Health Canada Santé Canada

PROGRAMME DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET IMMOBILISATIONS (PESI)

ÉVALUATION DU GROUPE

Rapport final

Mars 2012

Canada

TABLE DES MATIÈRES

- **Plan d'action de gestion — Programme des établissements de santé et immobilisations — Évaluation du groupe**

- **Programme des établissements de santé et immobilisations — Évaluation du groupe — Rapport final**

PROGRAMME DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET IMMOBILISATIONS (PESI) - Évaluation du groupe
Plan d'action de gestion

Nota : Grouper les recommandations en fonction des questions fondamentales d'évaluation
- Pertinence : besoin continu du programme; conformité aux priorités du gouvernement; harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement
- Rendement : réalisation des résultats escomptés [efficacité]; démonstration d'efficience et d'économie

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats attendus	Responsabilisation	Échéance

Examiner des façons de restructurer ou remplacer le SIGBI et de rendre son utilisation obligatoire. Ce type de mesures devrait avoir pour but d'améliorer l'utilité du système, à titre de source d'information rentable pour la gestion des programmes par l'AC et les régions. Le changement devrait appuyer l'évaluation future du PESI, y compris la capacité de mesurer l'aspect économique et l'efficience du programme.	• Acceptée. Un système d'information centralisé qui soutient le Programme des établissements de santé et des immobilisations (PESI) est une priorité pour la Division des immobilisations et du soutien opérationnel (DISO).
	
	Restructurer ou remplacer le SIGBI
	• Cette recommandation rejoint les constatations et les recommandations associées à l'examen des pratiques de gestion du processus des accords de contribution pour dépenses en capital de la DGSPNI (Raymond Chabot Grant Thornton Consulting Inc, 2008) et la vérification des accords de contribution pour dépenses en capital (Bureau de la vérification et de la responsabilisation, 2010). Depuis ce temps, le PESI travaille sans relâche à la découverte d'une solution pour le Système intégré de gestion des biens immobiliers (SIGBI) en respectant les contraintes d'une Direction des services de gestion de l'information (DSGI) centralisée et du processus du plan d'investissement (PI) ministériel. Jusqu'à présent, le SIGBI n'a pas été cerné comme une priorité dans le PI en dépit du lobbying exercé par le PESI. En 2011-2012, dans un effort pour faciliter le processus et être prêt advenant que le SIGBI soit reconnu comme une priorité, le PESI a élaboré, avec l'expertise d'un consultant en informatique, un document sur les besoins opérationnels. Pour donner suite à cet effort et de continuer à insister sur l'importance du système:
	  • Une analyse de rentabilité sera effectuée, et
	  • Le SIGBI continuera d'être reconnu comme une priorité d'intervention auprès de la DSGI et il sera demandé qu'il soit inscrit au PI ministériel et financé dans les meilleurs délais.
	
	Utilisation obligatoire du SIGBI
	• En raison des besoins changeants du programme, le SIGBI accuse maintenant des limites fonctionnelles qui se répercutent sur l'utilisation du système. Les régions continueront de recevoir de la formation sur le SIGBI et l'importance du système et de son utilisation par toutes les régions continuera d'être communiquée, notamment grâce au manuel de planification et de gestion du PESI récemment révisé. Plus particulièrement, on prendra la mesure comme suit :.
	• Selon que le SIGBI sera restructuré ou remplacé par un autre système, tous les intervenants ou utilisateurs du SIGBI recevront de la formation sur les rôles et responsabilités liés au système, y compris son utilisation obligatoire.
		Document d'analyse de rentabilité du SIGBI (à l'interne, aucun coût)
		
		Le SIGBI sera reconnu comme priorité d'intervention auprès de la DSGI et on demandera qu'il soit inscrit au PI ministériel (coût à déterminer).
		
		Sept séances de formation régionales et du matériel de formation pour relancer le SIGBI ou mettre en place le nouveau système, y compris une discussion sur les rôles et responsabilités liés au système et son utilisation obligatoire (coût ~15 K$). Cette mesure dépend de la décision de restructurer le SIGBI ou de le remplacer par un autre système.
			Directeur, Division des immobilisations et du soutien opérationnel (DISO), Direction de la planification et de la gestion des affaires (DPGA), Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DPSPNI), Santé Canada (SC)
			
			Directeur, DISO, DPGA, DGPSA, SC
			
			Directeur, DISO, DPGA, DGPSA, SC
				Mars 2013
				
				Mars 2013
				
				Mars 2014
				Dépendent de la décision de restructurer le SIGBI ou de le remplacer par un autre système

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats attendus	Responsabilisation	Échéance
Explorer des façons d'améliorer la priorisation des projets d'immobilisations régionaux, afin de mieux éclairer le processus relatif au plan d'investissement à long terme (PILT). Ceux-ci devraient être conformes avec le nouveau cadre de modernisation du programme des immobilisations.	• Acceptée. Depuis la période d'évaluation (2005/2006 à-2009/2010), une réorientation importante s'est produite au sein du programme, ce qui a altéré la façon dont les projets d'immobilisations sont priorisés. En avril 2011, le PESI a commencé à appliquer le Cadre de modernisation du programme des immobilisations (CMPI), une approche pour la gestion des immobilisations des établissements de santé financée par le PESI. Le principal objectif du cadre est de favoriser une gestion plus efficiente, systématique et durable des immobilisations financées par Santé Canada. Ce cadre accorde la priorité en matière de nouvelles constructions, de remplacement et de recapitalisation aux besoins de santé primaires, aux établissements dont l'âge effectif est le plus élevé et aux communautés les plus fragiles. Il a donc permis une plus grande cohérence dans la priorisation des projets d'immobilisations régionaux. De plus, depuis l'année financière 2011-2012, les budgets d'immobilisations régionaux sont répartis en fonction d'un montant fixe qui correspond à la moyenne des allocations reçues par la région au cours des cinq années précédentes. Par conséquent, chaque région doit travailler à l'intérieur des limites de son allocation et prioriser ses projets afin de respecter son budget. • On estime que la mise en œuvre du CMPI et que la nouvelle méthode de répartition des budgets d'immobilisations régionaux se poursuivra dans un avenir prévisible.	Mise en œuvre intégrale des principes du CMPI dans les régions (sans frais supplémentaire).	Directeur, DISO, DPGA, DGPSA en collaboration avec les directeurs régionaux, Immobilisations et sécurité, Direction générale des régions et programmes (DGRP), SC	Mars 2014
Améliorer, en collaboration avec les programmes de santé de la DGSPNI et les communautés des PNI, les processus en matière de F et E, notamment en précisant les rôles et les responsabilités et en effectuant le suivi des ressources.	• Acceptée. L'amélioration du processus de fonctionnement et d'entretien (F et E), y compris les communications et le suivi, est une priorité pour la DISO et les intervenants régionaux du PESI. Depuis la période d'examen (2005/2006 2009/2010), les mesures suivantes ont été prises en vue d'améliorer le processus de F et E : • On a élaboré un guide F et E (actuellement à l'étape de l'approbation) afin de communiquer aux bénéficiaires des accords de contribution des PN et des Inuits des pratiques exemplaires et des directives sur les systèmes et les équipements de construction essentiels à l'exploitation des établissements. Le guide peut aider les bénéficiaires à remplir leur obligation d'élaborer un plan de gestion pour le fonctionnement et l'entretien des établissements de santé, ce qui devrait éclaircir le processus et les rôles et responsabilités de chacun en matière de F et E. • On a apporté des précisions supplémentaires sur les exigences relatives au F et E des établissements et les responsabilités des bénéficiaires dans le modèle des accords de contribution en 2010. • Des discussions ont eu lieu entre le PESI et la Division des modes de financement en matière de santé (DMFMS) au sujet du codage financier du F et E et de la nécessité que cette information soit inclus dans les accords de contribution en tant que ligne budgétaire. La DMFMS a accepté de vérifier tous les accords de contribution à l'avenir pour s'assurer qu'elles contiennent bien cette ligne budgétaire et d'aviser les bénéficiaires au besoin. Cette initiative permet de communiquer des renseignements aux bénéficiaires sur les pratiques courantes en matière de F et E et leur coût, ce qui est essentiel dans les études comparatives, et clarifie les rôles et responsabilités.	Guide et principes de F et E approuvés (aucun coût). Analyse de rentabilité sur le F et E aux fins d'examen et d'approbation par le comité de la haute direction (aucun coût). Matériel de communication/ formation sur le guide F et E pour les bénéficiaires des accords (coût ~15 K$). Calendrier de formation/communi-cation concernant les bénéficiaires (aucun coût). Accords flexibles et globales (plan de travail et plan de santé pluriannuels) qui comprennent des précisions sur les exigences en matière de F et E et les rôles et responsabilités des bénéficiaires (aucun coût).	Directeur, DISO, DPGA, DGPSA, SC Directeur, DISO, DPGA, DGPSA, SC Directeur, DISO, DPGA, DGPSA, SC Directeur, DISO, DPGA, DGPSA en collaboration avec les directeurs régionaux, Immobilisations et sécurité, DGRP, SC Directeur, DISO, DPGA, en collaboration avec le Directeur, Division des modes de financement en matière de santé, DPGA, DGSPNI, SC	Septembre 2012 Mars 2013 Mars 2013 Mars 2013 Septembre 2013

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats attendus	Responsabilisation	Échéance

	• Le manuel de planification et de gestion récemment révisé du PESI comprend une section qui traite du processus de F et E, y compris des précisions sur les rôles et responsabilités.
	• Pour faire suite aux mesures précédentes et afin de souligner davantage l'importance d'un processus de F et E bien défini, les activités suivantes seront entreprises :
	  • On approuvera le guide et les principes de F et E;
	  • On procédera à une analyse de rentabilité, y compris un examen et une analyse des niveaux de financement actuels du processus de F et E
	  • Du matériel de communication et de formation sur le guide F et E sera préparé à l'intention des bénéficiaires
	  • Des révisions seront apportées aux accords de contribution afin de clarifier les exigences en matière de F et E des établissements de santé ainsi que les rôles et responsabilités des bénéficiaires.			

Santé Canada
Health Canada

PROGRAMME DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET IMMOBILISATIONS

Évaluation du groupe

Rapport final

Le 28 février 2012

Canada

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire ..... **iii**

Historique et contexte **1**

Description du programme 1
Financement du programme 4
Structure de gouvernance 5
Classement des projets par ordre de priorité 6
Processus de répartition des immobilisations 7
Autres activités de programme 8
Contexte de l'évaluation 8
Limites 12

Rendement – Pertinence **12**

Est-ce que le PESI répond aux priorités du GC? 12
Est-ce que le PESI réalise les résultats stratégiques du ministère ? 13
Est-ce que le PESI s'harmonise aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral? 14
Est-ce que le PESI est nécessaire? 14

Rendement – Efficacité **16**

Dans quelle mesure le PESI a-t-il soutenu la gestion de projet des établissements de santé? 16
Est-ce que les ressources sont affectées aux communautés qui en ont le plus besoin? 16
Dans quelle mesure les processus de gestion environnementale ont-ils été améliorés? 18
Dans quelle mesure les problèmes de sécurité ont-ils été cernés et résolus? 20
Est-ce que la planification ou la mise en œuvre des améliorations matérielles des établissements de santé du PESI a répondu aux besoins des communautés? 21
Est-ce que les fonctions de F et E ont été adéquates? 22

Rendement – Efficience et économie **24**

Est-ce que les ressources utilisées pour l'exécution se rapprochent du minimum requis pour atteindre les résultats prévus? 24
Est-ce que les établissements ont été achevés en respectant les échéanciers et les budgets prévus? 25
Existe-t-il des moyens d'améliorer l'efficience et l'économie de l'exécution du programme? 26

Conclusions et recommandations **27**

Conclusions 27

Annexe A — Modèle logique du PESI **29**

Liste des tableaux

Tableau 1 – Nombre d'immeubles par type d'établissement et par région 3
Tableau 2 – Critères de la DGSPNI pour la classification des établissements de santé (2005-2006 à 2009-2010) 3
Tableau 3 – Allocations au titre du financement par services votés 4
Tableau 4 – Financement durable 4
Tableau 5 – Aspects fondamentaux et questions d'évaluation 9
Tableau 6 – Indicateurs relatifs aux résultats spécifiques au PESI 10
Tableau 7 – Nombre d'établissements par région qui présentent au moins un problème environnemental 15
Tableau 8 – Nombre d'établissements dont la moyenne d'âge réel est de plus de 20 ans par région et pourcentage régional des établissements dont l'âge moyen est de plus de 20 ans. 15
Tableau 9 – Progrès dans la résolution des problèmes environnementaux de priorité 3 et 4 * recommandations du MSVCE 19

