est dirigée par les priorités et les besoins financiers nationaux (p. ex., Plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées des Premières nations; attention accordée à l'eau potable à l'échelle nationale). Des efforts visant à obtenir de la rétroaction plus régulière des collectivités sur les priorités, les besoins et le degré de satisfaction à l'égard des programmes SEP permettraient de combler cette lacune au chapitre des connaissances. Enfin, d'autres travaux doivent être accomplis afin d'accroître la cohérence et d'améliorer la communication des priorités entre les régions et l'administration centrale.

Les objectifs du Groupe sont conformes aux priorités, rôles et responsabilités du gouvernement du Canada en matière de programmes de santé pour les collectivités des Premières nations et des Inuits, aux résultats stratégiques de Santé Canada, de même qu'au mandat de la DGSPNI.

L'équipe d'évaluation a conclu que les activités et objectifs du Groupe étaient conformes aux priorités actuelles du gouvernement du Canada qui figurent dans les récents plans budgétaires et dans les récentes annonces en matière de santé et d'environnement. De même, elle a constaté que le Groupe se conformait aux rôles et responsabilités du gouvernement du Canada ainsi qu'à ses décisions stratégiques en matière de programmes de santé dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Enfin, l'équipe d'évaluation a conclu que les activités du Groupe étaient nettement conformes aux résultats stratégiques de Santé Canada et au mandat de la DGSPNI.

Le Groupe contribue nettement à l'atteinte de l'objectif à court terme d'améliorer la détermination des risques en santé environnementale et publique et la prise de mesures immédiates d'atténuation à leur égard. Une approche axée sur les collectivités en matière de recherche, les interactions des AHM et les communications avec les collectivités, de même que l'embauche et la formation des CCQEP, sont essentiels à l'atteinte de ce résultat. Toutefois, d'importants défis demeurent dans ce domaine.

L'équipe d'évaluation a conclu que le Groupe contribue directement à augmenter la sensibilisation aux risques en santé environnementale dans les collectivités des Premières nations et des Inuits et la détermination de ces risques. Le succès que ce secteur a connu au cours des cinq dernières années a été jugé considérable et a vraisemblablement contribué à la fois aux avantages et aux défis des collectivités en ce qui concerne l'atténuation des risques, surtout lorsque les risques cernés ont exigé des investissements appréciables dans l'infrastructure ou l'établissement d'un nouvel ordre des priorités communautaires afin de bien les aborder.

Un des principaux facteurs essentiels à la réussite cerné dans ce domaine concernant le volet du PRSE a été la recherche participative axée sur la collectivité qui a été menée. L'équipe d'évaluation a déterminé qu'en demandant aux collectivités des Premières nations et des Inuits de définir le besoin en recherche, de rédiger les principales questions de la recherche et de prendre une part active dans la mise en œuvre et la présentation de rapports sur les résultats, on les rendait plus conscientes et mieux en mesure de déterminer les principaux risques en santé environnementale susceptibles d'influer sur leur santé. La croissance du PRSE au cours de la période a permis au Groupe de fournir des fonds et du soutien à la recherche à d'autres collectivités des Premières nations et des Inuits dans différents domaines relevant des dangers environnementaux et des changements climatiques.

L'équipe d'évaluation a cerné un autre facteur essentiel à la réussite, à savoir la présence d'AHM dans les collectivités des Premières nations. Cette présence favorise l'établissement de rapports et le renforcement de la capacité à de nombreux niveaux (p. ex., membres des collectivités, personnel en santé communautaire, dirigeants, ressources externes). En prenant appui sur les relations et les contacts établis dans la collectivité, l'AHM est en mesure d'identifier et d'instaurer les outils et les connaissances pertinents dont les collectivités ont besoin pour satisfaire à leurs priorités et à leurs besoins. En instaurant les outils et les connaissances qui conviendraient, l'AHM contribue au renforcement de la capacité, qui semble porter principalement sur la sensibilisation aux risques en santé environnementale et la détermination de ces derniers, ainsi que sur leur atténuation immédiate dans la mesure du possible.

Le recours aux CCQEP dans collectivités des Premières nations est un autre élément clé cerné par l'équipe d'évaluation pour l'amélioration de la détermination et de l'atténuation des risques en santé environnementale et publique. De la rétroaction positive a été obtenue sur le fait que la présence d'une ressource dans la collectivité aide non seulement à améliorer la détermination et l'atténuation des risques, mais à réaliser des effets de plus longue portée sur le renforcement de la capacité dans la collectivité.

