



Health Canada and the Public  
Health Agency of Canada

Santé Canada et l'Agence  
de la santé publique du Canada

# **Évaluation du Programme de santé environnementale et publique de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de 2010-2011 à 2014-2015**

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

**15 septembre 2016**

## Liste d'acronymes

AAP	Architecture d'alignement de programmes
AC	Accord de contribution
ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
AHM	Agent d'hygiène du milieu
AINC	Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien
AQEP	Avis concernant la qualité de l'eau potable
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCQEP	Contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable
DGSPN	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
DRSE	Directeurs régionaux de la santé environnementale
DSEP	Division de la santé environnementale et publique
EANEPN Nations	Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations
EC	Environnement Canada
F et E	Fonctionnement et entretien
HM-RE	Hygiène du milieu et recherche environnementale
PAGEPCPN nations	Plan d'action pour la gestion de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations
PNCEPN nations	Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations
PSEP	Programme de santé environnementale et publique
QG	Quartier général
RISEPN	Réseau d'innovation en santé environnementale des Premières nations
RMR	Rapport ministériel sur le rendement
RQEPC	Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada
RSPN	Régie de la santé des Premières Nations
S et C	Subventions et contributions
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SEIS	Systèmes électroniques d'information sur la santé
SEP	Santé environnementale et publique

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Réponse et plan d'action de la direction.....	viii
1.0 But de l'évaluation .....	1
2.0 Description du programme .....	1
2.1 Contexte et historique du programme .....	1
2.2 Profil du programme .....	2
2.3 Alignement de programmes et ressources.....	3
3.0 Description de l'évaluation.....	4
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation .....	4
3.2 Limites et stratégies d'atténuation .....	5
4.0 Résultats.....	6
4.1 Pertinence : Enjeu n° 1 – Besoin continu pour le programme .....	6
4.2 Pertinence : Enjeu n° 2 – Harmonisation des priorités du gouvernement.....	8
4.3 Pertinence : Enjeu n° 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral .....	9
4.4 Rendement : Enjeu n° 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité) .....	11
4.5 Rendement : Enjeu n° 5 – Démonstration d'économie et d'efficacité .....	25
5.0 Conclusion : .....	31
5.1 Conclusions sur la pertinence.....	31
5.2 Conclusions sur le rendement .....	32
6.0 Recommandations.....	34
Annexe 1 – Principaux secteurs d'orientation du programme .....	36
Annexe 2 – Modèle logique.....	38
Annexe 3 – Résumé des constatations.....	39
Annexe 4 – Matrice d'évaluation .....	40

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Dépenses du programme <sup>a</sup> (\$).....	4
Tableau 2 : Limites/défis et stratégies d'atténuation.....	5
Tableau 3 : Secteurs de risque en SEP les plus fréquemment cités par les agents en santé environnementale et publique.....	7
Tableau 4 : Secteurs de risque les plus souvent cités comme « priorité élevée ».....	8
Tableau 5 : Secteurs d'activités pour lesquels le risque en SEP est atténué ou éliminé à court terme .....	21
Tableau 6 : Dépenses <sup>a</sup> du PSEP par région et QG* .....	25

## Sommaire

La présente évaluation offre une mise à jour sur la pertinence et le rendement du Programme de santé environnementale et publique (PSEP) de Santé Canada, qui a été évalué pour la première fois en 2011 dans le cadre de l'évaluation du groupe d'Hygiène du milieu et recherche environnementale (HM-RE) de Santé Canada.

### But et portée de l'évaluation

Le but de la présente évaluation est d'évaluer les changements dans le rendement du PSEP de Santé Canada au cours des cinq derniers exercices (2010-2011 à 2014-2015), et de répondre aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation du Conseil du Trésor du Canada (2009). La portée de la présente évaluation comprenait la plupart des activités réalisées par le PSEP, ainsi que les progrès effectués dans les activités visées dans le cadre du Plan d'action pour la gestion de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations. Les activités non comprises dans la portée de la présente évaluation étaient celles qui ne sont pas visées par l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières nations, qui est entré en vigueur en 2014-2015, et les activités comprises dans le cadre des initiatives horizontales récemment évaluées, notamment le Programme sur l'air pur et le Plan d'action pour protéger la santé humaine des contaminants de l'environnement. Par ailleurs, l'évaluation n'a pas pris en compte les activités de la DGSPNI liées aux collectivités inuites puisque ces activités ont été évaluées dans le cadre de l'évaluation externe/horizontale existante (le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord de l'AINC et le Programme sur l'air pur d'Environnement et Changement climatique Canada).

### Description du programme

Le principal objectif du PSEP est de *déterminer, de contrer et de prévenir les risques pour la santé des collectivités inuites et des Premières Nations associés à l'exposition aux dangers que présentent les milieux naturels et artificiels*. La surveillance de la santé environnementale et publique et les programmes d'analyse des risques comprennent la recherche communautaire et participative sur les tendances et les répercussions des facteurs environnementaux, notamment les contaminants chimiques et les changements climatiques sur les déterminants de la santé (par ex., biophysiques, sociaux, culturels et spirituels).<sup>1</sup> Ces programmes sont destinés aux collectivités des Premières Nations situées au sud du 60<sup>e</sup> parallèle, et dans le cas du *Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord* et du *Programme d'adaptation aux changements climatiques*, également pour les Inuits et les Premières Nations vivant au nord du 60<sup>e</sup> parallèle.<sup>2</sup>

Au sein de Santé Canada, le PSEP est coordonné à l'échelle régionale par les Services de santé environnementale et publique (SSEP), et appuyé dans tout le pays par la Division de la santé environnementale et publique (DSEP). Les programmes de SEP sont offerts dans les collectivités des Premières Nations qui se trouvent au sud du 60<sup>e</sup> parallèle par les agents d'hygiène du milieu (AHM) employés par Santé Canada ou par les collectivités des Premières Nations ou les conseils tribaux conformément au *cadre national pour le Programme de santé environnementale et publique dans les collectivités des Premières Nations au sud du 60<sup>e</sup> parallèle*. Des évaluations de la santé environnementale et publique ainsi que des activités de formation et de sensibilisation de la population sont menées dans huit secteurs essentiels : eau potable, eaux usées, élimination des déchets solides, logement, salubrité alimentaire, contrôle des maladies transmissibles, inspection des installations et mesures et interventions d'urgence.<sup>i</sup>

Entre le 1<sup>er</sup> avril 2010 et le 31 mars 2015, le PSEP a alloué environ 162 millions de \$ dans le cadre d'accords de contribution établis et de dépenses ministérielles directes pour déterminer, évaluer et contrer les risques pour la santé humaine associés à l'exposition aux dangers que présentent les milieux naturels et bâtis. Une différence importante du programme par rapport à 2014 réside dans le fait que les activités sont désormais réalisées dans la province de la Colombie-Britannique par la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) résultant de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations. Une autre différence par rapport à 2011 est que la structure précédente en deux groupes de programmes (santé environnementale et recherche environnementale) a été intégrée en un seul programme, soit le Programme de santé environnementale et publique au sein de la DGSPNI.