ACRONYMES

AC	Administration central
ACDC	Accords de contribution pour dépenses en capital
CEDG	Comité exécutif de la direction générale
CEPI	Comité d'examen du programme d'immobilisations
CERI	Comité d'examen et de répartition des immobilisations
CT	Conseil du Trésor
DGPSI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
DISO	Division des immobilisations et du soutien opérationnel
DGRP	Direction générale des régions et des programmes
ECE	Évaluation de conformité environnementale
EIE	Évaluation intégrée des établissements
F et E	Fonctionnement et entretien
GC	Gouvernement du Canada
GRS	Gestionnaires régionaux de la sécurité
MSVCE	Module de suivi de la vérification de conformité environnementale
PAEC	Plan d'action économique du Canada
PESI	Programme des établissements de santé et immobilisations
PILT	Plan d'investissement à long terme
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones
PNI	Premières nations et Inuits
SCGC	Système de gestion des contrats et contributions
SIGBI	Système intégré de gestion des biens immobiliers
SMA	Sous-ministre adjoint
SPNI	Santé des Premières nations et des Inuits

SOMMAIRE

Le Programme des établissements de santé et immobilisations (PESI) vise à favoriser l'autonomie des bénéficiaires membres des Premières nations et des Inuits (PNI) dans le secteur des dépenses en capital et de la gestion des capitaux afin d'appuyer leur infrastructure des établissements de santé. Le PESI a soutenu la construction, l'acquisition, la location, l'agrandissement et la rénovation d'un nombre total de 989 immeubles au sein de plus de 600 communautés des PNI. L'inventaire est évalué à plus de 1,2 milliard de dollars, et tous les immeubles situés sur les réserves sont détenus en propriété exclusive par les communautés des PNI. Ce programme appuie la mission de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), qui consiste à conférer aux membres des Premières nations et aux Inuits une autonomie et un contrôle à l'égard de leurs programmes et de leurs ressources en matière de santé. Les allocations au titre du financement par services votés à l'égard du PESI totalisaient 117,263 millions de dollars pour la période allant de 2005-2006 à 2009-2010.

L'évaluation visait à déterminer la pertinence et la performance (efficacité, efficience et économie) du PESI entre 2005-2006 et 2009-2010, selon la Politique d'évaluation du gouvernement du Canada (GC) et le plan d'évaluation quinquennal de Santé Canada. L'évaluation s'appuyait sur de nombreuses sources de données probantes, notamment un examen des documents, une analyse de données secondaires sur le rendement, un examen des données financières, un sondage auprès des employés de Santé Canada qui s'occupent du PESI et des entrevues en profondeur auprès de représentants clés des régions et de l'administration centrale (AC).

Pertinence

L'évaluation a révélé que le PESI demeure pertinent par rapport aux priorités actuelles du gouvernement du Canada (GC), aux résultats stratégiques de Santé Canada et aux fonctions du gouvernement fédéral en ce qui a trait à la santé des membres des Premières nations et des Inuits. Elle a également révélé que le PESI répond à un besoin démontrable chez les membres des Premières nations et les Inuits en permettant la mise en place de divers programmes de santé, et en appuyant des travaux de rénovation et d'agrandissement qui répondent à de nouveaux besoins en matière de locaux, de même qu'à des besoins fonctionnels liés à des questions d'environnement, de sécurité et de dégradation.

L'évaluation a révélé que le programme fournit un soutien adéquat à l'égard du processus de gestion de projets lié aux dépenses en immobilisations au niveau des communautés. Conformément aux objectifs du PESI et de la DGSPNI, le programme contribue à la capacité locale de gestion des dépenses en immobilisations à l'égard des établissements de santé au sein des communautés des PNI. En revanche, l'évaluation a fait ressortir certaines lacunes sur le plan des communications concernant des lignes directrices et des processus particuliers.

L'évaluation a révélé qu'il peut y avoir des lacunes en ce qui a trait à l'affectation de financement d'immobilisations aux communautés qui ont le plus besoin d'hébergement en matière de programmes de santé. Même si les constatations indiquent que les responsables du

PESI s'efforcent de répondre aux besoins les plus urgents selon le budget dont ils disposent, leurs efforts sont limités par une absence d'harmonisation précise des plans de santé communautaires qui déterminent les besoins de planification en matière de santé et le processus de planification des immobilisations, de même que par des obstacles pratiques à l'affectation de financement d'immobilisations aux communautés qui présentent un niveau plus faible d'intérêt, de capacité et de préparation pour recevoir des fonds. De plus, il existe une absence de normes cohérentes en matière de données d'inventaire et de données régionales, nécessaires pour déterminer si les besoins les plus grands sont satisfaits à l'échelon national.

En outre, l'évaluation a révélé une absence de surveillance et de suivi en ce qui concerne les réparations et les travaux d'entretien visant à régler les questions environnementales. Cette absence est attribuable à un manque de suivi global concernant les activités de fonctionnement et d'entretien (F et E) et les dépenses engagées à cette fin. De plus, même s'il semble que la planification et la mise en œuvre des améliorations matérielles répondent aux besoins au sein des communautés, et que le processus se soit amélioré au cours de l'évaluation, celle-ci a révélé que le suivi en matière de F et E est également insuffisant dans ce secteur. En outre, cette lacune est aggravée par une absence de données d'inventaire visant à éclairer la prise de décisions concernant les besoins et les priorités spécifiques liés aux améliorations matérielles.

Dans l'ensemble, l'évaluation a permis de constater une lacune importante sur le plan des dépenses de F et E, qui ont subi les répercussions de l'augmentation des coûts de construction et des coûts énergétiques. Les partenaires et les documents du programme ont indiqué que les lacunes en matière de F et E sont importantes, et qu'elles représentent un risque pour le cycle de vie fonctionnel des établissements visés par le PESI. L'évaluation a également révélé qu'il pourrait y avoir des lacunes importantes entre les principaux partenaires du programme en ce qui concerne la sensibilisation aux besoins et aux processus en matière de F et E, particulièrement dans le secteur des rôles et des responsabilités.

Économie et efficience

En ce qui concerne l'aspect économique et l'efficience du PESI, l'évaluation a révélé que des politiques et des processus de minimisation des coûts, de même que l'exigence relative à un besoin défini en matière d'investissements d'immobilisations, assurent une économie et une efficience fondamentales pour le programme, notamment des données probantes selon lesquelles les établissements sont essentiellement achevés dans le respect du temps alloué et du budget établi. Toutefois, compte tenu de l'absence de normes relatives aux besoins et de lacunes liées aux données sur le rendement, il est plus difficile de démontrer de façon plus détaillée l'aspect économique et le rendement du programme. Plus particulièrement, même s'il est connu que l'absence d'améliorations matérielles peut réduire la durée de vie fonctionnelle d'un établissement, de même que son efficience à long terme, les données ne suffisent pas à démontrer l'étendue du problème.

Conclusions et recommandations

Dans l'ensemble, le PESI demeure pertinent par rapport aux priorités de Santé Canada, aux rôles du gouvernement fédéral en matière de santé et aux besoins des communautés des Premières nations et des Inuits. Le PESI contribue à la réalisation du résultat stratégique de la DGSPNI lié à « de meilleurs résultats pour la santé et la réduction des inégalités en matière de santé entre les Premières nations et les Inuits et le reste de la population canadienne » en finançant la construction et l'amélioration des établissements de santé au sein des communautés des PNI. Grâce au financement de dépenses en immobilisations pour soutenir la prestation de programmes et de services de santé dans les réserves, le PESI améliore l'accès des populations concernées au système de santé, ce qui appuie la réalisation du résultat stratégique de Santé Canada relatif à un « système de santé accessible et durable qui répond aux besoins de santé de la population canadienne ». L'objectif du programme qui consiste à répondre aux besoins locaux concernant la prestation de services de santé appuie la pertinence du programme, et le processus de hiérarchisation des dépenses en immobilisations et de modernisation des immobilisations donne à penser que le programme répond aux besoins locaux. En outre, l'intérêt accordé aux questions environnementales est appuyé par une indication des besoins, comme le montrent les évaluations environnementales.

L'évaluation du rendement était limitée, en raison de l'insuffisance des données disponibles. Cette insuffisance avait une incidence sur la capacité des évaluations de mesurer le rendement du PESI selon les résultats du modèle logique. Les systèmes de données ne sont pas exhaustifs; ils sont incomplets et ne sont pas utilisés de manière uniforme. Étant donné l'absence d'une base de données d'inventaire nationale efficace, et comme les régions utilisent leurs propres systèmes de données pour gérer leur inventaire, l'état réel de l'inventaire est inconnu. Bien qu'il existe un besoin évident pour un système d'inventaire centralisé qui précise des aspects tels que l'état des établissements, l'évaluation a révélé de manière systématique que le système de données actuel du Système intégré de gestion des biens immobiliers (SIGBI) ne fonctionne pas efficacement.

Tout bien pesé, l'évaluation porte à croire que le PESI a de la difficulté à répondre aux besoins communautaires prioritaires en matière d'infrastructure et de rénovations. Il semble qu'une absence de définition commune des critères établis nuise à la hiérarchisation des besoins. Par conséquent, il arrive que la sélection des communautés qui reçoivent du financement du PESI dépende de la capacité des communautés à gérer le projet, au lieu d'être uniquement basé sur un besoin manifeste en matière d'infrastructure.

Le processus de F et E ne semble suffisant à maintenir l'inventaire actuel. Bien que la méthode de financement de projets réduise au minimum les coûts et assure l'allocation efficace des ressources de F et E, l'analyse comparative ne permet pas de tirer une conclusion avec certitude à cet égard. L'absence possible de F et E donne à croire que l'efficience des établissements au cours de leur cycle de vie pourrait être compromise. Cependant, cette évaluation est limitée par le fait que la dépréciation de l'inventaire est largement inconnue. Le problème relatif au F et E est aggravé encore davantage par l'infection de fonds de relance, étant donné qu'aucun financement subséquent n'a été affecté en vue de l'entretien des installations. En ce qui concerne le financement de F et E, le principal obstacle est lié à l'absence de clarté entre les principaux partenaires en ce qui concerne les rôles et les responsabilités spécifiques en matière de F et E.

L’évaluation a relevé des incohérences sur le plan de la compréhension de certaines procédures, politiques et priorités du PESI chez les principaux partenaires, notamment des différences quant aux rôles et responsabilités en matière de F et E, le degré variable auquel l’ensemble de critères national a été utilisé dans la priorisation des projets ainsi que la nécessité de maintenir des systèmes d’information uniformes et normalisés.

Recommandations

Selon les constatations globales découlant de l’évaluation, les responsables du PESI devraient suivre les recommandations suivantes :

1. Examiner des façons de restructurer ou remplacer le SIGBI et de rendre son utilisation obligatoire. Ce type de mesures devrait avoir pour but d’améliorer l’utilité du système, à titre de source d’information rentable pour la gestion des programmes par l’AC et les régions. Le changement devrait appuyer l’évaluation future du PESI, y compris la capacité de mesurer l’aspect économique et l’efficience du programme.

2. Explorer des façons d’améliorer la priorisation des projets d’immobilisations régionaux, afin de mieux éclairer le processus relatif au plan d’investissement à long terme (PILT). Ceux-ci devraient être conformes avec le nouveau cadre de modernisation du programme des immobilisations.

3. Améliorer, en collaboration avec les programmes de santé de la DGSPNI et les communautés des PNI, les processus en matière de F et E, notamment en précisant les rôles et les responsabilités et en effectuant le suivi des ressources.

HISTORIQUE ET CONTEXTE

Le présent rapport présente un résumé des constatations, des conclusions et des recommandations de l'évaluation du groupe du Programme des établissements de santé et immobilisations (PESI). L'évaluation portait sur la pertinence et le rendement (efficacité, efficience et économie) des programmes entre 2005-2006 et 2009-2010, selon la Politique sur l'évaluation du Gouvernement du Canada (GC) de 2009, en soulignant l'atteinte des résultats, les leçons à retenir, les meilleures pratiques de même que les défis.

Le rapport d'évaluation comprend les sections suivantes :

- description du programme et contexte de l'évaluation;
- méthode utilisée dans l'évaluation;
- constatations et conclusions;
- recommandations.