En dépit des réalisations considérables observées au chapitre de l'amélioration de la détermination des risques et de leur atténuation immédiate au niveau des collectivités, l'équipe d'évaluation a mis au jour quelques obstacles et défis compromettant l'atteinte de ce résultat qu'il conviendrait de prendre en compte en vue d'améliorations futures des programmes du Groupe. Il s'agit notamment de ceux qui suivent :

- **Lacunes éventuelles au chapitre de la connaissance du PRCEPN, ce qui peut influer sur l'accès** – les informateurs clés communautaires (c.-à-d. provenant d'entités n'ayant pas conclu d'accords de contribution pour la recherche) qui ont dit que les contaminants représentaient une priorité pour leurs collectivités ont signalé le manque de connaissance des possibilités en recherche offertes par le PRCEPN.
- **Lacunes au chapitre de la connaissance du rôle des programmes du PSEP, ce qui peut influer sur l'accès et l'utilisation** – certains répondants ont indiqué que des dirigeants, le grand public dans certaines collectivités et les jeunes en tant que groupe démographique ne connaissaient pas bien les rôles et responsabilités du PSEP ainsi que des services qu'il offre.

- **L'échéancier, la durée et la quantité de fonds associés aux projets de recherche participative axée sur la collectivité** – l'équipe d'évaluation a constaté que le transfert de fonds aux entités ayant conclu des accords de contribution ne s'effectuait pas toujours à temps pour les saisons de travaux sur le terrain, qui sont souvent de durée limitée (surtout dans les collectivités du Nord). Ce défi est rendu plus complexe par le fait que la durée du financement des projets est limitée à douze mois, ce qui offre peu de temps pour concevoir et mettre en œuvre un projet et en analyser les constatations dans le cadre de la participation axée sur la collectivité. En outre, le montant fourni est relativement peu élevé, ce qui oblige à relever le défi d'être en mesure de faire de la recherche scientifique de qualité avec des budgets très serrés (souvent en régions éloignées), et limite le nombre de collectivités qui peuvent participer.
- **L'insuffisance du nombre d'AHM compte tenu des demandes et des charges de travail courantes** – à l'heure actuelle, la charge de travail de nombreux AHM est tellement lourde qu'ils travaillent en mode « réactif » lorsqu'ils interviennent en cas d'urgences et donnent suite à des demandes plutôt qu'en mode « proactif » de prévention en matière sensibilisation, d'éducation et de formation. C'est ce que certains représentants de collectivités des Premières nations ont indiqué dans leurs commentaires lorsqu'ils ont signalé que les collectivités avaient la capacité de déterminer les risques qui étaient survenus chez elles, mais qu'elles ne disposaient pas de la capacité d'être au courant des risques qui pourraient éventuellement se produire et de les identifier. Cet enjeu pourrait être réglé si l'on permettait aux AHM de se concentrer davantage sur l'éducation et la formation dans les collectivités au lieu d'adopter un mode réactif.
- **Défis à intégrer les AHM dans les collectivités des Premières nations** – le défi relatif au manque d'intégration des AHM dans les collectivités se rapporte en partie au nombre insuffisant d'AHM et au temps limité à leur disposition. L'équipe d'évaluation a constaté qu'il se rapportait également au maintien en poste des AHM et au roulement chez les membres du personnel et les dirigeants des collectivités.
- **Collectivités ayant conclu une entente de transfert** – il est difficile d'assurer la mise en œuvre des activités de SEP dans tous les secteurs de programme de base et des exigences en matière de présentation de rapports (dont celles associées au financement prévu au Plan d'action pour l'eau et aux rôles des CCQEP) des collectivités ayant conclu une entente de transfert.

Le Groupe contribue à la capacité des collectivités des Premières nations de régler et d'atténuer les risques pour la santé environnementale en fournissant aide et soutien aux fins de l'atténuation immédiate des risques, du renforcement de la capacité communautaire et de la protection des intérêts. La mesure dans laquelle les collectivités peuvent tirer parti du soutien offert par le Groupe aux fins de l'atténuation réelle des risques dépend de nombreux facteurs extérieurs au Groupe, comme la disponibilité des ressources au titre des améliorations de l'infrastructure et les priorités de la collectivité.