## CONCLUSIONS – PERTINENCE

### Besoin continu

Le programme de SEP est reconnu à l'échelle mondiale comme composante essentielle des systèmes de santé publique, et constitue un des facteurs qui contribuent grandement à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations de manière holistique. Le PSEP appuie un besoin continu et croissant parmi de nombreuses collectivités des Premières Nations de déterminer, de gérer et de prévenir les risques pour la santé humaine associés à l'exposition aux dangers que présentent les milieux naturels et bâtis. Comme il a été déterminé dans l'évaluation précédente, de nombreuses collectivités des Premières Nations continuent de rencontrer des risques importants de SEP comparativement aux autres collectivités canadiennes. Des défis continus résultent d'enjeux comme de mauvaises conditions de vie et de logement, la piètre qualité de l'eau potable et les systèmes d'égout qui fonctionnent mal, le manque d'opérateurs certifiés des installations de traitement de l'eau, le changement climatique, les caractéristiques de

---

<sup>i</sup> Le Programme de santé environnementale et publique ne représente pas le pilier principal de la préparation et de l'intervention dans le cas de situations d'urgence au sein des collectivités des Premières Nations, mais il joue tout de même un important rôle actif, consultatif et participatif pour veiller à l'intégration des facteurs à considérer en matière de santé environnementale et publique dans le cadre d'activités de préparation, d'intervention et de rétablissement pour les situations d'urgence.

la géographie locale, en plus de nombreuses inégalités socioéconomiques. Bien que la résolution des enjeux de SEP n'entre souvent pas dans la portée du contrôle de Santé Canada, on continue de ressentir le besoin fort et démontré d'un programme comme le PSEP pour influencer les résultats de la promotion de la santé et de la prévention des maladies dans les collectivités des Premières Nations. Au fur et à mesure que les collectivités des Premières Nations continuent de grandir et de faire l'expérience de risques en santé environnementale et publique plus complexes, le besoin en évaluations, en formation, en sensibilisation du public, en recherche et en surveillance devrait augmenter.

## **Harmonisation des priorités du gouvernement**

Le PSEP continue de s'harmoniser avec les priorités et les résultats stratégiques fédéraux recherchés pour améliorer le statut de santé des collectivités et des individus inuits et des Premières Nations.

## **Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral**

Depuis la dernière évaluation, le projet de loi S-8 a été adopté et la *Loi sur la salubrité de l'eau potable sur les terres des Premières Nations* est entrée en vigueur en 2013. L'introduction de cette loi amène le rôle du gouvernement fédéral en matière d'atténuation des risques en SEP au-delà du rôle consultatif, pour inclure un possible rôle réglementaire. Au cours de la période de l'évaluation, les règlements sur la qualité de l'eau potable pour les Premières Nations étaient en cours d'élaboration. Toutefois, en 2016, la loi a été soumise à un examen au moyen des instructions ministérielles de l'AINC, et l'élaboration de la réglementation a été mise en suspens. Santé Canada continue donc de jouer un rôle consultatif qui varie dans chaque région afin de répondre aux besoins et aux priorités spécifiques des collectivités.

Puisque différents ministères fédéraux jouent un rôle en ce qui concerne le soutien des collectivités des Premières Nations pour contrer les risques en SEP, il est nécessaire que la contribution de tous les ministères fédéraux soit coordonnée et harmonisée pour maximiser l'efficacité et atteindre les objectifs stratégiques communs. À l'heure actuelle, le rôle de Santé Canada en ce qui concerne l'eau potable demeure consultatif, et les activités livrées dans le cadre du PSEP sont conformes à ce rôle consultatif. De plus, pour le moment, Santé Canada n'est pas en mesure de fournir le financement nécessaire aux collectivités pour contrer ou pallier les risques, puisque ce domaine est du ressort de l'AINC. Bien qu'il n'y ait pas de dédoublement, la coordination et l'intégration au niveau fédéral pourraient être améliorées.

## **CONCLUSIONS – RENDEMENT**

### **Atteinte des résultats escomptés (efficacité)**

En se basant sur les résultats cernés au cours de l'évaluation précédente, le PSEP a démontré des progrès notables au cours des cinq dernières années en ce qui concerne l'atteinte de ses objectifs immédiats. Par exemple, les résultats indiquent que la collecte de données est plus rapide et que les résultats sont diffusés à divers paliers soit sous forme de recommandations ou par d'autres types d'établissements de rapports; il y a une utilisation accrue des preuves pour orienter les activités de SEP grâce à des recherches pertinentes menées dans les collectivités pour répondre aux priorités; ainsi qu'une sensibilité générale accrue des risques en SEP parmi les collectivités

des Premières nations, ce qui a contribué à une utilisation et à une demande accrue des services du PSEP dans les collectivités.

De manière semblable aux résultats de l'évaluation précédente, bien que les progrès liés aux résultats immédiats soient évidents, la mesure selon laquelle les résultats à plus long terme ont été atteints est moins claire. Il existe trois étapes générales requises pour atténuer les risques en SEP. Elles comprennent des activités qui déterminent, évaluent les enjeux, et qui y répondent (au besoin, selon l'évaluation).

Les résultats de la présente évaluation indiquent que le PSEP a continué de démontrer sa capacité à travailler de manière efficace avec les collectivités des Premières Nations pour déterminer et évaluer les risques en SEP, et que de telles activités peuvent donner lieu à des recommandations pour les collectivités des Premières Nations et d'autres intervenants en vue de contrer les risques environnementaux. De plus, les collectivités des Premières Nations réalisent des progrès continus en développant leur propre capacité à déterminer et à évaluer les risques en SEP. Des progrès moindres ont été enregistrés dans les collectivités en ce qui concerne la mise en œuvre des activités nécessaires pour contrer les risques en SEP, ce qui peut être complexe et qui nécessite des ressources considérables de la part d'autres sources de financement (c.-à-d., en dehors du mandat du PSEP). Bien que cette troisième étape ait lieu dans certains secteurs (par ex., mesures correctives à court terme, notamment des avis concernant la qualité de l'eau potable et des précautions en matière de salubrité des aliments), des défis persistent, de manière générale, pour contrer les risques plus complexes en SEP (par ex., les mesures à long terme portant sur le logement et sur les systèmes de traitement de l'eau potable ou des systèmes d'égouts).

Les événements et les facteurs visant à réduire les risques en SEP sont nombreux et comprennent la prise en compte de l'établissement de priorités au sein de la collectivité et la disponibilité des ressources, lesquelles sont toutes externes au mandat du PSEP. Cela indique que si le PSEP doit aider les collectivités à contrer leurs risques plus complexes en SEP, le programme devra continuer de coordonner et de collaborer avec la multitude d'autres intervenants concernés qui appuient les collectivités des Premières Nations dans la détermination des priorités et dans l'obtention des ressources pour contrer les risques en SEP.

L'évaluation n'a pas permis d'évaluer de façon directe les résultats à long terme de l'amélioration de la santé et du bien-être des Premières Nations. Les représentants du programme s'entendent pour dire qu'il est probable que le PSEP contribue à améliorer le statut de santé en prenant des mesures spécifiques à l'égard de certains risques en santé environnementale et publique.

## **Démonstration d'économie et d'efficience**

Le PSEP démontre certains aspects de l'économie et de l'efficience dans le cadre de sa réalisation. Compte tenu de la façon dont les budgets sont conçus et dont les ressources sont allouées, il est difficile de déterminer la mesure dans laquelle la planification et les budgets s'harmonisent avec les dépenses actuelles dans chacune des régions et des secteurs d'activités du programme. Cela contribue également aux défis que représente le calcul de certaines mesures de l'efficacité à l'aide des données financières disponibles pour le programme, dont les rapports de coût par extrant.

Les liens forts et positifs du programme avec les collectivités et les organismes des Premières Nations, en particulier à l'échelle communautaire, permettent d'assurer la pertinence des services et des conseils du PSEP. Le PSEP alloue des ressources aux activités en SEP qui contribuent aux résultats importants pour les collectivités des Premières Nations.

Le travail des agents d'hygiène du milieu (AHM) représente un élément clé de la réussite du PSEP. Bien qu'un grand nombre de secteurs d'efficacité aient été démontrés pour les AHM, la durabilité de leurs efforts pourrait être touchée par la charge de travail accrue dans la région, et par un plus grand nombre de demandes placées dans le PSEP en raison d'une sensibilisation accrue des risques en SEP dans de nombreuses collectivités, d'une hausse du financement pour les projets d'infrastructures communautaires et de la croissance et du développement continus des collectivités des Premières Nations. L'incidence des pressions découlant de la charge de travail parmi les AHM varie légèrement par région en raison des différences dans la capacité et dans les priorités entre les collectivités des Premières Nations.