Description du programme

Le PESI offre des fonds aux bénéficiaires admissibles pour les dépenses en immobilisations dans des établissements de santé des Premières nations et des Inuits (PNI) et les terres connexes grâce à des accords de contribution pour dépenses en capital (ACDC). Ces établissements de santé offrent l'environnement et les locaux qui permettent aux communautés des PNI de fournir divers programmes et services de santé.

Le mandat du PESI est d'habiliter les bénéficiaires des PNI dans le secteur de la gestion des dépenses en immobilisations afin de soutenir leur infrastructure de santé. Le PESI soutient la construction, l'acquisition, la location, l'agrandissement ou la rénovation des postes de soins infirmiers, des centres de santé, des postes de santé, des bureaux de santé, des centres de traitement, des résidences du personnel et des immeubles d'exploitation. Ces activités offrent aux Premières nations, aux Inuits et au personnel de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) les locaux nécessaires pour fournir les services de soins de santé dans les communautés des PNI de façon efficace et sécuritaire.

Le PESI vise à offrir aux PNI l'accès à un niveau et à une qualité d'établissements de santé semblables à ce qui est offert aux autres Canadiens qui vivent dans des endroits semblables, y compris ceux qui vivent dans les communautés isolées et éloignées.

Les objectifs du PESI, en association avec les bénéficiaires membres des Premières nations, sont les suivants :

- financer les dépenses en immobilisations pour soutenir la prestation de programmes et de services de santé dans les réserves;

- entretenir les établissements et les biens mobiles pour s'assurer qu'ils sont à un niveau acceptable d'exploitation (sur le plan du fonctionnement et de la sécurité);
- cerner les risques causés par le PESI ou qui le nuisent et élaborer des mesures afin de réduire la probabilité et les impacts de ces risques;
- accroître la capacité des travailleurs communautaires et du personnel de la santé à gérer la sécurité des établissements et les questions environnementales.

Le PESI entretient les établissements en finançant les réparations et les rénovations afin d'optimiser leur durée de vie et de minimiser les risques pour la santé et la sécurité. Des mesures correctives et préventives sont prises afin d'améliorer les conditions de travail et d'assurer la conformité aux codes du bâtiment, aux lois environnementales et aux normes de santé et de sécurité au travail.

Le PESI soutient la gestion des immobilisations et les activités de planification pour l'acquisition, l'exploitation et l'entretien des établissements par la prestation de documents d'orientation et l'aide directe à la conception, à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets d'immobilisations nécessaires au soutien de la prestation des programmes et des services de santé.

Le PESI soutient un portefeuille de 989 immeubles, dont plus de 550 établissements de santé dont la valeur est d'environ 1,2 milliard de dollars. Ces établissements et les biens mobiles soutiennent une gamme de programmes et services, allant des soins primaires à la promotion de la santé et à la prévention dans plus de 600 communautés des Premières nations, notamment des services médicaux de première ligne, comme les soins infirmiers communautaires, la dentothérapie et les programmes de vie saine, de bien-être mental et de santé maternelle et infantile.

Santé Canada n'a aucun droit de propriété ou autre intérêt légal dans les immobilisations (établissements de santé) se trouvant dans les réserves qui sont financées par le PESI. La contribution pour dépenses en capital est avantageuse pour les communautés des PNI à plusieurs égards, notamment les suivants :

- Elle permet aux Premières nations de renforcer les capacités techniques et administratives en vue de coordonner et de soutenir les activités de gestion des établissements auparavant gérées par des tiers.
- Elle soutient l'énoncé de mission de la Direction générale : les Premières nations et les Inuits auront l'autonomie et le contrôle de leurs programmes et de leurs ressources de santé selon un échéancier à être déterminé en consultation avec les Premières nations et les peuples inuits.
- Elle crée des possibilités d'emploi pour les membres des communautés locales.

Le PESI a financé un nombre total de 989 établissements au sein des sept régions de Santé Canada (voir le tableau 1).

Tableau 1 – Nombre d'immeubles par type d'établissement et par région[1]

Région	Hôpitaux	Postes de soins infirmiers	Centres de santé	Postes de santé	Bureaux de santé	Résidences	Immeubles d'exploitation	Centres de prévention du PNLAADA	Centres de traitement du PNLAADA	Total
Alb.	0	3	44	3	0	28	25	12	5	120
ATL	0	0	25	1	8	0	1	0	9	44
Man.	2	21	10	0	28	56	53	0	3	173
Ont.	2	20	39	43	24	95	35	0	7	265
PAC	0	10	23	87	12	29	1	0	5	167
Qc	0	11	16	0	0	26	4	0	5	62
Sask.	0	12	66	1	0	56	14	0	9	158
Total	**4**	**77**	**223**	**137**	**72**	**290**	**133**	**12**	**43**	**989**

Le PESI détermine le type d'établissement selon : la population de la communauté, la disponibilité des services de santé, le transport et l'infrastructure (voir le tableau 2).

Tableau 2 – Critères de la DGSPNI pour la classification des établissements de santé (2005-2006 à 2009-2010)

Type d'établissement	Population	Isolement	Services de santé	Transport	Infrastructure
Poste de soins infirmiers	Plus de 500	Éloigné/isolé : plus de 50 km du centre de services.	L'hôpital le plus près est à plus de deux heures; services ambulanciers et de première intervention limités.	Aucun accès routier à longueur d'année à d'autres établissements de soins de santé.	Services communautaires limités.
Centre de santé (avec traitement)	Plus de 500	Non isolé/semi-isolé : de 50 à 350 km du centre de services.	L'hôpital le plus près est accessible par la route en moins de deux heures; services ambulanciers et de première intervention non disponibles à l'occasion.	Accès routier en tout temps; mauvais état des routes.	Services communautaires limités.
Centre de santé (sans traitement)	Plus de 400	Non isolé/semi-isolé : moins de 350 km du centre de services.	L'hôpital le plus près est accessible par la route en moins de deux heures; services ambulanciers et de première intervention non disponibles à l'occasion.	Accès routier en tout temps; mauvais état des routes.	Services communautaires limités.
Poste de santé	0 à 1 000	Éloigné/isolé ou semi-isolé : plus de 350 km du centre de services, mais dans un rayon de 50 km du centre de santé.	L'hôpital le plus près est à plus de deux heures; services ambulanciers et de première intervention limités.	Accessible par air ou par route à partir de l'établissement de la DGSPNI; mauvais état des routes.	Services communautaires limités.
Bureau de santé	0 à 750	Non isolé/semi-isolé	Autres services de santé disponibles dans les communautés avoisinantes; services ambulanciers et de première intervention adéquats.	Accessible par air ou par route en tout temps.	Services communautaires adéquats.

[1] Tableau 2. Base de données du système d'information des biens immobiliers de la DGSPNI en date du 22 janvier 2010.

Financement du programme

Les détails estimatifs de l'allocation des fonds pour les exercices 2005-2006 à 2009-2010 du PESI sont présentés dans les tableaux ci-dessous :

Tableau 3 – Allocations au titre du financement par services votés

Exercice	Financement
2005-2006	23 362 500 $
2006-2007	23 362 501 $
2007-2008	23 362 501 $
2008-2009	24 250 797 $
2009-2010	22 934 947 $
TOTAL	117 273 246 $

Le PESI reçoit un financement par services votés (continu) d'environ 23,4 millions de dollars par année. En 2003, le PESI a commencé à recevoir un financement durable d'environ 20,3 millions de dollars par année, principalement pour : 1) l'évaluation et l'assainissement des sites contaminés et d'autres problèmes environnementaux; 2) la construction ou la restauration des résidences du personnel infirmier dans les communautés éloignées et isolées et 3) la détermination et la correction des problèmes importants des établissements de santé qui doivent être réparés ou rénovés. Toutefois, une partie de ce financement est également allouée aux projets d'immobilisations. Il convient de souligner que seule la partie du financement du programme par services votés bénéficie de l'augmentation annuelle de l'indice de trois pour cent.

Tableau 4 – Financement durable

Exercice	Financement
2005-2006	20 401 559 $
2006-2007	20 430 291 $
2007-2008	20 290 180 $
2008-2009	20 399 700 $
2009-2010	20 326 122 $
TOTAL	101 847 852 $

En outre, le PESI a reçu des fonds pour les contraintes en 2006-2007 (12 557 600 $), en 2008-2009 (19 714 125 $) et en 2009-2010 (24 635 553 $). Le PESI a également bénéficié de fonds particuliers du Plan d'action accéléré pour les lieux contaminés fédéraux (PAALCF) pour l'évaluation environnementale et l'assainissement des sites contaminés au cours des exercices 2006-2007 et 2008-2009.

Structure de gouvernance

La Division des immobilisations et du soutien opérationnel (DISO) gère le PESI à l'échelle nationale. Elle définit ses principaux objectifs, ses orientations stratégiques et joue un rôle important dans l'affectation des fonds et la surveillance des dépenses. La DISO établit les lignes directrices, les politiques et les normes nationales pour les partenaires communautaires et régionaux et agit comme secrétariat du Comité d'examen du programme d'immobilisations (CEPI).

Le CEPI surveille la mise en œuvre des projets du PESI. Il est composé de représentants de chaque région, du Bureau des services infirmiers, de la Direction des programmes communautaires, de la Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, de la Direction des services financiers de la DGSPNI ainsi la Direction générale des services de gestion. Les principaux secteurs de responsabilité du CEPI sont :

1. Recommandation de l'apport approprié des directions au Plan d'immobilisations à long terme (PILT) du Ministère.
2. Examen et formulation de recommandations au sous-ministre adjoint (SMA) et au Comité exécutif de la direction générale (CEDG) relativement aux propositions de gestion des établissements et des immobilisations qui exigent des ressources importantes ou qui pourraient avoir un impact sur les activités de la Direction générale et sa relation avec les clients des PNI.
3. Examen des mémoires au Cabinet, des présentations au Conseil du Trésor (CT) et d'autres documents en voie d'élaboration.
4. Établissement de nouveaux programmes afin de déterminer l'impact possible sur les biens de la Direction générale et les ressources de fonctionnement et d'entretien (F et E) des immobilisations et des établissements.
5. Examen des besoins en matière de ressources et des allocations pour les immobilisations et le financement du F et E dans le cadre du cycle de planification annuel.
6. Formulation de recommandations au SMA et au Sous-comité des finances du CEDG en établissant un cadre pour le PILT et en recommandant des changements au besoin.
7. Détermination des exigences pour les nouvelles politiques et procédures ou des ajustements aux politiques et procédures existantes pour la gestion efficace, efficiente et en temps opportun du PILT de la Direction générale.
8. Examen des projets importants de construction d'immeubles qui nécessiteront l'approbation du CT.
9. Établissement de méthodes et de procédures pour la surveillance des projets d'immobilisations.

Les comités d'examen et de répartition des immobilisations (CERI) sont des comités régionaux généralement composés d'un représentant de la gestion des établissements (président), d'un médecin du programme, d'un agent régional de soins infirmiers, d'un représentant de la gestion des ressources et des directeurs de zone (si pertinent). Il incombe à chaque région d'élaborer son propre modèle régional qui englobe les priorités communautaires des Premières Nations.

Le CERI est responsable du classement par ordre de priorité, de l'approbation et de la surveillance des projets d'immobilisations régionaux des PNI, de l'évaluation des risques et de la prise de mesures correctives et préventives le cas échéant. Parmi ses autres responsabilités, mentionnons les suivantes :

1. Recommandation des priorités annuelles en matière d'immobilisations et le PILT régional, selon le niveau de référence établi (enveloppe).
2. Élaboration de critères pour l'approbation et le classement par ordre de priorité des projets d'immobilisations.
3. Examen et recommandation de l'approbation de certains achats d'équipement.
4. Examen annuel du cadre de planification des immobilisations à long terme, y compris des politiques, des procédures, des normes, des exigences documentaires et des critères.
5. Détermination des lacunes dans les propositions et obtention des renseignements manquants nécessaires.

Les directeurs de l'exploitation des zones de la santé des Premières nations et des Inuits (SPNI) participent très activement à la gestion et à l'exécution du PESI. Ils sont en dernier ressort responsables de son exécution efficiente et efficace à l'appui des programmes des PNI.

Les gestionnaires d'établissement des zones, les gestionnaires régionaux, les agents des établissements, les immobilisations, la sécurité et l'administration sont les points centraux de l'exécution du PESI en région. Il leur incombe de mettre en œuvre les ACDC, de mener les évaluations des risques pour les bénéficiaires, de leur prodiguer des conseils techniques, de surveiller les projets d'immobilisations et de gérer les contributions en immobilisations.