L'équipe d'évaluation a conclu que le Groupe contribue à régler les risques en santé environnementale principalement en fournissant de l'aide et du soutien dans des domaines comme l'atténuation immédiate des risques, le renforcement des capacités des collectivités et la défense des intérêts. Il ressort des constatations de l'évaluation que le Groupe a réussi assez bien à contribuer à l'atténuation *immédiate* (p. ex., à court terme) des risques, les interventions les plus appropriées à ce chapitre étant les séances d'éducation et de sensibilisation ainsi que des interventions pragmatiques à faible coût (p. ex., tuyaux de ventilation de sécheuses de maison reliés à l'extérieur, consommation d'autres espèces de poissons, établissement de procédures de manipulation des aliments dans des garderies, utilisant d'insectifuges).

Lorsque l'atténuation des risques exigeait des efforts à plus grande intensité de ressources, la contribution du Groupe a pris la forme d'une aide au développement de la capacité de la collectivité dans des domaines comme l'accès aux soutiens de l'extérieur et l'établissement de réseaux pour demander des ressources ou des changements des priorités afin d'être en mesure d'atténuer correctement ces risques. Les travaux du Groupe à ce chapitre surviennent à de nombreux niveaux (communautaire, régional, national) et supposent la collaboration entre de nombreux intervenants, dont des collectivités des Premières nations, des organisations régionales et nationales des Premières nations, des universités, des provinces et territoires, ainsi que d'autres ministères et organismes fédéraux.

Comme nous l'avons déjà indiqué, les contributions du Groupe à l'atténuation des risques peuvent être durement touchées par des situations et des éventualités qui échappent au contrôle du Groupe. Par exemple, l'équipe d'évaluation a constaté que des risques considérables en santé environnementale sont associés au logement. Nombre des enjeux liés au logement avaient trait à la dégradation globale du parc de logements et au manque de logements dans les réserves, à des questions de responsabilité de l'entretien, aux priorités des collectivités et au manque de ressources pour les réparations et les rénovations. Bien que le Groupe puisse se faire le défenseur des intérêts et se concentrer sur l'atténuation immédiate des risques exigeant des ressources limitées, nombre des risques pour la santé liés aux logements peuvent supposer des investissements plus appréciables et la conclusion d'ententes sur les priorités qui échappent au contrôle du Groupe.

Le PSEP doit déployer des efforts soutenus pour renforcer la capacité des collectivités dans le domaine de l'atténuation des risques (p. ex., grâce à la communication des risques et à la mobilisation des dirigeants des collectivités, à la provision de ressources et d'activités de liaison pour rapprocher les collectivités aux autres soutiens). En outre, le PSEP peut poursuivre ses activités aux niveaux national, régional et communautaire en vue d'élaborer des normes exécutoires pour veiller à ce que les risques pour la santé publique soient atténués au besoin.

Le Groupe contribue à l'atteinte du résultat à long terme qui consiste à améliorer la santé et le bien-être des membres et des collectivités des Premières nations et des Inuits grâce à ses contributions aux déterminants de la santé comme les environnements physiques, les habitudes de santé personnelles, les services de santé et la culture, ainsi que grâce à ses travaux de collaboration avec les partenaires.

Bien que l'équipe d'évaluation n'ait pas été en mesure d'évaluer directement les contributions du Groupe à l'atteinte du résultat à long terme qui consiste à améliorer la santé et le bien-être des membres et des collectivités des Premières nations et des Inuits, elle a conclu, en se fondant sur la concordance avec un modèle de santé de la population, que le Groupe avait de fait contribué à des déterminants de la santé connus comme les environnements physiques, les habitudes de santé personnelles, les services de santé et la culture. Les contributions dans ces secteurs pourraient bien montrer que des contributions sont apportées dans l'ensemble pour améliorer la santé et le bien-être.

Les contributions du Groupe aux environnements physiques ont pris la forme d'une meilleure détermination des risques en santé environnementale comme la contamination environnementale, les changements climatiques et l'eau potable et une plus grande sensibilisation à ces derniers. Au nombre des contributions aux habitudes de santé personnelles se trouvent des changements au chapitre de la détermination des risques associés à certains domaines, comme les maladies transmissibles, ainsi que de la sensibilisation à leur égard. Le Groupe a contribué aux services de santé en fournissant des services de santé environnementale pertinents par l'entremise des AHM et des CCQEP. En outre, il a contribué au soutien de la culture en finançant la recherche participative axée sur les collectivités, en assurant la pertinence sur le plan culturel des outils et des activités d'éducation et en prévoyant de la souplesse au chapitre de l'élaboration des programmes et du plan de travail du PSEP pour veiller au soutien et au respect des priorités des collectivités.