En ce qui concerne les questions de mesure du rendement du programme, le PSEP s'est généralement amélioré au cours des cinq dernières années. Les domaines à améliorer cernés dans l'évaluation précédente démontrent que des tentatives ont été effectuées pour faire progresser l'établissement de rapports en vue d'inclure les résultats plutôt que de strictement compter les extrants. De plus, du travail a été effectué sur l'élaboration de certains des systèmes de collecte de données. Malgré ces améliorations, certains défis persistent en ce qui a trait à la compréhension des données (par ex., différents outils de collecte des données et paramètres de couverture parmi les régions) et à l'utilité des données recueillies (par ex., l'accent mis sur le calcul des inspections sans toutefois saisir le contenu des recommandations de manière systématique).

## RECOMMANDATIONS

### Recommandation 1

*Explorer les options afin d'améliorer la collaboration avec les intervenants pour aider les Premières Nations à contrer et à atténuer les risques complexes liés à la santé environnementale (p. ex. ceux pouvant nécessiter des interventions à long terme et coûteuses).*

Bien que de nombreuses activités de coordination et de collaboration soient en cours, il est clair que pour que les objectifs intermédiaires (donc à long terme) soient atteints, une participation continue du PSEP est nécessaire en contribuant aux preuves et aux évaluations pour appuyer ou promouvoir l'atténuation de risques complexes en santé environnementale et publique. Dans le but de mieux évaluer le degré auquel les objectifs sont atteints, les répercussions de la collaboration et de la coordination en SEP sur l'atténuation des risques en SEP devraient être documentées, étant entendu que le fait que les risques soient atténués ou non ne relève souvent pas du contrôle du PSEP.

De nombreux autres intervenants sont impliqués dans divers secteurs de SEP au sein des collectivités des Premières Nations. Ces intervenants comprennent : les collectivités des Premières Nations, divers organismes des Premières Nations, d'autres ministères et organismes du gouvernement fédéral (par ex., AINC, EC, ASPC, ACIA, SCHL), diverses directions générales au sein de Santé Canada et les gouvernements provinciaux. L'AINC et Santé Canada nécessitent la collaboration expressément dans un certain nombre de secteurs associés à la SEP,

compte tenu de leurs contributions combinées à l'atteinte des objectifs du PSEP. Par exemple, bien que l'AINC soit à la tête du Plan d'action pour la gestion de l'eau potable dans les collectivités des Premières Nations, Santé Canada occupe des rôles de soutien importants. De manière semblable, les enquêtes effectuées par les AHM ou les examens réalisés par les ingénieurs en santé publique peuvent devenir des recommandations pour les améliorations de l'infrastructure qui sont financées à l'aide des programmes de l'AINC. Le PSEP n'est qu'un des acteurs dans cette matrice complexe. Toutefois, il est bien positionné pour continuer à offrir des preuves et des renseignements nécessaires à la promotion de l'atténuation des risques complexes en SEP, compte tenu de leur expertise et des relations de travail et des liens forts avec la collectivité. Les activités de coordination et de collaboration du PSEP devraient se poursuivre à divers niveaux, y compris aux niveaux communautaires, infranationaux, régionaux et nationaux.

## **Recommandation 2**

*Examiner l'affectation et la charge de travail actuelle des AHM au sein des régions et dans l'ensemble de ces dernières afin de déterminer la durabilité du service pour les collectivités en prenant en compte diverses demandes et complexités supplémentaires prévues.* En s'appuyant sur les conclusions tirées des analyses sur la charge de travail en cours, il sera important pour le PSEP de comprendre clairement les défis qui résultent de l'affectation et des charges de travail des AHM tant au niveau régional que national. Cet examen devrait prendre en compte les demandes et les complexités supplémentaires prévues pour de nombreuses collectivités des Premières Nations en raison de divers contextes en évolution (par ex., le financement accru de l'infrastructure, le changement climatique, le développement économique et la croissance de la population).

## **Recommandation 3**

*Procéder à une évaluation des répercussions des recommandations faites par les AHM aux chefs et aux conseils dans le domaine des aliments, de l'eau potable et des logements.* Compte tenu du fait que les recommandations conçues par les AHM représentent un extrait essentiel pour l'atteinte de certains des objectifs souhaitables pour le programme, elles représentent une source potentielle riche de renseignements et de données pour divers usages à de multiples niveaux. Cela pourrait permettre d'améliorer l'utilité du rendement et la surveillance des données recueillies par le programme.

## Réponse et plan d'action de la direction (ou Réponse de la direction)

### Évaluation du Programme de santé environnementale et publique de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de 2010-2011 à 2015-2016

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Cerner les livrables clés	Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque élément livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables	Indiquer quelles ressources humaines et financières sont nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant).
<b>Examiner l'affectation et la charge de travail actuelle des AHM au sein des régions et dans l'ensemble de ces dernières afin de déterminer la durabilité du service pour les collectivités en prenant en compte diverses demandes et complexités supplémentaires prévues.</b>	Les responsables du programme sont d'accord avec la recommandation. Les efforts visant à améliorer la disponibilité et l'accessibilité de données de grande qualité pour promouvoir une prise de décision et une planification améliorées sont une priorité de la DGSPNI. Dans ce contexte, la DGSPNI a élaboré un outil d'évaluation de la charge de travail pour la AHE afin d'évaluer la durabilité et de déterminer les besoins futurs en matière de AHE.	Valider l'outil d'évaluation de la charge de travail des AHE et préparer une analyse de la charge de travail des AHE.	Présentation à la haute direction sur l'analyse de la charge de travail pour des AHE.	Septembre 2017	Tom Wong directeur exécutif, Bureau de santé de la population et santé publique	Pas de ressources supplémentaires nécessaires.
<b>Procéder à une évaluation des répercussions des recommandations faites par les AHM aux chefs et aux conseils dans le domaine des aliments, de l'eau potable et des logements.</b>	Les responsables du programme sont d'accord avec la recommandation. Un échantillon représentatif de recommandations dans les domaines de l'alimentation, du logement et de l'eau potable sera examiné afin d'évaluer leur impact et de déterminer si les mesures de suivi requises sont bel et bien prises.  Au besoin, les politiques et les procédures seront mises à jour afin d'améliorer la mise en œuvre des mesures d'atténuation et réduire les risques de santé environnementale et	Réaliser l'analyse et élaborer une approche pour évaluer les répercussions d'un échantillon représentatif de recommandations dans les domaines de l'alimentation, du logement et de l'eau potable, afin de déterminer si les mesures de suivi requises sont bel et bien prises, sur une période de six mois.  Les politiques ainsi que les procédures en vigueur seront mises à jour afin d'améliorer la mise en œuvre des	Présentation sur l'approche à la haute direction.  Début de la collecte de données dans les régions ou collectivités sélectionnées.  Présentation à la haute direction sur les résultats.  Les politiques ainsi que les procédures mises à jour	Mars 2017  Juin 2017  Février 2018  Avril 2018	Tom Wong directeur exécutif, Bureau de santé de la population et santé publique	Pas de ressources supplémentaires nécessaires.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Cerner les livrables clés	Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque élément livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables	Indiquer quelles ressources humaines et financières sont nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant).
	publique.	recommandations faites par les AHM et atténuer les risques en santé environnementale et publique.				
<b>Explorer les options afin d'améliorer la collaboration avec les intervenants pour aider les Premières Nations à contrer et à atténuer les risques complexes liés à la santé environnementale (p. ex. ceux pouvant nécessiter des interventions à long terme et coûteuses).</b>	<p>Les responsables du programme sont d'accord avec la recommandation.</p> <p>La DGSPNI (bureau national et régions) a une longue histoire de collaboration avec les partenaires en vue d'atténuer les risques complexes pour la santé environnementale et publique (p. ex., ceux qui demandent des investissements et/ou des interventions à long terme).</p> <p>Dans le contexte du nouveau financement d'AANC pour l'infrastructure pour l'eau et les eaux usées, et de son mandat renouvelé pour éliminer les avis concernant la qualité de l'eau potable dans les réserves, une priorité clé de la DGSPNI est de collaborer avec AANC pour favoriser la priorisation des investissements qui visent les systèmes à haut risque en matière de santé. Les conseils de santé publique et les analyses dans ce domaine sont déjà communiqués au niveau opérationnel et à l'échelon des AHE.</p>	Établir et documenter les systèmes et les processus pour communiquer l'information et les conseils de santé publique à AANC en ce qui a trait aux investissements stratégiques en matière d'infrastructure pour l'eau et aux avis sur l'eau potable, aux échelons national et régional.	Plan de travail conjoint AANC-SC sur les activités de collaboration stratégiques liées aux nouveaux plans et stratégie d'investissements en matière d'infrastructure pour régler la question des avis concernant la qualité de l'eau potable.	Mars 2017	Tom Wong directeur exécutif, Bureau de santé de la population et santé publique	Pas de ressources supplémentaires nécessaires.