Il est important de faire la distinction entre l'éventail de partenaires des programmes régionaux qui participent à l'exécution du PESI et la composante de l'administration centrale (AC) du programme intitulé PESI. La présente évaluation utilise le terme PESI pour désigner l'ensemble des activités et des partenaires des programmes de Santé Canada, notamment ceux qui sont à l'extérieur du programme de l'AC et qui travaillent dans les bureaux régionaux.

Classement des projets par ordre de priorité

Le CEPI et le PESI précisent chaque année un ensemble de critères national, selon des priorités comme l'âge de l'établissement, les types de programme réalisés dans chaque communauté, l'isolement de la communauté, le public cible, etc. Les régions utilisent ces critères pour classer leurs propres projets d'immobilisations par ordre de priorité. Les projets régionaux proposés de

toutes les régions font alors l'objet de discussions dans le cadre d'une réunion annuelle du CEPI, où les membres dressent une liste nationale des projets prioritaires à l'aide des mêmes critères que pour le classement par ordre de priorité.

Le classement des projets par ordre de priorité est un processus régional. Il demande une approche holistique qui établit un équilibre entre l'état physique d'un établissement et l'évaluation des critères des programmes et de la communauté. Le classement repose donc sur la consultation du personnel des programmes de la SPNI et des bénéficiaires membres des Premières Nations. Comme les besoins en immobilisations des Premières Nations sont supérieurs aux allocations des fonds disponibles, il est impératif que les régions adoptent des approches uniformes et équitables pour le classement des projets par ordre de priorité.

La détermination des projets, en particulier les projets mineurs, se fonde en partie sur les recommandations classées par ordre de priorité découlant des évaluations de la conformité environnementale (ECE) et des évaluations intégrées des établissements (EIE). Les cotes de priorité utilisées pour les recommandations des vérifications se fondent sur le risque d'effets nocifs pour la santé et la sécurité humaines, la santé de l'environnement ou la non-conformité aux règlements. La priorité accordée à chacune des recommandations peut également aider à établir l'ordre de priorité des projets s'ils se trouvent sur une liste régionale de projets d'immobilisations.

La nécessité d'importants travaux de rénovations est évaluée en grande partie dans le cadre de l'évaluation directe de l'état de l'établissement, comme la menace démontrée pour la santé et la sécurité humaines, la détérioration avancée à laquelle il est impossible de remédier par une réfection importante ou un manque considérable de locaux qui freinerait la croissance du programme.

Le Ministère exige la préparation annuelle d'une mise à jour du PILT national. Chaque région présente un PILT à jour, où les projets sont classés par ordre de priorité, qui décrit en détail tous les nouveaux projets de construction, de remplacement, d'agrandissement, de rénovation ou de réfection et environnementaux. Tous les projets comprennent une brève description et une justification qui précise la portée et l'ampleur du projet. Les coûts estimés associés au projet sont répartis sur le nombre d'années requis pour que le projet soit entièrement réalisé (conception et construction).

Le PESI regroupe tous les plans régionaux en un déploiement national du PILT qui sert à la stratégie d'allocation des fonds recommandée par le CEPI. Le PILT tient compte de toutes les priorités régionales et des coûts estimés des projets et évalue l'ensemble des besoins et des priorités d'un point de vue global.

Processus de répartition des immobilisations

Chaque année, le financement du PESI est généralement établi selon les données historiques sur les dépenses et les prévisions des exigences en vue d'atteindre les objectifs courants du programme. Le PILT national, qui comprend deux parties, détermine la répartition des immobilisations. La première partie comprend un aperçu du contexte opérationnel et des

exigences du programme pour un horizon de planification quinquennal qui englobe les mandats et les priorités du ministère, la structure organisationnelle, l'orientation stratégique, l'inventaire des immobilisations ainsi que les sources et les priorités de financement. En général, le PILT national démontre que Santé Canada connaît ses immobilisations, peut associer ces biens aux programmes approuvés, a déterminé les niveaux de financement des immobilisations nécessaires au soutien des programmes approuvés et a établi un mécanisme pour attribuer les priorités, évaluer les risques et assurer la viabilité des immobilisations pour la durée des programmes qu'ils soutiennent.

La deuxième partie présente les renseignements du PILT sur les projets d'immobilisations de chaque secteur de service et d'activité sur une période de cinq ans, de même que les sources de financement et les renseignements sur les dépenses en immobilisations de moins de 500 000 $. Elle comprend notamment une liste des projets de construction, de réfection et de gestion environnementale de chaque région classés par ordre de priorité. Cette liste a été dressée par les gestionnaires d'établissement régionaux à partir des données fournies par les gestionnaires de programme.

Autres activités de programme

Le PESI a également reçu 65,9 millions de dollars en 2009-2010 et 67,4 millions de dollars en 2010-2011 du Plan d'action économique du Canada (PAEC). Ces fonds assureront la construction de plus de 40 nouveaux établissements et la rénovation d'environ 230 autres d'ici le 31 mars 2011. Dans le cas du financement provenant du PAEC, le CEPI a choisi les projets à partir du PILT du PESI. Avant l'approbation définitive, ces projets ont été évalués selon les risques et les besoins en ressources humaines par La Direction générale des régions et des programmes (DGRP) et la DGSPN. Le financement du PAEC est planifié et surveillé au niveau du projet. Le PESI compile sur une base mensuelle et trimestrielle les rapports d'étape nationaux sur les projets du PAEC.

Contexte de l'évaluation

Objectifs de l'évaluation

L'évaluation respecte l'engagement du programme à mener une évaluation de la pertinence et du rendement du PESI dans le cadre du Plan d'évaluation ministériel quinquennal et comme l'exige la Politique sur l'évaluation du GC de 2009. L'évaluation est conforme aux exigences et aux normes énoncées dans cette politique, aux normes d'évaluation qui l'accompagnent et à la Politique d'évaluation de Santé Canada. Elle couvre les activités du PESI liées à la conception, à la construction, à la rénovation, à l'exploitation et à l'entretien des établissements de santé, de même que le soutien à la planification et à la gestion des immobilisations pour les exercices de 2005-2006 à 2009-2010.

Cadre de l'évaluation

Les questions de l'évaluation se fondent sur les aspects fondamentaux de la Politique sur l'évaluation du GC de 2009, c'est-à-dire la pertinence et le rendement. Le volet pertinence couvre 1) les liens entre les objectifs du PESI, les priorités du gouvernement fédéral et les résultats stratégiques du ministère; 2) les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral dans l'exécution du programme et 3) la mesure dans laquelle le programme continue à répondre à un besoin démontrable et est réceptif aux besoins des Canadiens.

Le rendement est défini comme la mesure de l'efficacité, de l'efficience et de l'économie du PESI. Les questions concernant l'efficacité évaluent les progrès au regard des résultats prévus énoncés dans le modèle logique du programme. L'efficience et l'économie se rapportent à l'évaluation de l'utilisation des ressources par rapport à la production d'extrants et aux progrès des résultats prévus. Les questions de l'évaluation sont précisées de la façon suivante :

Tableau 5 – Aspects fondamentaux et questions d'évaluation

Aspects fondamentaux	Description	Question d'évaluation du PESI
Pertinence	Liens entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques du ministère.	Est-ce que le PESI répond aux priorités du GC?
		Est-ce que le PESI réalise les résultats stratégiques du ministère?
	Rôles et responsabilités du gouvernement fédéral dans l'exécution du programme	Est-ce que le PESI s'harmonise aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral?
	Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continue de répondre à un besoin démontrable et est réceptif aux besoins des Canadiens.	Est-ce que le PESI est nécessaire?
Rendement : efficacité	Progrès vis-à-vis les résultats immédiats, intermédiaires et finaux prévus.	Dans quelle mesure le PESI a-t-il soutenu la gestion de projet des établissements de santé?
		Est-ce que les ressources sont affectées aux communautés qui en ont le plus besoin?
		Dans quelle mesure les processus de gestion environnementale ont-ils été améliorés?
		Dans quelle mesure les problèmes de sécurité ont-ils été cernés et résolus?
		Est-ce que la planification ou la mise en œuvre des améliorations matérielles des établissements de santé du PESI a répondu aux besoins des communautés?
		Dans quelle mesure la planification du cycle de vie était-elle soutenue par les données probantes?
		Est-ce que les fonctions de F et E ont été adéquates?
Rendement : efficience/ économie	Évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés vis-à-vis les résultats prévus.	Est-ce que les ressources utilisées pour l'exécution se rapprochent du minimum requis pour atteindre les résultats prévus?
		Est-ce que les établissements ont été achevés en respectant les échéanciers et les budgets prévus?
		Existe-t-il des moyens d'améliorer l'efficience et l'économie de l'exécution du programme?

Méthode de l'évaluation

La matrice d'évaluation décrit les méthodes et les données utilisées pour répondre à chaque question d'évaluation. Les constatations de l'évaluation se fondent sur la validation des données recueillies de : l'examen de la documentation, l'analyse de la base de données, l'examen financier, une enquête et des entrevues. Voici une description des diverses méthodes de collecte des données et de leurs limites.

Méthodes de collecte de données

Examen de la documentation

L'examen de la documentation portait sur environ 300 documents liés au PSEI de Santé Canada et du GC. Ces documents ont été désignés par les personnes-ressources des secteurs de programmes et par les recherches de documents du ministère et du GC. Ces documents ont fourni les données probantes relatives aux résultats et aux activités de programme, de même que des liens aux priorités et aux mandats du ministère et du GC à l'appui de la pertinence du programme, par exemple : renseignements sur les budgets et les dépenses, lois et politiques pertinentes, dossiers administratifs, notamment les procès-verbaux, les comptes rendus de décisions, les vérifications de programmes ministériels, les dossiers des projets d'immobilisations du PESI, les évaluations environnementales, les PILT, les rapports ministériels sur le rendement (RMR) et les rapports sur les plans et les priorités (RPP). Des documents externes ont également été examinés afin de pourvoir comparer les programmes et établir des jalons.

Analyse de données secondaires

Les données secondaires relatives au rendement et aux activités du programme étaient tirées des sources suivantes : Système intégré de gestion des biens immobiliers (SIGBI), Module de suivi de la vérification de conformité environnementale (MSVCE) pour le for SIGBI et Système de gestion des contrats et contributions (SGCC) :

Tableau 6 – Indicateurs relatifs aux résultats spécifiques au PESI

Base de données	Indicateurs
Système intégré de gestion des biens immobiliers (SIGBI)	• Nombre et types d'établissements de santé caractérisés par le stade du cycle de vie de l'immeuble. • Augmentation ou diminution en pourcentage des établissements de santé qui respectent les normes et les exigences d'amélioration matérielle. • Données probantes selon lesquelles les communautés qui ont le plus grand besoin de projets d'amélioration ou d'immobilisations bénéficient du financement du PESI.
Système de gestion des contrats et contributions (SGCC)	• Nombre et types d'établissements de santé par type d'accord (fixe/transitoire) qui ont mis en œuvre des améliorations matérielles selon l'année. • Nombre et types d'établissements de santé achevés en respectant les échéanciers.
Module de suivi de la vérification de conformité environnementale (MSVCE) du SIGBI	• Pourcentage et type de mesures correctives, selon la non-conformité environnementale, prévues par année. • Pourcentage et type de mesures correctives, selon la non-conformité environnementale, prises par année. • Nombre d'établissements de santé inutilisables en raison de leur détérioration. • Augmentation ou diminution en pourcentage des mesures correctives prises afin de satisfaire aux exigences environnementales.

Le SIGBI contient : 1) la base de données du profil des établissements; 2) la base de données des rapports d'inspection et de l'état des établissements, qui contient ses renseignements sur 466 établissements de santé et 3) la liste des mises à jour du modèle d'allocation pour la réfection, qui contient des renseignements sur l'âge réel d'environ 790 établissements de santé et résidences. Les données sur l'état des immeubles qui se trouvent dans les rapports d'inspection et de l'état des établissements du SIGBI servent à classer les mesures par ordre de priorité selon le degré de détérioration, de même que le pourcentage et le type de mesures correctives prévues et prises. Le MSVCE (un module du SIGBI) fournit une cote de priorité qui se fonde sur le risque d'effets nocifs pour la santé et la sécurité humaines, la santé de l'environnement ou la non-conformité aux règlements.

Le SGCC fournit des indicateurs de temps et de modifications aux budgets selon le type de projet, c'est-à-dire construction, rénovation, agrandissement, amélioration de la sécurité ou assainissement de l'environnement.