Enfin, en faisant valoir la collaboration, les partenariats, la collaboration intersectorielle et le renforcement de la capacité, les programmes du Groupe suivent une approche de santé de la population qui reconnaît la complexité des enjeux sur lesquels de nombreux intervenants et secteurs doivent se pencher pour apporter des changements dans le domaine de la santé publique.

En dépit du progrès considérable qui a été accompli au cours des cinq dernières années, des améliorations doivent être apportées à la collecte de données sur les programmes pour faciliter la surveillance et l'évaluation des activités, des extrants et des résultats réels réalisés ainsi que la présentation de rapports sur le sujet. Cette mesure améliorera également la reddition de comptes par le Groupe aux collectivités des Premières nations et aux bailleurs de fonds tout en facilitant l'adoption d'approches axées sur les preuves en matière de planification, de mise en œuvre et de surveillance des programmes.

La collecte et l'analyse des données sur le rendement du Groupe se sont considérablement améliorées au cours des cinq dernières années, mais d'autres efforts devront être déployés pour veiller à ce que les données recueillies tiennent dûment compte des activités, extrants et résultats du Groupe. La surveillance du rendement devrait porter non seulement sur les activités et les extrants, mais aussi chercher à savoir quels résultats immédiats, dont les indicateurs de l'état de santé environnementale et publique, pourraient être mesurés en permanence afin de permettre la prise de décisions fondées sur les preuves concernant les programmes et le suivi des améliorations en santé publique associées aux programmes SEP au fil des ans. Pour ce faire, il

faudra, entre autres stratégies, présenter des rapports sur les données de programmes plus complets, plus rapides et de meilleure qualité (dans les bases de données sur l'eau, le SIHM). De plus, il faut mieux suivre les données financières (crédits et dépenses) au niveau du Groupe afin d'être en mesure d'établir des liens entre les coûts, les extrants et les activités des programmes aux niveaux national et régional et de veiller à ce que des analyses de l'économie et de l'efficience puissent être faites à l'avenir.

L'équipe d'évaluation a constaté que, même si certains AHM et GRHM se montrent très favorables aux développements dans ce domaine et signalent des avantages comme l'amélioration de la qualité des activités de travail et l'amélioration des rapports fournis aux collectivités, d'autres jugent les processus de collecte de données sur les programmes ardus et moins utiles. L'équipe d'évaluation a mis au jour quelques défis, dont le fait que les régions ne se servent pas encore du SIHM, qui représente un volet obligatoire des activités de travail des AHM, et la nécessité d'améliorer en permanence le SIHM. Un autre défi se pose quant à la collecte de données semblables auprès des collectivités fournissant des programmes SEP dans le cadre d'accords de contribution.

L'équipe d'évaluation a conclu que d'importants progrès avaient été réalisés au cours des cinq dernières années en matière de collecte de données sur la qualité de l'eau. Le principal défi qu'elle a observé avait trait au fait que la mesure dans laquelle les systèmes régionaux étaient tenus à jour nuisait souvent à la présentation de rapports au niveau national. Il revient en général aux CCQEP de saisir les données sur la qualité de l'eau, mais on constate malheureusement un fort taux de roulement chez ces employés, ce qui influe directement sur la production en temps opportun des rapports sur la qualité de ces derniers.

Les programmes du Groupe font état d'économie et d'efficience, des mesures ayant été prises pour minimiser les coûts et le double emploi tout en veillant à maximiser les extrants produits et les résultats atteints. La lourde charge de travail des AHM, qui les oblige à travailler de manière réactive plutôt que proactive dans les collectivités, a été identifiée comme un défi principal qui nuit aux résultats. L'insuffisance des ressources disponibles aux fins de la recherche et les lacunes au chapitre de l'expertise et de l'expérience des employés de la DSEP comptent parmi les autres défis constatés.

L'équipe d'évaluation a conclu que les activités du Groupe sont économiques et efficientes. Elle a mis au jour des mesures ayant été prises pour minimiser les coûts, comme le partage d'équipement, l'embauche de CCEQ au lieu d'AHM pour effectuer des vérifications bactériologiques de l'eau potable et la prestation de programmes d'enseignement à distance, qui permettent d'augmenter les possibilités tout en minimisant les coûts de prestation.