## 1.0 But de l'évaluation

La présente évaluation avait pour but d'évaluer la pertinence et le rendement (efficacité, efficacité et économie) du Programme de santé environnementale et publique (PSEP) de Santé Canada pour la période de 2010-2011 à 2014-2015. L'évaluation a été réalisée conformément à la *Politique sur l'évaluation*<sup>ii</sup> du Conseil du Trésor (2009) et à la *Loi sur la gestion des finances publiques*. L'évaluation fait partie du plan d'évaluation quinquennal de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une évaluation du PSEP (connu auparavant sous le nom de groupe d'Hygiène du milieu et recherche environnementale) a été effectuée en 2011, et portait sur de nombreuses questions semblables couvrant la période fiscale de 2005-2006 à 2009-2010.<sup>3</sup> Cette évaluation présente une mise à jour sur les progrès des résultats et des modifications apportées au PSEP depuis la dernière évaluation, et souligne les réalisations du programme, les leçons apprises et les défis concernant la prestation des services.

## 2.0 Description du programme

### 2.1 Contexte et historique du programme

Les conditions de l'environnement, tant naturelles que bâties, peuvent avoir une incidence sur la capacité d'une personne à atteindre et à maintenir un bon état de santé. Un environnement sain offre un approvisionnement en eau potable et en ressources alimentaires saines, des installations communautaires et des logements construits et entretenus de manière adéquate, ainsi que le traitement et l'élimination appropriés des eaux usées et des déchets solides. Pour maintenir un environnement sain, il est également nécessaire de se préparer et de répondre aux urgences, et de travailler à la prévention et au contrôle des maladies transmissibles.

L'amélioration de la santé des peuples autochtones est une responsabilité partagée au sein des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que des collectivités et des individus inuits et des Premières Nations. Le PSEP doit donc continuer de travailler en collaboration avec un éventail d'organismes, dont :

- les collectivités et les organismes des Premières Nations à l'échelle locale, régionale et nationale;
- d'autres secteurs de Santé Canada et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

---

<sup>ii</sup> Bien que la nouvelle politique sur les résultats soit entrée en vigueur en juillet 2016, les données pour cette évaluation ont été recueillies conformément à la politique sur l'évaluation précédente.

- d'autres ministères fédéraux, notamment : le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (AINC); Environnement et Changement climatique Canada (EC); l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC); l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA); et la Société canadienne d'hypothèques et de logement; et
- les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Le résultat escompté à long terme pour le PSEP est l'amélioration de la santé et du bien-être des individus et des collectivités des Premières Nations. Un modèle logique décrivant la façon dont le programme prétend atteindre ce résultat a été mis à jour en 2015 (voir l'Annexe 2). Cette évaluation a évalué le degré auquel les extrants et les résultats définis dans le modèle logique ont été atteints au cours de la période d'évaluation. Le modèle logique du PSEP mis à jour en 2015 est très semblable à celui utilisé dans le cadre de l'évaluation de 2011 du groupe d'HM-RE.

## 2.2 Profil du programme

Le principal objectif du PSEP est de *déterminer, de contrer et de prévenir les risques pour la santé des collectivités inuites et des Premières Nations associés à l'exposition aux dangers que présentent les milieux naturels et artificiels*. Au sein de Santé Canada, le PSEP est coordonné à l'échelle régionale par les Services de santé environnementale et publique (SSEP), et appuyé dans tout le pays par la Division de la santé environnementale et publique (DSEP). Toutes les activités du programme sont offertes en accord avec les autorités des Premières Nations et à la demande de ces dernières. Dans les collectivités des Premières Nations qui se trouvent au sud du 60° parallèle, les programmes de SEP sont offerts par les agents d'hygiène du milieu (AHM) employés par Santé Canada ou par les collectivités des Premières Nations ou les conseils tribaux conformément au *cadre national pour le Programme de santé environnementale et publique dans les collectivités des Premières Nations au sud du 60° parallèle*. Tous les AHM doivent être titulaires d'un Certificat d'Inspection en Santé Publique (Canada), qui est reconnu par les organismes de santé au Canada comme preuve d'un niveau satisfaisant de formation et de compétences. Ils peuvent également participer au programme de développement professionnel continu afin de maintenir leurs compétences, leurs connaissances et leur expertise.

Les principaux programmes liés aux évaluations de la santé publique continuent de comprendre des activités qui mettent l'accent sur huit secteurs essentiels (Annexe 1) : eau potable, eaux usées, élimination des déchets solides, logement, salubrité alimentaire, contrôle des maladies transmissibles, inspection des installations et mesures et interventions d'urgence. Le rôle du PSEP est d'aider les collectivités en offrant la formation et l'éducation liées aux risques en SEP conformément aux priorités des collectivités, en élaborant des recommandations pour réduire les risques en SEP fondées sur des enquêtes, et en examinant les plans d'infrastructure sous le point de vue du génie sanitaire. Les principales activités comprennent les inspections et les évaluations en santé publique, l'éducation et la formation publique et la prestation de conseils et d'orientation.

La surveillance de la santé environnementale et publique et les programmes d'analyse des risques comprennent la recherche communautaire et participative sur les tendances et les répercussions des facteurs environnementaux, notamment les contaminants chimiques et les changements climatiques sur les déterminants de la santé (par ex., biophysiques, sociaux, culturels et

spirituels).<sup>4</sup> Ces programmes sont destinés aux collectivités des Premières Nations situées au sud du 60<sup>e</sup> parallèle, et dans le cas du *Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord* et du *Programme d'adaptation aux changements climatiques*, également pour les Inuits et les Premières Nations vivant au nord du 60<sup>e</sup> parallèle.<sup>5</sup>

Entre le 1<sup>er</sup> avril 2010 et le 31 mars 2015, le PSEP a alloué environ 162 millions de \$ dans le cadre d'accords de contribution établis et de dépenses ministérielles directes pour déterminer, évaluer et contrer les risques pour la santé humaine associés à l'exposition aux dangers que présentent les milieux naturels et bâtis. Une différence importante du programme par rapport à 2014 réside dans le fait que les activités du PSEP de Santé Canada sont désormais réalisées dans la province de la Colombie-Britannique par la Régie de la santé des Premières Nations résultant de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières nations. Une autre différence par rapport à 2011 est que la structure précédente en deux groupes du programme (santé environnementale et recherche environnementale) a été intégrée en un seul programme, soit le Programme de santé environnementale et publique au sein de la DGSPNI. De plus, les activités de recherche et de surveillance ont porté principalement sur les contaminants de l'environnement et les activités de laboratoire (voir Annexe 2, modèle logique du PSEP).