Données financières

L'examen financier comprenait un examen des renseignements sur les budgets, l'affectation des fonds, les dépenses et les raisons des écarts. L'analyse portait sur la détermination des secteurs où il y a eu des gains d'efficience et où il pourrait y en avoir davantage. Les données ont été recueillies et analysées selon les ressources budgétisées (fonds et équivalents temps plein [ETP]) et les ressources réelles en relation aux extrants du PESI.

Enquête

Une enquête a été menée afin de recueillir les opinions, les points de vue et les expériences d'un vaste échantillon diversifié sur le fonctionnement du PESI. Les répondants potentiels pour l'enquête ont été identifiés dans le but d'avoir un échantillon adéquat de personnes ayant fait l'expérience du programme ou ayant des connaissances précises sur certains volets de ce dernier. Les évaluateurs ont établi la liste à l'aide de l'Annuaire des employés du GC et des organigrammes de Santé Canada, et par après le Groupe de travail sur l'évaluation l'a vérifiée.

L'enquête a débuté par un courriel d'invitation décrivant en détail le but de l'évaluation et la nature des renseignements qui devaient être saisis par enquête. Les enquêtes en français et en anglais ont été envoyées par courriel à 81 employés du PESI et 27 questionnaires remplis ont été retournés, ce qui donne un taux de réponse global de 33 %.

Entrevues

Approche régionale
Les entrevues visaient à explorer et à étudier les problèmes et les questions découlant des résultats de l'enquête et à répondre à toute question non résolue, ou partiellement répondue, par d'autres méthodes. La liste des candidats aux entrevues a été dressée de façon semblable à celle de la liste des participants à l'enquête. Les personnes ont d'abord été choisies en raison de leur niveau anticipé de connaissances et d'expérience. Après une première analyse de la ventilation régionale, on a décidé, pour des raisons stratégiques et logistiques, qu'une approche régionale serait nécessaire pour le volet « entrevues » de l'évaluation. La liste des entrevues a donc été établie selon une approche régionale, en partie en raison de la taille considérable de l'inventaire

d’établissements (un total de 790 immeubles) et de sa diversité selon le degré d’isolement (éloigné isolé, isolé, semi isolé et non isolé) et des types d’établissements représentés (hôpitaux, centres de santé, bureaux de santé, postes de santé, postes de soins infirmiers, résidences du personnel infirmier, centres de prévention et de traitement du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA).

Nous avons communiqué avec un total de 33 personnes et effectué des entrevues semi-structurées de 30 à 60 minutes en français ou en anglais auprès de 28 (84 %) d’entre elles; 25 ont été réalisées par téléphone et 3 en personne.

En outre, nous avons effectué des entrevues semi-structurées auprès de cinq des six gestionnaires régionaux de la sécurité concernant l’état et le maintien des mesures de sûreté et de sécurité dans les établissements de santé, notamment : le nombre d’évaluations des menaces et des risques par année, le pourcentage et le type de menaces et de risques résolus par année, le changement dans le pourcentage d’établissements de santé qui respectent les exigences en matière de sécurité et les preuves indiquant qu’un minimum de ces exigences sont intégrées à la construction des nouveaux établissements.

Limites

La principale limite était l’insuffisance des renseignements disponibles dans les données sur le rendement. En particulier, lorsque les régions ont utilisé le SIGBI et le SGCC, ce n’était pas de manière uniforme et par conséquent, il a été impossible d’en tirer des indicateurs de rendement précis à l’échelle nationale. Ce problème a été atténué en s’appuyant sur les entrevues auprès des informateurs clés qui ont fourni des renseignements inédits et se sont prononcés sur les récents projets, ce qui a permis d’obtenir d’autres données.

L’évaluation était également limitée, car elle s’appuyait sur un nombre relativement faible de répondants qui ont travaillé étroitement avec le programme. Même si les réponses des personnes interrogées pouvaient être biaisées en raison d’un intérêt manifeste à l’égard du programme, les questions supplémentaires et de suivi dans le cadre des entrevues ont permis d’obtenir des exemples concrets et d’évaluer la validité des réponses. Dans l’ensemble, il s’est révélé que les répondants avaient tendance à fournir des renseignements qui semblaient complets et équilibrés. En outre, l’examen de la documentation a servi à valider et à corroborer les réponses lorsque cela était possible.

RENDEMENT – PERTINENCE

Est-ce que le PESI répond aux priorités du GC?

Le PESI est harmonisé aux principes de l’accessibilité et de l’universalité de la *Loi canadienne sur la santé*, que Santé Canada a comme mandat direct de mettre en œuvre. Le gouvernement fédéral soutient les services de santé dans les communautés des PNI qui n’ont pas accès aux

services provinciaux. Le PESI soutient ces services en concluant des ACDC avec les communautés admissibles des PNI pour la construction, la rénovation et l'exploitation d'un portefeuille d'établissements et de biens mobiles nécessaires pour la prestation des services de santé.

Le PESI demeure une priorité gouvernementale, comme l'a démontré l'apport de fonds mentionné dans les récents budgets. Le budget de 2008 prévoyait 10,1 millions de dollars pour assurer l'entretien de base des établissements de santé existants, permettre de mener les évaluations environnementales requises et de prendre les mesures correctives qui s'imposent, payer pour les petites dépenses d'immobilisations et fournir des ressources supplémentaires pour la gestion des établissements dans les communautés des PNI. Dans le cadre du PAEC, le budget de 2009 prévoyait 135 millions de dollars afin d'accélérer les investissements en infrastructure en soutenant plus de 40 nouveaux projets importants et 131 projets mineurs de rénovation déjà prévus dans le cadre du PILT du PESI. Le déblocage de fonds soutient le maintien adéquat et à long terme des établissements de soins de santé et des résidences modernes du PESI qui rendent possible l'exécution du programme de santé dans les communautés des PNI.

Est-ce que le PESI réalise les résultats stratégiques du ministère ?

Le PESI soutient le résultat stratégique suivant de Santé Canada : « Un système de santé accessible et durable qui répond aux besoins de la population canadienne ». Il vise à accroître l'accessibilité locale des services de santé grâce à la prestation d'équipement et de locaux suffisants pour permettre d'offrir le programme de santé dans les localités. En réduisant les déplacements nécessaires pour accéder aux services de santé, le PESI contribue également à la viabilité et à la souplesse de ce résultat stratégique.

Le résultat stratégique suivant du ministère : « 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 », s'harmonise aux résultats du PESI en ce sens que l'octroi de fonds, par l'entremise des ACDC, pour les projets d'immobilisations fournit la plateforme physique qui permet d'offrir les programmes de la DGSPNI, comme la promotion et la protection communautaires de la santé, les soins primaires et les services d'urgence. En outre, les rapports ministériels sur le rendement (RMR) et les rapports sur les plans et les priorités (RPP) de Santé Canada incluent toujours les indicateurs de rendement du PESI en vue de soutenir ce résultat stratégique. Les deux indicateurs de rendement sont les suivants : « nombre d'établissements de santé construits, agrandis ou entièrement rénovés » et « quantité de fonds investis dans la conformité environnementale et l'évaluation d'établissements de santé. »

Est-ce que le PESI s'harmonise aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral?

Le PESI s'harmonise aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral en matière de programmes de santé, comme ils sont définis dans la *Loi canadienne sur la santé*, qui précise que la conservation et l'amélioration de la santé exigent l'accès continu à des soins de santé de qualité. La *Loi* précise également que l'amélioration de l'accès aux soins de santé des communautés des PNI demeure le mandat du gouvernement fédéral et correspond à ses rôles et responsabilités.

Est-ce que le PESI est nécessaire?

La prestation de services et du soutien à la planification des immobilisations par l'entremise du PESI répond au besoin de services de santé locaux et aux mandats et objectifs du Ministère et de la DGPSI qui consistent à renforcer la capacité de gouvernance et l'autodétermination des communautés des PNI dans le secteur de la santé. En outre, en vue de déterminer si de nouveaux équipements et établissements de santé sont nécessaires ou s'il faut les modifier, l'évaluation a tenté d'établir si les établissements du PESI répondaient aux besoins des programmes de Santé Canada et combien nécessitaient des mesures correctives.

Même si le Ministère a augmenté le nombre de programmes dans les secteurs de la promotion de la santé et la prévention des maladies au cours des dernières années, la plupart des établissements du PESI ont été construits à d'autres fins. Par conséquent, la promotion de la santé communautaire et les programmes connexes sont généralement hébergés dans les postes de soins infirmiers. Selon les dernières évaluations des normes nationales d'espace, la moyenne des établissements couvre une superficie de 332 mètres carrés, soit une superficie trop petite d'environ 30 % par rapport aux exigences du programme[2].

Parallèlement, le nombre d'établissements qui ont besoin de mesures correctives selon les évaluations et les vérifications annuelles est déterminé et suivi par deux sources. La première source est le MSVCE du SIGBI qui produit une liste des immeubles qui présentent des problèmes environnementaux, allant de ceux qui posent le plus faible risque (priorité 4) à ceux qui posent le plus grand risque (priorité 1). Au total, 102 établissements au Canada présentaient un problème environnemental de priorité 4. Soixante-huit d'entre eux présentaient également une priorité 3, 54 une priorité 2 et 9 présentaient également une priorité 1 (voir le tableau 7 pour les ventilations régionales).

[2] Section 4.1.5.5 de l'Examen stratégique de 2008.

Tableau 7 – Nombre d'établissements par région qui présentent au moins un problème environnemental

Région	Type de problème environnemental			
	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3	Priorité 4
Colombie-Britannique	0	5	6	12
Alberta	2	5	7	7
Saskatchewan	4	8	6	8
Manitoba	0	7	4	22
Ontario	2	8	8	8
Québec	1	11	22	30
Atlantique	0	10	15	15
Total	**9**	**54**	**68**	**102**

(MSVCE 2005 – Septembre 2010, données récupérées le 27 août 2010.)

La deuxième source est le SIGBI qui contient des données sur l'âge réel et les rapports d'inspection et de l'état des établissements. Les données de ces rapports fournissent des renseignements sur l'état des établissements grâce à des rapports d'inspection, compte tenu de l'état actuel et des besoins d'entretien des établissements de santé. Le tableau suivant démontre qu'en moyenne, 20 % des établissements de l'inventaire ont plus de 20 ans (voir le tableau 8).

Tableau 8 – Nombre d'établissements dont la moyenne d'âge réel est de plus de 20 ans par région et pourcentage régional des établissements dont l'âge moyen est de plus de 20 ans.

Région	Nombre d'établissements dont l'âge réel est de plus de 20 ans (n = 161)	Pourcentage de l'inventaire régional dont l'âge réel de plus de 20 ans
Colombie-Britannique	36	22 %
Alberta	18	19 %
Saskatchewan	19	13 %
Manitoba	25	24 %
Ontario	44	26 %
Québec	10	16 %
Atlantique	9	19 %
Moyenne	**23**	**20 %**

(SIGBI en octobre 2010.)

Par conséquent, les données laissent croire que les établissements actuels ont besoin de rénovations pour continuer à fournir les locaux nécessaires aux programmes de santé communautaires.

Dans l'ensemble, le PESI continue à s'harmoniser aux priorités du GC et aux résultats stratégiques du ministère. Les données recueillies montrent que le programme répond à un besoin continu et démontrable de fournir les locaux pour les programmes et services de santé dans les communautés. Il est également démontré que le programme doit financer les projets mineurs d'immobilisations en vue de maintenir le fonctionnement des immeubles et de remédier aux problèmes de détérioration.

RENDEMENT – EFFICACITÉ

La portion efficacité de la section rendement du présent rapport sera présentée en fonction des questions d'évaluation pour faciliter la compréhension du lecteur.

Dans quelle mesure le PESI a-t-il soutenu la gestion de projet des établissements de santé?

L'évaluation a révélé que le PESI a fourni un soutien adéquat, conformément à son rôle en ce qui concerne la construction et la rénovation des établissements. La participation directe des membres des communautés et le soutien fourni par les employés régionaux de Santé Canada a probablement augmenté les connaissances et renforcé la capacité de gestion des projets d'immobilisations dans les communautés bénéficiaires. Le CEPI joue un rôle clé dans le maintien des communications, de même que dans la détermination de leur contenu et du public que visent ces communications au sein des communautés. Toutefois, selon l'évaluation, les représentants régionaux qui participaient aux projets d'immobilisations et aux rénovations n'étaient pas toujours pleinement conscients du contenu des lignes directrices et des documents ou des exigences globales en place.

Est-ce que les ressources sont affectées aux communautés qui en ont le plus besoin?