La quantité de temps que les AHM passent dans les collectivités a été l'un des facteurs critiques constatés par l'évaluation qui contribuent à l'économie et à l'efficience globales du Groupe. Il ressort de ces constatations que les extrants et les résultats obtenus par le PSEP sont proportionnels à la quantité de temps que les AHM sont en mesure de passer dans les

collectivités. Lorsque les charges de travail sont trop lourdes, les activités des AHM dans les collectivités deviennent plus réactives que proactives, ce qui réduit les possibilités de réussite dans des domaines comme l'établissement de rapports et la transmission des connaissances, qui sont des domaines essentiels à l'atteinte de différents résultats, dont le renforcement de la capacité. L'augmentation du nombre de postes d'AHM, grâce à laquelle les AHM pourraient passer plus de temps dans les collectivités à se consacrer à des activités proactives, comme l'éducation, la formation ainsi que l'établissement de réseaux et de rapports, améliorerait les résultats obtenus.

Même si la réussite du PRSE a été signalée tout au long de l'évaluation, les fonds limités disponibles pour la recherche participative axée sur la collectivité semblent nuire aux résultats réels qui auraient pu avoir été atteints. Les montants peu élevés jumelés à la durée limite de douze mois ne sont pas propices au renforcement et au maintien de la capacité de la collectivité à déterminer et à atténuer les risques. En outre, l'équipe d'évaluation a constaté des éléments montrant que certaines collectivités semblent ne pas être au courant du financement de la recherche mais demandent de participer à des recherches afin qu'elles les aident à déterminer les risques, surtout en matière de contaminants environnementaux. Cela laisse entendre que la demande éventuelle visant le volet de la recherche pourrait être encore plus grande si le niveau de sensibilisation est haussé.

L'autre grand défi se trouve dans le domaine des ressources humaines à la DSEP. Les régions ont mentionné que certains membres du personnel de la DSEP manquaient d'expertise relative au contenu, d'expérience en santé publique et d'expérience auprès des collectivités des Premières nations. Ces lacunes soulèvent des défis au plan de l'établissement de l'orientation stratégique qui convient pour le PSEP, de la collaboration avec d'autres ministères fédéraux et de la compréhension des besoins des régions et des Premières nations.

L'un des plus grands risques auxquels est confrontée la conception du Groupe est le fait qu'il dépend dans une large mesure du financement offert par le Plan d'action pour l'eau, qui doit prendre fin en 2012. Si cette source de financement n'est pas renouvelée ou si une nouvelle source n'est pas trouvée, il est fort probable que le PSEP doive diminuer sa taille d'environ de moitié, ou plus. Cette réduction influerait non seulement sur les services d'eau potable et de traitement des eaux usées mais aussi sur la détermination et l'atténuation des risques globaux en santé environnementale, vu la nature intégrée de ces risques.

À l'heure actuelle, les programmes du PSEP comptent dans une large mesure sur le financement offert par le Plan d'action pour l'eau au niveau national tout autant qu'au niveau régional. Plus de la moitié des fonds du PSEP proviennent du Plan d'action pour l'eau. Bien que les fonds de ce Plan d'action visent les risques liés à l'approvisionnement en eau et au traitement des eaux usées, le PSEP a quand même pu adopter une approche globale en matière de détermination et d'atténuation des risques environnementaux en raison de la nature intégrée des risques (p. ex., les risques liés à l'approvisionnement en eau et au traitement des eaux usées ont trait à une myriade d'autres risques comme ceux associés aux contaminants environnementaux, au logement, aux déchets solides, aux maladies transmissibles et à la préparation en cas d'urgence). En conséquence, le gros du financement du Plan d'action pour l'eau a servi à embaucher des AHM supplémentaires qui fournissent de la formation et du soutien aux CCQEP et aident les

collectivités des Premières nations à déterminer et à atténuer de *nombreux* secteurs de risque en santé environnementale. Si cette source de financement, qui doit prendre fin en 2012, n'était plus mise à la disposition du PSEP, l'incidence se ferait sentir bien au-delà des risques liés à l'eau potable et au traitement des eaux usées dans les collectivités des Premières nations.