## 2.3 Alignement de programmes et ressources

Le PSEP est le sous-sous-programme numéro 3.1.2.2 dans le cadre de l'Architecture d'alignement de programmes de Santé Canada, et il contribue au résultat stratégique suivant : Les collectivités et les individus inuits et des Premières Nations reçoivent des services et des prestations de santé qui répondent à leurs besoins en vue d'améliorer leur état de santé.

Les données financières du programme pour les années 2010-2011 à 2014-2015 sont présentées ci-dessous (Tableau 2). En général, le Programme a engagé des dépenses d'environ 162 millions de \$ sur une période de cinq ans.

Tableau 1 : Dépenses du programme<sup>a</sup> (\$)\*

Année	S et C <sup>b</sup>	F et E <sup>c</sup>	Salaire <sup>d</sup>	Total <sup>e</sup>
2010-2011	15 700 304	7 367 832	10 367 299	<b>33 435 435</b>
2011-2012	15 007 787	6 554 327	11 071 277	<b>32 633 391</b>
2012-2013	15 006 828	5 742 165	10 192 278	<b>30 941 271</b>
2013-2014	14 787 800	6 029 588	10 873 888	<b>31 691 276</b>
2014-2015	14 554 559	5 601 485	13 009 365	<b>33 165 409</b>
<b>Total</b>	<b>75 057 278</b>	<b>31 295 397</b>	<b>55 514 107</b>	<b>161 866 782</b>

\* Source des données : (Données financières fournies par les AFPDG de la DGSPNI)

<sup>a</sup> excluent la Colombie-Britannique pour les cinq années; comprennent le financement du Programme sur l'air pur et le Plan d'action pour protéger la santé humaine des contaminants de l'environnement

<sup>b</sup> « contributions (326) » tirées des données des AFPDG

<sup>c</sup> « autres dépenses de fonctionnement (310) » tirées des données des AFPDG

<sup>d</sup> « salaires et traitements / programme d'aide aux étudiants (301-302) » et « salaires incontrôlables (307) »

<sup>e</sup> excluent « les petites immobilisations (312) », « les recettes (315) », et « les services non assurés (311) »

## 3.0 Description de l'évaluation

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

La portée de l'évaluation a couvert la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2015, et comprenait les activités de santé environnementale et publique menées par la Division de la santé environnementale et publique (DSEP) et les régions de la DGSPNI, notamment les progrès réalisés dans les activités visées dans le cadre du Plan d'action pour la gestion de l'eau potable dans les collectivités des Premières Nations (évaluation achevée en novembre 2013).<sup>6</sup> Compte tenu du fait que d'autres évaluations<sup>7</sup> se sont penchées sur les activités du PSEP propres aux collectivités inuites, la présente évaluation portait uniquement sur les collectivités des Premières Nations. Les activités non comprises dans la portée de la présente évaluation étaient celles qui ne sont pas visées par l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations, qui est entré en vigueur en 2014-2015. Aussi, l'évaluation ne comprenait pas les activités de la DGSPNI couvertes dans le cadre des initiatives horizontales suivantes :

- Programme sur l'air pur, thème Adaptation (évalué en même temps dans le cadre d'une évaluation horizontale d'Environnement Canada);<sup>8</sup> et
- Plan d'action pour protéger la santé humaine des contaminants de l'environnement (évaluation achevée en février 2014).<sup>9</sup>

L'évaluation s'harmonise avec la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada et a pris en compte les cinq enjeux principaux dans le cadre des deux thèmes de la pertinence et du rendement, comme indiqué dans l'Annexe 4. Correspondant à chacun des principaux enjeux, des questions spécifiques ont été élaborées selon les considérations du programme, lesquelles ont orienté le processus d'évaluation.

Une approche d'évaluation basée sur les résultats a été utilisée pour évaluer les progrès réalisés envers l'atteinte des résultats attendus, pour déterminer toutes conséquences imprévues et pour documenter les leçons apprises. Compte tenu du fait que le PSEP a été évalué en 2011,<sup>10</sup> une attention particulière a été portée tout au long de la présente évaluation sur la détermination des changements et des progrès qui ont été réalisés depuis la dernière évaluation.

Les données pour l'évaluation ont été recueillies à l'aide de diverses méthodes, notamment un examen de la documentation, des documents du programme et des données administratives, des entrevues des principales personnes interrogées avec les répondants internes (n=15) et les répondants externes à Santé Canada (n=26);<sup>11</sup> un sondage national des AHE (n=69) et une analyse comparative avec d'autres services de santé environnementale et publique. De plus amples détails sur les méthodes de collecte et d'analyse des données sont présentés dans l'Annexe 4. Par ailleurs, les données ont été analysées en recoupant les renseignements rassemblés provenant des diverses méthodes énumérées ci-dessus. L'utilisation de multiples sources de données et du recoupement visait à accroître la fiabilité et la validité des résultats et des conclusions de l'évaluation.

### 3.2 Limites et stratégies d'atténuation

Toutes les évaluations rencontrent des difficultés qui peuvent avoir une incidence sur la validité et la fiabilité des résultats et des conclusions de l'évaluation. Le tableau suivant décrit les limites rencontrées au cours de la présente évaluation. Les stratégies d'atténuation mises en place ont également été constatées pour que les résultats de l'évaluation puissent être utilisés avec confiance pour orienter la planification du programme et la prise de décision.

**Tableau 2 : Limites/défis et stratégies d'atténuation**

Limites/défis	Répercussions	Stratégie d'atténuation
Les données de base sur l'état de santé des individus des Premières Nations vivant dans les réserves ne sont pas liées directement aux activités ou à la période (2010-2015) couvertes par l'évaluation.	L'évaluation du résultat attendu du programme pour améliorer l'état de santé des individus et des collectivités des Premières Nations est difficile à effectuer de manière exacte au cours de cette période.	Le présent rapport utilise des indicateurs substitutifs, ainsi que des données sur l'état de santé des individus et des collectivités des Premières Nations pour la période avant l'évaluation.
Bien que la participation des principales personnes interrogées des collectivités des Premières Nations ait été recherchée, encouragée et volontaire, l'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure d'interroger le nombre de représentants des collectivités des Premières Nations prévu initialement.	Les points de vue des représentants des collectivités des Premières Nations pourraient ne pas être complètement représentés dans les résultats de l'évaluation.	Le présent rapport signale les cas où les résultats pourraient ne pas comprendre le point de vue de groupes sous-représentés dans les résultats des principales personnes interrogées.

Limites/défis	Répercussions	Stratégie d'atténuation
Au cours de la période d'évaluation, le contexte du programme a changé à la suite de l'introduction de nouvelles priorités fédérales.	L'évaluation a eu lieu lors d'un changement de gouvernement, au cours duquel les priorités ont été modifiées, notamment : répondre aux appels à l'action de la part de la Commission de vérité et réconciliation du Canada; un examen de la <i>Loi sur la salubrité de l'eau potable des Premières Nations</i> ; et les ressources accrues pour combler les disparités en matière de santé pour les peuples autochtones et d'autres Canadiens.	La pertinence du programme a été évaluée pour les deux périodes : une période avec la portée de l'évaluation, et les priorités actuelles pour aider au développement des recommandations prospectives.
Les données détaillées sur le rendement pour le PSEP n'étaient pas disponibles pour toutes les années couvertes par l'évaluation.	La disponibilité des données sur le rendement du programme est limitée.	Les lacunes dans les données de performance documentées ont été remplies avec des renseignements tirés d'autres sources de données (par ex., sondage, entrevues), si possible.