En vue d'orienter l'évaluation des besoins selon le niveau et le type de programme dans les communautés, la DGSPNI a élaboré en 2000, le Guide d'évaluation des besoins en santé communautaire. En principe, les renseignements tirés de ces évaluations alimentent les plans de santé communautaire auxquels font renvoi les secteurs des programmes pour établir les besoins en cette matière. Les besoins cernés au moyen d'un plan de santé communautaire peuvent faire ressortir la nécessité d'investir dans les immobilisations (et la quantité de locaux), un besoin qui sera mentionné dans le PILT. Toutefois, les entrevues ont révélé que ce ne sont pas toutes les communautés qui élaborent une évaluation des besoins ou un plan de santé communautaire, soit en raison d'un manque d'intérêt ou d'un manque de capacité dans la communauté, ce qui explique que les données sur les « besoins » qui alimentent le plan régional d'immobilisations ne sont pas uniformes.

Le processus adopté pour classer les projets par ordre de priorité varie d'une région à l'autre. Les répondants ont indiqué que plusieurs mécanismes d'affectation étaient utilisés, qui variait selon la région. Par exemple, la région de la Saskatchewan attribue elle-même les points aux projets; le Manitoba demande aux différents intervenants des programmes (soins infirmiers, programmes communautaires, etc.) de cibler les projets et en Alberta, un comité assure la gestion conjointe des projets de plus de 500 000 $. Bien qu'ils varient d'une région à l'autre, ces processus

régionaux sont importants pour déterminer l'aspect communautaire des programmes et progresser vers l'atteinte des objectifs d'autodétermination de la Direction générale. L'autre solution, qui consiste à adopter un processus uniforme ou national, pourrait atténuer les aspirations et la préférence présentement accordée à la définition des priorités à l'échelle locale selon le processus de planification actuel.

Toutefois, les personnes interrogées ont soulevé de nombreux problèmes et lacunes de communication concernant le contenu des plans de santé communautaire et des besoins des établissements. Les données découlant des entrevues ont révélé que les « besoins des établissements de santé » étaient cernés aux échelons national, régional et communautaire, mais qu'on ne comprend toujours pas les besoins liés à la planification des immobilisations, ce qui laisse croire que les liens ne sont pas clairs entre la détermination des besoins en matière de programmes de santé et les processus de planification des immobilisations, et que la disponibilité des établissements de santé ne correspond peut-être pas aux besoins en matière de programmes.

Le bon alignement de ces besoins aux actifs immobiliers demeure une source de préoccupation. Le Plan d'action de gestion de 2007-2008 du PESI souligne l'importance d'« élaborer et mettre en œuvre un cadre de gestion des biens immobiliers comportant des politiques et des processus internes, énonçant les responsabilités et prévoyant la mesure du rendement. Ce cadre servirait de fondement à l'harmonisation des biens immobiliers avec les besoins des programmes ». L'examen de la documentation a également révélé que selon certains membres du CEPI, l'analyse des projets devait être plus précise et qu'il fallait tenir compte davantage des facteurs locaux pertinents.

En outre, selon les documents de vérification récemment publiés du Bureau de la vérification et de la responsabilisation, le choix et l'approbation des projets d'établissement de santé repose également sur la capacité des bénéficiaires membres des PNI, plutôt que sur leurs buts à long terme en matière d'établissements et de programmes. Les documents de vérification ont démontré qu'un aspect important du soutien au choix et à l'approbation (dans le PILT) des projets comprend la capacité des bénéficiaires et les évaluations de l'état de préparation, qui englobent les forces et les défis des bénéficiaires dans les secteurs de l'administration, des finances et des programmes de santé, de même que les signatures des personnes qui ont le pouvoir de signer. Les besoins en santé des régions et des communautés, les indicateurs démographiques et l'étendue de la détérioration des immeubles ne sont pas explicitement mentionnés. La capacité et la préparation des bénéficiaires en tant que critères de sélection pourraient favoriser les communautés qui disposent d'une capacité suffisante et exclure celles dont la capacité est plus faible, bien qu'elles puissent avoir un plus grand besoin.

Les résultats de l'enquête ont révélé que le PESI répond généralement aux besoins les plus urgents. Les résultats des entrevues ont confirmé cette constatation. Lorsque nous leur avons demandé d'énumérer les problèmes ou les défis liés aux établissements, la grande majorité des personnes interrogées ont indiqué que les ressources limitées posaient le plus grand défi.

En général, les données laissent supposer que les ressources du PESI sont affectées aux communautés qui montrent des besoins liés aux établissements de santé. Toutefois, rien ne permet de savoir si ces besoins liés aux établissements de santé sont les plus importants besoins des communautés des PNI dans l'ensemble du pays en raison de l'absence de données sur les

inventaires et du manque d'uniformité dans la détermination du « besoin » et des priorités d'affectation par les régions et les communautés. Dans l'ensemble, le processus actuel affecte les fonds à ceux qui en ont le plus grand besoin et soutient la capacité de ceux qui sont intéressés à les recevoir.

Dans quelle mesure les processus de gestion environnementale ont-ils été améliorés?

Le PESI a cherché à répondre aux besoins en gestion environnementale, notamment les changements aux normes et aux règlements environnementaux concernant les réserves, au moyen d'un meilleur suivi de la mise en œuvre des recommandations découlant des vérifications environnementales, de la tenue de documents sur les programmes et de la sensibilisation.

Il importe de souligner que même si Santé Canada a tenté de s'adapter aux changements apportés aux normes et aux règlements environnementaux, le système de réglementation environnementale dans les réserves est remarquablement faible dans tous les programmes. Une vérification du rendement de la gestion des terres et la protection de l'environnement dans les réserves a révélé qu'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada et Environnement Canada « n'ont pas établi de régime de réglementation comparable au régime offert par les lois provinciales pour protéger l'environnement dans les réserves des Premières nations »[3].

Les rôles et responsabilités de Santé Canada relativement aux problèmes environnementaux découlent de son rôle dans l'autorisation du financement, lequel lui permet d'aider les bandes dans l'assainissement des terres hébergeant les établissements de santé et de fournir des conseils et une orientation concernant la prévention et la résolution des problèmes environnementaux au besoin. Le programme de vérification environnementale de la DGSPNI a été conçu de façon à mener les évaluations environnementales de site (phase I) des immeubles financés par le Ministère.

Comme il a été mentionné, les problèmes environnementaux relevés par les vérifications annuelles sont considérés de priorité 1 s'ils sont graves et de priorité 4 s'ils présentent le plus faible risque. Le MSVCE indique que tous les problèmes de priorité 1 ont été résolus. Toutefois, nous ne savons pas si c'est le cas pour tous les problèmes de priorité 2. Dans le MSVCE, il est précisé que le financement total nécessaire pour résoudre les 105 problèmes de priorité 2 est de 1 439 600,00 $. Les progrès réalisés dans la résolution des problèmes de priorité 3 et 4 sont présentés en détail dans le tableau 9; seulement 1,5 % des mesures liées aux problèmes de priorité 3 et 4 ont été prises jusqu'à maintenant. Comme le démontre ce tableau et selon la base de données du MSVCE, il y a très peu de mesures prises et en cours (157/2874 = 5 %) comparativement au nombre total de problèmes de priorité 3 et 4.

[3] Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes, chapitre 6 : La gestion des terres et la protection de l'environnement dans les réserves, automne 2009.

Tableau 9 – Progrès dans la résolution des problèmes environnementaux de priorité 3 et 4 * recommandations du MSVCE

État	Priorité 3	Priorité 4	Total
Mesures continues	0	2	2
Mesures prises	38	4	42
Mesures en cours	96	17	113
Mesures proposées	1 991	726	2 717
TOTAL	**2 125**	**749**	**2 874**

* Remarque : Ces chiffres englobent tous les problèmes pour chaque immeuble, ces données peuvent donc compter les immeubles plus d'une fois.

D'autres documents du programme indiquent que les problèmes environnementaux liés aux réparations et à l'entretien dans les postes de soins infirmiers et les résidences font l'objet d'un suivi[4]. Parmi les problèmes relevés, mentionnons les suivants : réparations et entretien dans les postes de soins infirmiers et les résidences; formation et supervision inadéquates du personnel de surveillance dans certains postes de soins infirmiers. Parmi les risques, mentionnons la violation possible du *Code canadien du travail*, les risques pour la santé en raison de la prévention des infections et les questions précisées comme étant des conditions dans les accords de contribution. Toutefois, il faut être conscient que le gouvernement fédéral n'a aucun pouvoir à l'égard de nombreux problèmes de conformité environnementale aux termes des lois dans les réserves; ces problèmes doivent être surveillés et résolus par les propriétaires des immeubles dans les communautés.

Le CEPI surveille les mesures de suivi relatives aux problèmes environnementaux de plus grande envergure, comme les problèmes liés à la moisissure et à l'amiante. Ainsi, la plupart des recommandations découlant des vérifications sont exclues, car un grand nombre sont mises en œuvre grâce à de simples changements de pratique ou des fonds très limités de F et E sont nécessaires pour les mettre en œuvre, par exemple, des changements dans les pratiques d'entreposage des matières dangereuses ou l'installation d'un appareil d'éclairage à l'entrée d'un immeuble.

Les problèmes environnementaux mineurs de moins de 1 500 $ sont résolus par le fonctionnement et l'entretien réguliers des établissements assurés par les programmes, alors que les problèmes les plus importants, de plus de 1 500 $ sont résolus comme projets mineurs financés dans le cadre d'un ACDC. L'évaluation indique que certains problèmes environnementaux étaient causés par l'absence d'activités de fonctionnement et d'entretien.

Le PESI a également soutenu le travail des agents et des spécialistes de l'environnement dans les régions, qui travaillent surtout avec les questions environnementales, largement liées aux vérifications et à d'autres évaluations ou études, comme les suivis régionaux en cours et la mise en œuvre de mesures correctives, de même que les vérifications internes et les programmes de prévention.

[4] Présentation PowerPoint aux agents de sécurité à Thunder Bay en janvier 2010

Selon les documents du programme, le Cabinet a cherché à obtenir des fonds supplémentaires pour les immobilisations pendant la période de 2005 à 2010 en vue de résoudre les problèmes environnementaux dans les établissements financés par le PESI et de rétablir la conformité aux lois et aux codes qui s'appliquent. Comme nous l'avons déjà mentionné, malgré la tenue de vérifications de conformité environnementale d'une bonne partie de l'infrastructure dans chaque région, plusieurs personnes interrogées ont déclaré que les ressources étaient insuffisantes pour prendre des mesures, en faire le suivi et entreprendre des travaux de correction.

En résumé, les processus de gestion environnementale associés au PESI ont permis de résoudre les problèmes environnementaux les plus graves (priorité 1), mais la situation est moins claire en ce qui a trait aux priorités 2, 3 et 4.

Dans quelle mesure les problèmes de sécurité ont-ils été cernés et résolus?

Les rôles du PESI à l'AC dans le secteur de la sécurité sont les suivants : 1) fournir les lignes directrices de sécurité pendant les phases de conception et de construction d'un projet et pendant les rénovations et les améliorations importantes liées à la sécurité; 2) financer les services de sécurité dans un nombre limité d'établissements « patrimoniaux »; 3) travailler avec les gestionnaires régionaux de la sécurité (GRS) dont le poste est financé par un autre programme. Ce travail est mené conjointement avec la Division des biens immobilisés et de la sécurité de la Direction générale des régions et des programmes de Santé Canada.

La création de la politique sur la sûreté et la sécurité du PESI en 2005 a fourni la plateforme à qui a permis de résoudre plus efficacement les problèmes de sécurité dans les établissements de santé financés par la DGSPNI. Fait remarquable, cette politique vise tous les employés de la DGSPNI qui gèrent les établissements de santé financés par la DGSPNI ou y travaillent et permet de s'assurer que ces employés disposent des connaissances et des outils appropriés pour cerner les menaces et les risques et mettre en place des mesures de protection efficaces[5].

Lorsque nous leur avons demandé d'évaluer l'efficacité des mesures de suivi du PESI dans les établissements de santé, la majorité des GRS ont affirmé que le programme était relativement efficace. Les RSM interrogés ont mentionné que le roulement du personnel semble élevé chez les bénéficiaires des contributions, en particulier chez les gardes de sécurité, ce qui rend difficile le maintien de la capacité et la formation. Les nouvelles infirmières ne sont pas toujours familières de leurs rôles et responsabilités dans les activités de sûreté et de sécurité. Les GRS ont indiqué que dans l'ensemble, ils manquaient de ressources pour mettre en œuvre les recommandations de l'évaluation des menaces et des risques et qu'avec le temps cela nuisait à leur capacité de changer ou d'améliorer la sécurité. Encore une fois, il incombe (en grande partie) aux programmes qui utilisent les établissements de fournir les ressources en matière de sécurité dans le cadre de leurs dépenses de F et E.