Un des principaux défis que doit relever le Groupe est sa dépendance envers des sources externes, dont d'autres ministères et autorités, afin d'atteindre les résultats escomptés, à savoir le renforcement de la capacité des Premières nations et des Inuits à régler et à atténuer les risques en santé environnementale. À ce chapitre, deux éléments clés entrent en jeu, à savoir le manque de ressources à consacrer à l'atténuation des risques en SEP et l'absence de normes ou de règlements exécutoires dans les collectivités des Premières nations.

Les activités du Groupe ont été conçues principalement pour cibler les premières étapes de la sensibilisation et de la détermination des risques, qui aboutissent sur des conseils et des recommandations sur la manière de réduire ou d'atténuer les risques déterminés. Idéalement, lorsque les activités du Groupe (p. ex., projets de recherche, services des AHM) ont sensibilisé les collectivités aux risques et leur ont permis de déterminer les risques, ces dernières peuvent s'acheminer vers l'atténuation des risques. L'équipe d'évaluation a conclu que c'est à ce stade que surgissent la plupart des défis, et ce, pour deux raisons principales : 1) le manque de ressources pour l'atténuation (se rapportant surtout au logement et à l'infrastructure) et 2) l'absence de mesures ou de règlements exécutoires dans les collectivités des Premières nations. Ces deux facteurs échappent à l'influence et au contrôle directs du Groupe.

La contribution du Groupe à l'atténuation des risques prend la forme de collaboration à différents niveaux (local, régional, national) avec des collectivités, des organisations des Premières nations et des Inuits, des provinces et des territoires ainsi que divers ministères et organismes fédéraux afin de demander et de cerner d'éventuelles ressources pour l'atténuation des risques et de contribuer à l'établissement de cadres de normes ou de règlements acceptables et pertinents dont se serviraient les Premières nations. On a par exemple proposé la tenue de discussions avec les provinces sur les modèles d'intégration aux fins de la prestation des services de santé et des accords tripartites qui intégreraient les règlements et pouvoirs provinciaux aux programmes de santé des Premières nations. On a aussi fourni l'exemple du projet actuel de cadre législatif pour l'eau potable et les eaux usées de Santé Canada et d'AINC qui suppose une participation permanente avec les collectivités, des organisations et des dirigeants des Premières nations depuis 2006.

6.2 Recommandations

Les recommandations suivantes ont été formulées en fonction des constatations et des conclusions de l'évaluation.

1. **Élargir et améliorer le modèle communautaire de prestation des services pour les programmes de santé environnementale et publique**

   La force du Groupe HM-RE est sa capacité de fournir des programmes communautaires partout au Canada. L'expansion et l'amélioration du modèle de prestation des services communautaires découlant de l'augmentation de la présence des AHM dans les collectivités et de l'adaptation des programmes aux besoins propres aux collectivités veilleront à l'efficacité et à l'efficience futures du Groupe.

2. **Poursuivre et améliorer les efforts de renforcement de la capacité des collectivités en matière d'atténuation des risques en santé environnementale et publique.**

   Le Groupe HM-RE a connu d'importants succès en matière de détermination des risques. Pour faciliter le passage de la détermination des risques à l'atténuation de ces derniers afin de protéger la santé publique, il faudrait adopter des lois fédérales, conclure des accords d'intégration ou tripartites, prendre des règlements internes au niveau des collectivités et partager les connaissances.

3. **Assurer la prise de décisions reposant sur les preuves dans le cadre du programme de santé environnementale et publique ainsi qu'en matière d'élaboration et d'exécution des politiques.**

   Le Groupe HM-RE a instauré d'importantes mesures en vue de la prise de décisions fondées sur les preuves. Il a établi des indicateurs de base du rendement, mais il peut continuer de lier les travaux à la santé publique en recueillant et en analysant systématiquement les données, en examinant les incidences sur la santé publique et en adaptant en conséquence les programmes.

4. **Examiner des options qui assureront le financement à long terme des programmes du Groupe**

   Le gros du financement des programmes du Groupe HM-RE doit prendre fin au cours des prochaines années. S'il ne trouve pas une source continue de financement à long terme, le Groupe ne pourra pas mettre de l'avant les programmes existants ni mettre en œuvre d'autres recommandations découlant de la présente évaluation. Le financement à long terme est essentiel pour que le Groupe HM-RE puisse continuer de contribuer avec efficience et efficacité à l'amélioration de la santé et du bien-être des peuples des Premières nations et des Inuits.