## 4.0 Résultats

### 4.1 Pertinence : Enjeu n° 1 – Besoin continu pour le programme

*Il existe un besoin continu de déterminer, de gérer et de prévenir les risques pour la santé humaine associés à l'exposition aux dangers que présentent les milieux naturels et bâtis. La présente évaluation a permis de constater que bon nombre des risques actuels et projetés pour la santé humaine liés à l'environnement auxquels les collectivités des Premières Nations font face sont très semblables à ceux décrits au cours de l'évaluation précédente.*

De manière semblable à l'évaluation précédente, toutes les sources de données (l'analyse documentaire, les entrevues et les résultats de sondage) indiquent qu'un besoin clair et cohérent de déterminer, d'évaluer et de contrer les risques liés à la santé environnementale au sein des collectivités des Premières Nations se fait ressentir. Comme il a été déterminé dans l'évaluation précédente, de nombreuses collectivités des Premières Nations rencontrent des risques importants en SEP comparativement aux autres collectivités canadiennes. Le lien entre la qualité du logement et la santé a été établi et est bien documenté dans l'analyse documentaire. La qualité de l'air à l'intérieur, la sécurité et le surpeuplement peuvent avoir des répercussions directes sur la santé. Au cours des dernières décennies, les collectivités des Premières Nations ont rencontré des problèmes de santé en raison de la qualité de leur parc de logements. Par exemple, à l'aide de données recueillies en 2008-2010, l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) a permis de constater que pour de nombreuses collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves, les conditions de vie et de logement sont mauvaises, avec environ un quart des adultes des Premières Nations habitant des logements surpeuplés (23,4 %), ce qui représente une augmentation substantielle depuis l'ERS précédente en 2002 (17,2 %). En comparaison, 7 % des adultes de la population générale canadienne vivent dans des logements surpeuplés. La

composition élevée du ménage ou le surpeuplement sont liés à divers résultats négatifs en matière de santé, notamment l'exposition à la moisissure et la transmission de maladies infectieuses.<sup>12</sup>

Une enquête réalisée en 2013 auprès de répondants des Premières Nations a montré que la majorité des individus des Premières Nations vivant dans les réserves trouvent que les questions environnementales ont une « grande » incidence sur leur santé ou celle de leur famille, et que cette proportion a augmenté depuis 2010 (52 % par rapport à 42 %).<sup>13</sup> Parmi les huit principaux secteurs de programmes en SEP, les secteurs prioritaires de préoccupation se sont penchés sur les risques associés aux problèmes de logement et aux infrastructures liées à l'eau potable. Comme indiqué dans l'enquête de 2013, les enjeux environnementaux les plus préoccupants en matière de santé pour les peuples des Premières Nations vivant dans les réserves sont la pollution de l'eau, la pollution de l'air et la moisissure, chacun mentionné entre les proportions d'une personne sur cinq et une personne sur trois. Ces enjeux étaient également les trois enjeux principaux cernés en 2010. Plus récemment, le Comité sénatorial permanent des peuples autochtones a publié un rapport sur son étude sur le logement et l'infrastructure dans les réserves. Parmi ses résultats, le Comité a écouté des témoignages et visité des collectivités des Premières Nations ayant des « avis de faire bouillir l'eau qui étaient en place depuis plus d'une décennie, des étangs d'eaux usées débordants, des toits recouverts de bâches en raison du manque d'argent pour les réparer, et de petites maisons surpeuplées où 16 à 18 personnes dorment en même temps »<sup>14</sup> ce qui soulève d'autres risques en SEP, dont la propagation potentielle de maladies transmissibles, la moisissure et la qualité de l'air à l'intérieur.

Comme illustré dans le tableau 3, les résultats de l'enquête actuelle auprès des AHM étaient relativement semblables à ceux de l'évaluation précédente. Les secteurs de risques les plus fréquemment cités parmi les deux cohortes étaient le logement, l'eau potable et les risques liés aux eaux usées, et aucun des groupes interrogés ou qui ont fait l'objet d'un sondage n'a déterminé des changements à grande échelle ou des différences dans les secteurs de risque qui avaient eu lieu au cours des cinq dernières années.

**Tableau 3 : Secteurs de risque en SEP les plus fréquemment cités par les agents en santé environnementale et publique**

Secteur de SEP	2011 (n=93)	2016 (n=65)
Conditions de logement	92 %	99 %
Eau potable	91 %	95 %
Eaux usées	80 %	72 %
Salubrité alimentaire	53 %	66 %
Déchets solides	47 %	52 %
Contrôle des maladies transmissibles	43 %	39 %
Urgences dans les collectivités	20 %	29 %

*Remarque : L'inspection des installations, qui est un secteur de programme principal, aborde divers secteurs de risque.*

*Source : Enquête auprès des AHM 2011; Enquête auprès des AHM 2016*

Comme indiqué dans le Tableau 4, parmi ceux qui déterminent les risques mentionnés ci-dessus en 2016, les risques associés à l'eau potable et au logement étaient plus fréquemment classés comme « priorité élevée ».

**Tableau 4 : Secteurs de risque les plus souvent cités comme « priorité élevée »**

Principaux enjeux de SEP déterminés comme secteurs de risque	Pourcentage global des répondants à l'enquête ayant classé le secteur comme priorité élevée (n=65)
Risques liés à l'eau potable	88 %
Risques liés au logement	80 %
Risques liés aux eaux usées	38 %
Risques liés à la salubrité alimentaire	35 %
Risques liés au contrôle des maladies transmissibles	25 %
Risques liés aux déchets solides	14 %
Risques liés aux urgences dans les collectivités	12 %

*Remarque : Réponses multiples permises; elles n'augmenteront donc pas le 100 %*

En ce qui concerne l'eau potable et les eaux usées, les réponses à l'enquête auprès des AHM ont permis de déterminer que les défis continuent de provenir d'infrastructures désuètes ou anciennes, de l'entretien inadéquat des infrastructures, du manque de formation et de disponibilité d'opérateurs certifiés, de systèmes exploités à pleine capacité ou au-delà de leur capacité, des changements climatiques, des caractéristiques de la géographie locale, et des nombreux enjeux socioéconomiques.

## 4.2 Pertinence : Enjeu n° 2 – Harmonisation des priorités du gouvernement

*Comme au cours de l'évaluation précédente, les activités du PSEP continuent de s'harmoniser avec les priorités du gouvernement fédéral pour contrer les risques en santé environnementale et publique au sein des collectivités des Premières Nations. Le PSEP s'harmonise avec le résultat stratégique n° 3 de Santé Canada : les collectivités et les individus inuits et des Premières Nations reçoivent des services et des prestations de santé qui répondent à leurs besoins en vue d'améliorer leur état de santé.*

L'évaluation précédente a permis de constater que les activités du groupe d'HM-RE s'harmonisaient avec les priorités du gouvernement fédéral et de Santé Canada en matière de santé environnementale et publique. Depuis avril 2010, divers engagements du gouvernement du Canada ont appuyé l'amélioration de l'identification et de l'atténuation des risques en santé environnementale, en particulier dans les secteurs de l'eau potable et des eaux usées. Par exemple, les discours du Trône de 2011 et 2013 ont décrit le travail continu du gouvernement avec les peuples autochtones. Le Budget 2011 a décrit les fonds servant à appuyer l'approvisionnement en eau potable, les logements et la santé des Premières Nations et des Inuits à l'aide des Budget 2012 à 2015, en mentionnant l'appui pour divers aspects de la santé des

Premières Nations et des Inuits. Plus récemment, le Budget 2016 a inclus des engagements additionnels, en particulier dans les secteurs de l'eau potable, des eaux usées, de la gestion des déchets solides et des logements au sein des collectivités des Premières Nations.