[5] Politique sur la sûreté et la sécurité des établissements de santé de la DGSPNI, approuvée en février 2006.

Est-ce que la planification ou la mise en œuvre des améliorations matérielles des établissements de santé du PESI a répondu aux besoins des communautés?

Les programmes exécutés dans chaque communauté définissent le besoin de rénovations des établissements de santé, ce qui fait partie du fondement de l'approbation des projets. Toutefois, étant donné que les projets reçoivent également des fonds selon la capacité de la communauté à exécuter, à gérer et à mener à bien un projet, et que les fonds sont limités pour les grands projets, dans l'ensemble, il est possible que certains besoins demeurent sans réponse. Par ailleurs, aucune autre source n'indique que des projets de rénovation importants ou mineurs soient effectués si ce n'est pas nécessaire

Les employés interrogés étaient d'avis qu'ils faisaient tout ce qui était possible avec les ressources disponibles. D'autres régions ont fait remarquer que le principal problème d'un grand nombre de rénovations demandées est l'absence de fonds pour les dépenses de F et E par les programmes qui utilisent les établissements. Une norme acceptée pour les dépenses de F et E est 2,5 % de la valeur des biens par année, soit un montant qui s'élèverait à environ 22 millions de dollars par année pour les établissements financés par Santé Canada. Toutefois, le niveau de dépenses de F et E par les occupants des établissements de programmes est inconnu et l'état des immeubles qui en souffre n'est pas évalué de façon uniforme. Par conséquent, il est difficile de fournir des évaluations adéquates pour le F et E.

La perception générale chez le personnel du PESI est que le nombre de mises à jour continu d'augmenter et que le personnel consacre de plus en plus d'attention, de temps et de fonds pour améliorer la situation.

Dans quelle mesure la planification du cycle de vie était-elle soutenue par les données probantes?

Les besoins en matière de planification des investissements à long terme ont récemment augmenté la nécessité d'une base de données permettant de tenir des dossiers à jour de l'état de l'inventaire des établissements de santé et des biens connexes. L'évaluation a relevé des problèmes courants avec le SIGBI qui devait au départ enregistrer tous les renseignements liés au F et E des établissements et les données sur les biens immobiliers pour soutenir le processus décisionnel des régions et de l'AC. Le CEPI a souligné, Lors de l'évaluation formative de 2004 du PESI, le CEPI a souligné que le système était mal adapté aux besoins régionaux et qu'on utilisait parfois d'autres systèmes[6].

Les mises à jour du SIGBI de 2005 à 2008 cherchaient à améliorer le suivi des rapports d'inspection et de l'état des établissements. Toutefois, un examen du système en 2008 a révélé que la qualité et l'exhaustivité des données dans le profil des établissements du SIGBI variaient d'une région à l'autre et que, dans certains cas, le profil était désuet.

[6] Résultats provisoires de la réunion du groupe de discussion avec le CEPI (données brutes de l'évaluation formative de 2004), novembre 2003.

En outre, l'évaluation formative du PESI a fait ressortir que le manque de renseignements à jour « nuisait à la capacité des gestionnaires » de déterminer si les fonds accordés aux programmes suffisaient pour répondre à la demande actuelle et future. En outre, le récent examen des pratiques de gestion a déploré le fait que le système n'avait pas intégré les renseignements sur les changements démographiques ou les circonstances locales. La vérification des ACDC de 2010 de Santé Canada a justement conclu que le SIGBI était trop limité et contribuait à des estimations de coût irréalistes. L'enquête auprès du personnel régional et de l'AC réalisée pour l'évaluation actuelle a révélé que 15 personnes sur 27 n'utilisaient pas le SIGBI régulièrement et 12 personnes sur 20 ont déclaré que la composante la moins utile du système était les estimations de coût des établissements.

Par conséquent, les données probantes fournies par le SIGBI et autres bases de données sont incomplètes et ne suffisent pas pour fournir les renseignements nécessaires au processus décisionnel.

Est-ce que les fonctions de F et E ont été adéquates?

L'évaluation a permis de constater que même si la superficie totale en mètres carrés des établissements financés par le PESI continue à chaque année d'accroitre et que le coût de la construction a augmenté de trois à cinq pour cent de 1997 à 2008, les dépenses probables de F et E n'ont pas beaucoup augmenté de 2004 à 2008[7]. Déjà en 2004 un groupe de discussion mentionnait l'absence de fonds de F et E comme un obstacle pour assurer la viabilité de l'exploitation dans de nombreux établissements de santé à travers le pays. Bien que cette insuffisance de fonds ait été relevée depuis comme un problème important, plus récemment les dépenses de F et E ont subi de fortes augmentations dans les coûts de l'énergie et de la construction.

Les répondants ont également mentionné qu'au fil du temps le fonctionnement et l'entretien jouent un rôle clé dans le maintien et l'exploitation des immeubles. Ils conviennent que les établissements financés par le PESI pourraient bénéficier d'une meilleure gestion en matière de F et E afin de mieux soutenir plus efficacement les locaux modernisés. Ils ont précisé que les niveaux actuels étaient insuffisants et fourni diverses estimations de l'écart. Par exemple, bien que le fonctionnement et l'entretien représentent environ trois pour cent des dépenses en immobilisations, ils ont souligné que le besoin s'approchait davantage du six à huit pour cent. Certains ont estimé qu'il y avait un manque de fonds de 10 à 15 millions de dollars pour les services publics, de 10 millions de dollars pour les petites réparations et de 25 millions de dollars pour le F et E dans l'ensemble. Un répondant a indiqué qu'il était pratiquement impossible de déterminer quels étaient les fonds affectés au F et E en raison de lacunes importantes en ce qui concerne la ventilation selon le codage financier.

[7] Examen stratégique, ibid, 2008.

Les documents de programme ont relevé un déficit continu en matière de F et E. En 2010, il était estimé à 10 millions de dollars à des niveaux sous-optimaux (c.-à-d. les fonds requis seulement pour répondre aux dépenses de base des établissements pour le F et E) et à 25 millions de dollars à des niveaux optimaux (c.-à-d. les fonds requis pour répondre aux dépenses de base des établissements pour le F et E et les fonds pour les exigences relatives aux programmes de prévention des établissements et la mise en œuvre d'un cycle de vérification optimal). Par conséquent, le déficit peut accélérer la réduction de la valeur des composantes des établissements et entraîner la nécessité de rénovations et de remplacements importants, ce qui suscite d'autres risques liés à l'exploitation, comme les risques pour la santé associés à la prévention des infections et à la sécurité des immeubles. Toutefois, il convient de souligner que ces estimations ne réflètent que le F et E qui fait l'objet d'un suivi. L'étendue réelle du F et E fournie par les programmes est en grande partie inconnue.

Pour la plupart, les membres des communautés la façon dont les fonds de F et E sont affectés et les représentants du programme dans les communautés ont déclaré qu'ils ignoraient les niveaux de participation des communautés au processus de F et E. Ils ont mentionné que les fonds de F et E ne font pas partie des exigences dans les accords de contribution ou qu'ils n'étaient pas au courant des récents changements apportés à ces exigences.

Les entrevues ont fait ressortir la nécessité de préciser les attentes relatives aux plans de gestion et aux calendriers de F et E, de même qu'à la formule de financement qui inclut les rôles et responsabilités des programmes et des communautés dans les activités de F et E. Les entrevues ont aussi permis de cerner le besoin d'améliorer la gouvernance et la responsabilisation des conseils de bande à l'égard des fonds du PESI. Certains ont laissé entendre qu'il serait avantageux d'améliorer la communication entre les communautés, les bureaux régionaux, la DGSPNI et l'AC.

Dans l'ensemble, le volet F et E du PESI a subi les effets de deux principaux facteurs : les montants des dépenses en F et E et la mesure dans laquelle les communautés ont pu gérer efficacement le fonctionnement et l'entretien dans l'ensemble, et ce, en tenant compte du manque de clarté quant à l'entité responsable des activités de financement et de prestation de F et E. Il semble également que certaines communautés ne sont pas bien conscientes des rôles et responsabilités, des connaissances, des ressources humaines et de l'engagement à long terme nécessaires pour exercer les fonctions de F et E.

RENDEMENT – EFFICIENCE ET ÉCONOMIE

L'évaluation visait à déterminer si l'ensemble des processus en place permettent de réduire le plus possible le coût des extrants, et si les constatations sont représentatives des pratiques qui soutiennent l'efficience et l'économie du PESI. Par conséquent, l'évaluation de l'efficience et de l'économie portait sur l'utilisation globale des ressources pour la production des extrants par rapport aux progrès dans l'atteinte des objectifs. Comme des lacunes importantes dans les données disponibles faisaient obstacle à l'évaluation quantitative de l'efficience et de l'économie, des rapports et des documents qualitatifs illustrant les processus ont plutôt été utilisés.

Est-ce que les ressources utilisées pour l'exécution se rapprochent du minimum requis pour atteindre les résultats prévus?

L'examen de la documentation a révélé qu'un certain nombre de mécanismes officiels sont en place pour contrôler les dépenses de construction des immeubles. Le processus de l'évaluation des besoins exige que les dépenses des projets s'harmonisent aux principaux extrants et résultats du programme. Pour que leurs propositions d'immobilisations soient retenues, les bénéficiaires doivent démontrer que le projet sera géré de façon économique et répondra à un besoin démontrable dans la communauté. Chaque projet d'immobilisations est assujetti à un processus concurrentiel qui attribue les contrats de construction à la proposition la moins coûteuse qui satisfait aux exigences du projet (principe d'optimisation des ressources).

Un certain nombre de politiques et de processus contribuent à la réduction des coûts. Au niveau de la mise en œuvre des projets, des procédures sont en place afin de favoriser le respect des échéanciers et des budgets prévus. Toutefois, il est possible que les estimations présentement disponibles concernant le temps et le budget requis ne soient pas suffisamment fiables pour déterminer si ces procédures de réduction des coûts sont efficaces.

Au niveau des politiques et de la planification, le PESI travaille à améliorer l'efficience des dépenses en affectant les fonds aux communautés qui en ont besoin, selon l'hypothèse stratégique que la plus grande utilisation d'un service se fera chez ceux qui en ont le plus besoin, et que les meilleurs effets sur la santé seront obtenus lorsque les interventions visent ceux qui en ont le plus besoin.

En outre, l'examen de la documentation a montré que les projets sont menés à bien et gérés selon un ensemble de pratiques visant à réduire les coûts, par exemple, en faisant en sorte que les dépenses soient subordonnées au respect des dates cibles, en établissant des exigences, des vérifications et des approbations pour les dépassements de coût, et en réalisant des contrôles de la qualité qui assurent la prestation de biens et de services adéquats par les fournisseurs. De plus, les accords de contribution interdisent le cumul de fonds, ce qui garantît que les fonds du PESI ne peuvent être utilisés si d'autres fonds sont disponibles. Les rapports finaux sur les dépenses indiquent les surplus budgétaires qui doivent être remis au programme et le bénéficiaire doit

assumer tous les déficits budgétaires. Enfin, tous les fonds, y compris ceux qui proviennent de d'autres sources, sont conservés dans un compte distinct et peuvent être dépensés selon le calendrier. L'intérêt sur les soldes est retenu aux fins des dépenses légitimes du projet.

Même si les indicateurs pour minimiser le coût des immobilisations pouvaient inclure les ratios de dollars par pied carré pour les locaux nouveaux ou rénovés – au niveau de l'inventaire ou de l'établissement de santé – les données étaient incomplètes et ne pouvaient fournir que des mesures approximatives ne pouvant être distinguées de facteurs comme les coûts de construction plus élevés dans les lieux éloignés et l'absence de prix concurrentiels en raison du faible nombre d'entrepreneurs. En outre, les processus d'approvisionnement pour la construction d'immobilisations financées par le gouvernement du Canada se limitent à des processus concurrentiels et au besoin de classer les soumissionnaires des Premières nations par ordre de priorité. En raison de ces contraintes liées à la politique sur la passation de marchés et de l'éloignement de nombreuses communautés, le coût par mètre carré n'est pas une mesure de comparaison raisonnable.

L'analyse économique dans le cas de la conception du PESI respecte les hypothèses de planification du cycle de vie. Autrement dit, les investissements continus pour le F et E des immeubles sont nécessaires en vue de réduire la détérioration comme un obstacle au bon usage de l'établissement ou à son exploitation pendant toute la durée de son cycle de vie. Comme indicateur clé de l'efficience à long terme de l'infrastructure des immobilisations et principal élément de la logique du PESI, l'évaluation portait sur cette dimension d'efficience. Certaines personnes interrogées ont mentionné que la planification et la mise en œuvre des activités de F et E par les communautés pouvaient être insuffisantes pour assurer que le maintien et la détérioration ne raccourcissent le cycle de vie de certains établissements et ne nuisent à l'efficience liée à la longévité des immeubles.

Est-ce que les établissements ont été achevés en respectant les échéanciers et les budgets prévus?

Les bases de données pour tenir compte du rendement des accords de contribution en ce qui concerne l'échéancier et le budget sont incomplètes et ne soutiennent pas les indicateurs quantitatifs précis. Par conséquent, un échantillon non représentatif des accords de contribution de 2005-2006 à 2009-2010 a été jumelé aux données financières du Ministère afin de produire des estimations provisoires du rendement en ce qui a trait à la durée des travaux et au budget. Les activités liées aux accords énumérés dans le présent échantillon étaient les suivantes : 1) réparation, rénovation ou amélioration des immobilisations, 2) projets mineurs d'immobilisations, 3) services de sécurité, 4) fonctionnement et entretien, 5) équipement ou biens, 6) conception et construction des immobilisations. Des 128 accords échantillonnés, 96 (75 %) comportaient une modification apportée au budget et 25 (20 %) comportaient une modification apportée au calendrier. Vingt-deux des 128 accords (17%) n'avaient subi aucune modification.

Il semblerait qu'il y ait eu des modifications de budget et de calendrier dans de nombreux projets d'immobilisations. Toutefois, sans analyse comparative adéquate, il est difficile d'évaluer si ces taux et ces retards sont comparables à ceux d'autres projets d'immobilisations ou si ces retards ou ces budgets modifiés respectent la norme des processus de construction en général.

Existe-t-il des moyens d'améliorer l'efficience et l'économie de l'exécution du programme?

Un certain nombre d'informateurs clés ont déclaré qu'il serait possible d'accroître l'efficience en améliorant l'inspection et l'entretien, notamment par l'embauche d'inspecteurs qui seraient attitrés à un immeuble dans le cadre de partenariats avec d'autres organisations. Ils ont également indiqué qu'une meilleure communication et le respect des rôles et responsabilités dans divers secteurs du PESI augmenteraient l'efficience globale du programme. Pour ce faire, il a été proposé de recourir d'abord aux processus et procédures décrites dans l'accord de contribution général.

L'absence de données financières qui pourraient être liées aux extrants a limité la capacité de déterminer l'efficience et l'économie de l'exécution du programme. Il est à noter que l'évaluation menée par Affaires autochtones et Développement du Nord Canada en 2010 relativement à son Programme d'immobilisations et d'entretien a révélé des lacunes semblables dans les données relatives à l'efficience et à l'économie, en particulier celles qui permettraient de comparer les régions de manière à établir des jalons. Par ailleurs, l'évaluation a été réalisée de manière à inclure des données repères provenant de municipalités semblables aux communautés des Premières nations.

Il est important de souligner que les municipalités présentaient également des lacunes significatives dans les rapports et les données pour l'évaluation de l'efficience et de l'économie. Par conséquent, l'évaluation se fondait sur les mêmes types de politiques et d'évaluations qualitatives que l'évaluation du PESI pour conclure que les mesures de contrôle des coûts semblent être en place. Dans l'ensemble, l'évaluation a permis de trouver suffisamment de preuves pour démontrer l'efficience et l'économie du PESI à l'égard de l'utilisation des ressources, de la production des extrants et des progrès au regard des résultats prévus. Toutefois, les données probantes indiquent clairement que les lacunes en matière de F et E menacent les résultats stratégiques en matière de santé et l'efficience à long terme des investissements dans l'infrastructure des immobilisations.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Conclusions

Dans l'ensemble, le PESI demeure pertinent par rapport aux priorités de Santé Canada, aux rôles du gouvernement fédéral en matière de santé et aux besoins des communautés des Premières nations et des Inuits. Le PESI contribue à la réalisation du résultat stratégique de la DGSPNI, soit « de meilleurs résultats pour la santé et la réduction des inégalités en matière de santé entre les Premières nations et les Inuits et le reste de la population canadienne » en finançant la construction et l'amélioration des établissements de santé au sein des communautés des PNI. Grâce au financement de dépenses en immobilisations pour soutenir la prestation de programmes et de services de santé dans les réserves, le PESI améliore l'accès de ces populations au système de santé, ce qui appuie la réalisation du résultat stratégique de Santé Canada : « un système de santé accessible et durable qui répond aux besoins de santé de la population canadienne ». L'objectif du programme, qui consiste à répondre aux besoins locaux concernant la prestation de services de santé, appuie la pertinence du programme, et le processus de priorisation des dépenses en immobilisations et de modernisation des immobilisations donne à penser que le programme répond aux besoins locaux. En outre, l'intérêt accordé aux questions environnementales est appuyé par une indication des besoins, comme le démontrent les évaluations environnementales.

L'évaluation du rendement était limitée, en raison de l'insuffisance des données disponibles. Cette insuffisance avait une incidence sur la capacité des évaluations de mesurer le rendement du PESI selon les résultats du modèle logique. Les systèmes de données ne sont pas exhaustifs; ils sont incomplets et ne sont pas utilisés de manière uniforme. Dans l'ensemble, la base de données actuelle ne répond plus aux besoins, notamment en raison de ses limites dans l'évaluation de l'état réel de l'inventaire. Bien qu'il existe un besoin évident relatif à un système d'inventaire centralisé qui précise des aspects tels que l'état des établissements, l'évaluation a révélé de manière systématique que le système de données actuel, soit le Système intégré de gestion des biens immobiliers (SIGBI), ne fonctionne pas efficacement.

Tout bien pesé, l'évaluation porte à croire que le PESI a de la difficulté à répondre aux besoins prioritaires des communautés en matière d'infrastructure et de rénovations. Il semble qu'une absence de définition commune des critères établis nuise à la priorisation des besoins. Par conséquent, il arrive que la sélection des communautés bénéficiaires du financement du PESI dépende de la capacité des communautés à gérer le projet, et non pas uniquement d'un besoin manifeste en matière d'infrastructure.

Le processus de F et E semble insuffisant à maintenir l'inventaire actuel. Bien que la méthode de financement de projets réduise au minimum les coûts et garanti l'allocation efficace des ressources de F et E, un manque de données empêche la réalisation d'une analyse comparative qui permettrait de tirer, avec certitude, une conclusion à cet égard. Le fait que le F et E puisse être inadéquat donne à croire que l'efficience des établissements tout au long de leur cycle de vie pourrait être compromise. Cependant, cette évaluation est limitée par le fait que la réduction de la valeur de l'inventaire est largement inconnue. Le problème relatif au F et E est aggravé

davantage par l'injection de fonds de relance, étant donné qu'aucun financement subséquent n'a été affecté en vue de l'entretien des installations. En ce qui concerne le financement du F et E, le principal obstacle est l'absence de clarté, pour les principaux partenaires, en ce qui concerne les rôles et les responsabilités de chacun en matière de F et E.

L'évaluation a révélé des incohérences sur le plan de la compréhension de certaines procédures, politiques et priorités du PESI par les principaux partenaires, notamment des différences quant à la connaissance des rôles et des responsabilités liés au F et E, un degré variable d'utilisation de l'ensemble national de critères dans le cadre de la priorisation des projets, de même que la nécessité de maintenir des systèmes d'information uniformes et normalisés.

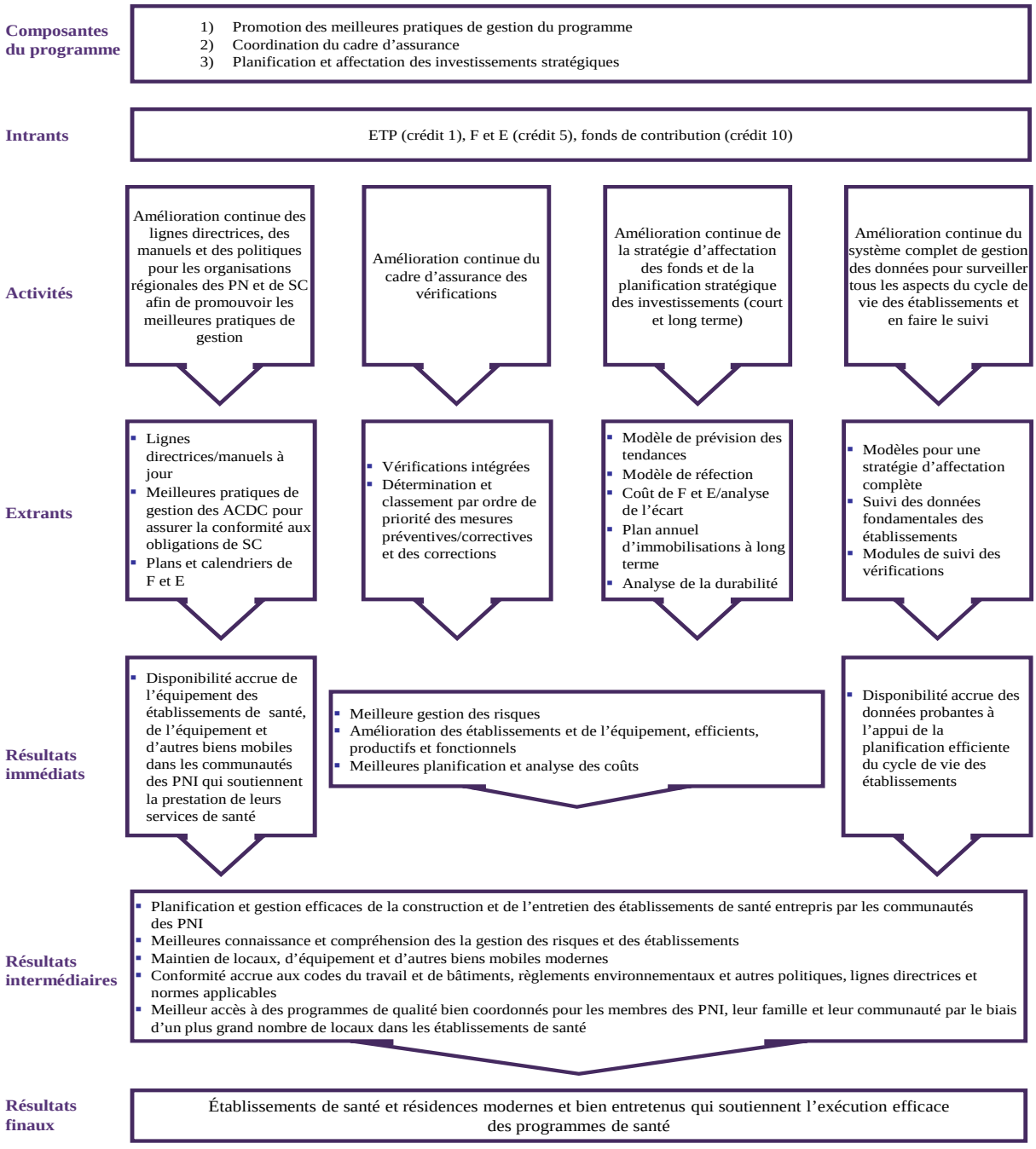
RECOMMANDATIONS

Selon les constatations globales découlant de l'évaluation, les responsables du PESI devraient suivre les recommandations suivantes :

1. Examiner des façons de restructurer ou de remplacer le SIGBI et de rendre son utilisation obligatoire. Cette mesure devrait avoir pour but d'améliorer l'utilité du système comme source d'information rentable pour la gestion des programmes par l'AC et les régions. Le changement devrait appuyer l'évaluation future du PESI, y compris la capacité de mesurer l'aspect économique et l'efficience du programme.

2. Examiner des façons de rendre plus uniforme la priorisation des projets d'immobilisations régionaux, afin de mieux éclairer le processus relatif au plan d'investissement à long terme (PILT). Ceux-ci devraient être conformes avec le nouveau cadre de modernisation du programme des immobilisations.

3. Améliorer, en collaboration avec les programmes de santé de la DGSPNI et les communautés des PNI, les processus liés au F et E, notamment en précisant les rôles et les responsabilités et en effectuant le suivi des ressources.

ANNEXE A — MODÈLE LOGIQUE DU PESI

Programme des établissements de santé et immobilisations Modèle logique