### **4.3 Pertinence : Enjeu n° 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral**

*Le rôle du PSEP est de nature consultative et n'a pas changé de manière importante depuis l'évaluation précédente. Toutefois, ce rôle pourrait devenir davantage réglementaire à l'avenir dans le secteur de l'eau potable.*

Santé Canada (DGSPNI) offre des conseils, des recommandations et une orientation aux collectivités des Premières Nations sur la façon de réduire ou d'atténuer les risques potentiels en santé environnementale et publique dans les milieux naturels et bâtis. En 2012, le gouvernement fédéral a présenté le projet de loi S-8, la *Loi concernant la salubrité de l'eau potable sur les terres des Premières Nations*, et la Loi a reçu la sanction royale le 19 juin 2013 et est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2013. La Loi permet au gouvernement fédéral d'élaborer des règlements fédéraux applicables pour l'accès à un approvisionnement fiable en eau propre et salubre; le traitement efficace des eaux usées et la protection des sources d'eau potable sur les terres des Premières Nations. Au moment de la finalisation du présent rapport d'évaluation, la Loi faisait l'objet d'un examen au moyen des instructions ministérielles de l'AINC, et l'avenir du projet d'élaboration de règlements était inconnu.

À l'heure actuelle, dans l'absence d'un régime législatif ou d'un cadre législatif, les activités livrées dans le cadre du PSEP demeurent consultatives. De plus, pour le moment, Santé Canada n'est pas en mesure de fournir le financement nécessaire aux collectivités pour contrer ou pallier les risques, puisque ce domaine est du ressort de l'AINC.

En ce qui concerne les autres principaux secteurs d'atténuation en SEP, les résultats de l'évaluation actuelle sont très semblables à ceux de l'évaluation précédente. Santé Canada occupe un rôle consultatif, et la prestation de ce rôle varie selon la région. De ce fait, les activités dans le cadre du PSEP sont offertes sur demande ou avec l'accord des autorités des Premières Nations. Le personnel du PSEP effectue ses activités en comprenant que Santé Canada ne détient pas de pouvoirs en SEP pour mettre en application les normes ou les règlements existants en santé publique (fédéraux, provinciaux, autres) dans les réserves.

Comme indiqué dans l'évaluation précédente, de nombreux autres intervenants sont impliqués dans divers secteurs de SEP dans les collectivités des Premières nations. Ces intervenants n'ont pas beaucoup changé avec le temps et comprennent : les collectivités des Premières nations, divers organismes des Premières nations, d'autres ministères et organismes du gouvernement fédéral (par ex., AINC, EC, ASPC, ACIA, SCHL), diverses directions au sein de Santé Canada et les gouvernements provinciaux. L'AINC et Santé Canada nécessitent la collaboration expressément dans un certain nombre de secteurs associés à la SEP, compte tenu de leurs contributions combinées à l'atteinte des objectifs du PSEP. Par exemple, bien que l'AINC soit à la tête du Plan d'action pour la gestion de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations, Santé Canada occupe des rôles de soutien importants. De manière semblable, les enquêtes par les AHM ou les examens par les ingénieurs en santé publique peuvent devenir des

recommandations pour les améliorations de l'infrastructure qui sont financées à l'aide des programmes de l'AINC. Pour la gestion de la qualité de l'eau potable, les Premières Nations sont responsables de la construction, du fonctionnement et de la gestion des systèmes. L'AINC fixe les normes pour ces systèmes et offre du financement pour la construction, le fonctionnement et l'entretien des systèmes. De son côté, SC offre du soutien pour protéger la santé publique, notamment la surveillance de la qualité de l'eau potable et le financement de contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau. Par exemple, si l'examen et l'interprétation des résultats de la qualité de l'eau potable des agents d'hygiène du milieu (AHM) de SC indiquent que l'eau potable n'est pas salubre, l'AHM communique des recommandations de façon immédiate (par exemple un avis de faire bouillir l'eau) au chef et au conseil pour qu'ils prennent les mesures nécessaires.

La prestation et la gestion de logements sur les terres des réserves relèvent de la responsabilité des Premières Nations, avec le soutien du gouvernement du Canada. En plus du financement du gouvernement dans le cadre de l'AINC, on encourage les Premières Nations à trouver d'autres sources de financement pour leurs besoins en matière de logements, y compris les frais de logement et les prêts. Conformément à la documentation et aux renseignements tirés des principales personnes interrogées et de l'enquête des AHM, malgré le grand nombre d'intervenants impliqués, les rôles et les responsabilités sont clairement décrits grâce à divers accords et ententes selon les intervenants impliqués, avec un chevauchement ou un double emploi limités.<sup>iii</sup>

Reflétant les conclusions de l'évaluation précédente, le secteur nécessitant une plus grande attention et qui a été souligné par bon nombre des principales personnes interrogées des collectivités et des organismes des Premières Nations est la lacune continue entre les risques connus qui ont été cernés et évalués par Santé Canada, et les risques qui sont atténués par les contributions d'autres organismes. Par exemple, le lien entre le travail d'identification et d'évaluation de Santé Canada et la contribution d'autres éléments comme les programmes et le financement de l'AINC qui serait nécessaire pour combler les risques plus complexes cernés et évalués par le PSEP (par exemple, les changements apportés aux logements et aux infrastructures). Cette lacune complexe a également été identifiée dans bon nombre des entrevues avec les représentants de Santé Canada et a été décrite dans des commentaires ouverts de la part de certains répondants à l'enquête des AHM.

---

<sup>iii</sup> La variation régionale existe avec certaines inspections (par ex., les inspections d'abattoirs; dans certaines régions, la région même en est responsable alors que dans d'autres régions, des organismes provinciaux s'en occupent).

## 4.4 Rendement : Enjeu n° 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Le résultat immédiat de « l'identification améliorée des risques pour la santé environnementale et publique » a été défini selon les quatre sous-résultats suivants :

- collecte, analyse et diffusion rapides des données et établissement de rapports en temps opportun;
- prise de décisions fondée sur des données probantes;
- sensibilisation des Premières Nations aux risques pour la santé environnementale et publique;
- activités d'atténuation des risques immédiats.

### Collecte, analyse, diffusion et communication des données en temps opportun

*Il existe de multiples niveaux de collecte, d'analyse, de diffusion et de communication des données au sein du PSEP. À l'échelle communautaire, et de manière semblable à l'évaluation précédente, le processus continue de bien fonctionner, et l'expertise et les connaissances des AHM établissent des liens avec les priorités communautaires pour orienter la collecte, l'analyse, la diffusion et la communication de données au sein d'une collectivité spécifique. Les données recueillies à l'échelle communautaire sont analysées et transmises sous forme de recommandations au chef et au conseil. Les résultats sont diffusés à l'aide de diverses activités de formation et de sensibilisation de la collectivité. En ce qui concerne le programme, certaines améliorations ont été notées dans les systèmes de collecte de données depuis l'évaluation précédente, et un travail continu est effectué en ce qui concerne l'analyse, la diffusion et la communication des résultats du programme, en particulier en ce qui a trait à l'eau potable. L'évaluation actuelle a trouvé des lacunes et des défis liés aux besoins d'une plus grande compréhension des données à l'échelle nationale, et dans l'utilité des données pour être en mesure de rendre compte des résultats et de les utiliser dans la gestion des risques.*

La collecte, l'analyse, la diffusion et la communication de données ont lieu à divers paliers dans le cadre du PSEP. Les AHM travaillent de manière directe avec les collectivités grâce à des enquêtes et à diverses autres activités de surveillance pour recueillir des données sur différents aspects d'une collectivité spécifique (par exemple, installations, logement, réseau d'eau potable) qu'ils analysent pour en faire état à la collectivité à l'aide de recommandations au chef et au conseil. Les résultats sont également diffusés de façon continue dans le cadre du travail avec les représentants de la santé communautaire, et potentiellement à l'aide des activités de formation et de sensibilisation connexes pour les représentants communautaires.

Un autre échelon de la collecte, de l'analyse, de la diffusion et de la communication de données a lieu à l'échelle du programme, où certains aspects des activités des AHM et des CCQEP sont saisis dans les systèmes de données régionaux et nationaux. Les analyses de ces données alimentent ensuite divers rapports régionaux et nationaux sur le rendement (par ex., les rapports nationaux du PAGEPCPN, le rapport sur le rendement du PSEP).

## *Systèmes de données*

Les principaux systèmes de données utilisés par le programme pour cerner et évaluer les risques sont WaterTrax et les systèmes électroniques d'information sur la santé (SEIS). Pour diverses raisons, certaines régions (par exemple, l'Alberta, le Québec) utilisent d'autres systèmes de données, mais la plupart des données tirées de ces systèmes peuvent être cumulées à l'échelle nationale. L'évaluation précédente a permis de constater que les systèmes de données en place à ce moment comprenaient certains défis, mais que des progrès considérables avaient été réalisés au cours de la période de cinq ans. Les systèmes SEIS ont été mis en œuvre en 2005, et les données sur l'eau potable ont été compilées dans divers systèmes de données régionaux.

Pour l'évaluation actuelle, en général, bon nombre des principales personnes interrogées de Santé Canada ont perçu que la rapidité et la qualité des systèmes de données pour le PSEP s'étaient améliorées au cours de la période examinée. Les personnes interrogées ont indiqué que les améliorations s'expliquaient surtout par l'attention accrue, les formations et la diligence des régions et des AHM dans l'alimentation des systèmes de données. Selon le Rapport national sur les indicateurs de rendement de l'eau potable du PAGEPCPN, en 2012-2013, toutes les régions avaient accès à une base de données sur l'eau potable. L'entretien des bases de données régionales est nécessaire pour que les résultats sur la qualité de l'eau potable soient communiqués en temps opportun, ce qui permet des décisions informées et opportunes, notamment la recommandation de l'émission d'un Avis concernant la qualité de l'eau potable (AQEP).

Lorsque les principales personnes interrogées de Santé Canada ont cerné les faiblesses des données/systèmes de données, elles portaient généralement sur la compréhension des données à des fins d'établissement de rapports nationaux, et sur l'utilité des données pour la prise de décisions.

Les préoccupations des principales personnes interrogées au sujet de la compréhension des données comprenaient le fait que le PSEP n'a pas d'accès aux données des collectivités des Premières Nations qui ont conclu une entente de financement en matière de santé, et qu'il ne peut donc pas faire état des données ou mener des analyses des risques auxquels toutes les collectivités des Premières Nations font face à l'échelle régionale ou nationale. De plus, les systèmes existants ne permettent pas de saisir toutes les activités ou les risques de SEP pertinents liés à une collectivité, une installation, un système ou une maison donnés. Ainsi, il se peut que les analyses des risques et la prise de décisions qui en résulte soient parfois basées sur des renseignements partiels. Enfin, de nombreux systèmes sont en place et ils ne communiquent pas entre eux. À l'heure actuelle, les données en SEP sont conservées dans plusieurs bases de données différentes selon l'activité de programme et la région, ce qui complique le cumul et l'analyse des données régionales et nationales, ainsi que l'identification des risques et des tendances. Par exemple, les données sur la surveillance de l'eau potable et les données sur les avis concernant la qualité de l'eau potable sont conservées dans des bases de données différentes selon la région. Le Québec utilise Water-Eau, l'Alberta utilise ELPHIS et les quatre autres régions utilisent WaterTrax. Pour les données liées aux inspections en santé publique, aux enquêtes et aux autres activités entreprises, l'Alberta utilise *Hedgehog*, alors que le reste des régions utilisent SEIS. Il n'existe pas de communication ou d'interopérabilité entre les systèmes; les données ne sont pas normalisées et doivent donc être cumulées manuellement pour

l'établissement de rapports nationaux; et la capacité pour effectuer des analyses intégrées, complexes et complètes des risques et des tendances en santé environnementales est faible dans l'ensemble des systèmes/secteurs de programme/activités, ce qui serait utile à tous les paliers de la prise de décisions, des Premières Nations à la haute direction.

Les préoccupations des principales personnes interrogées portaient généralement sur les limites perçues des systèmes de données dans la saisie des résultats, et dans l'offre de renseignements stratégiques utiles pour la gestion des risques et la prise de décisions. Les données ne sont pas encore utilisées de manière optimale pour surveiller les risques et les résultats en santé environnementale et publique, ou pour appuyer la gestion des risques. À l'échelle communautaire et régionale, les données relatives aux résultats sur la surveillance de la qualité de l'eau potable sont conservées séparément des données appartenant à tous les autres secteurs du PSEP (inspections, enquêtes, évaluations, surveillance liée aux installations et au logement). Ces bases de données ne sont pas reliées et ne comprennent pas de données géographiques sur les systèmes d'information de manière à faciliter le recoupement ou l'analyse intégrée des tendances et des résultats en matière de risques dans l'ensemble des différents secteurs de programme. Aussi, ces systèmes n'intègrent pas les données d'autres systèmes/ministères (par exemple, celles utilisées dans d'autres régions de la DGSPNI ou par l'AINC en lien avec le logement ou les projets d'infrastructure liés à l'eau potable et aux eaux usées, et l'établissement de rapports). Quelques répondants ont mentionné certains enjeux spécifiques additionnels, notamment l'incapacité des systèmes de données liés aux inspections à faciliter l'évaluation des risques ou l'établissement de priorités (par ex., offrir un classement des risques et des calendriers de suivi selon les résultats des inspections).

### *Le personnel*

Un nombre adéquat d'AHM est considéré comme étant un facteur pouvant contribuer à la collecte, l'analyse, la diffusion et la communication de données plus rapides à l'échelle communautaire et du programme, ce qui devrait mener à une identification améliorée des risques en santé environnementale et publique. L'évaluation précédente a cerné un défi en ce qui concerne les demandes pour les AHM et leur charge de travail, dans la mesure où il y avait des problèmes liés au fait de travailler de manière réactive plutôt que proactive dans certaines collectivités. Bien que l'évaluation actuelle ait cerné des défis continus en ce qui concerne la charge de travail des AHM, il n'est pas clair si le nombre actuel d'AHM a augmenté ou non depuis l'évaluation précédente.

### *Inspections, surveillance et enquêtes*

L'échantillonnage de l'eau est un indicateur de la collecte, de l'analyse, de la diffusion et de la communication des données qui devrait permettre d'améliorer l'identification des risques en santé environnementale et publique. Bien que l'examen de la documentation n'ait pas obtenu de données pour toutes les années couvertes par l'évaluation, d'après les renseignements reçus, il semble que le nombre d'échantillonnages de l'eau augmente au sein des collectivités des Premières Nations, et les taux de conformité pour la fréquence recommandée d'échantillonnage connaît également une hausse. Selon l'évaluation de 2015 du programme des CCQEP, « il y a eu une hausse totale de 22 % dans le nombre d'échantillons bactériologiques recueillis pour tous les

systèmes de distribution de l'AF 2004-2005 (76 029 échantillons) à l'AF 2011-2012 (92 785 échantillons). »<sup>15</sup> La même évaluation a établi que bien que la fréquence d'échantillonnage recommandée dans les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada (RQEPC) n'a généralement pas été respectée à l'échelle nationale au cours de la période de 2008-2009 à 2011-2012, la conformité a toutefois connu une hausse chaque année, passant de 42 % en 2008-2009; à 45 % en 2009-2010; à 58 % en 2010-2011; et à 60 % en 2011-2012. Toutefois, en 2014-2015, le taux de conformité a chuté à 42 %. Cette même tendance a été constatée dans les rapports nationaux disponibles du PAGEPCPN, où le nombre d'échantillons de l'eau analysés a augmenté d'environ 6 % de 134 659 en 2011-2012 à 142 853 en 2012-2013). Bien que les taux de conformité aient augmenté au cours de la période de 2008-2009 à 2011-2012, un déclin prononcé s'est fait ressentir en 2014-2015, soulignant ainsi qu'une plus grande amélioration est nécessaire pour respecter les fréquences de surveillance recommandées pour les paramètres bactériologiques des *Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada*. Les AHM de SC travaillent directement avec les collectivités des Premières Nations pour accroître la conformité de la surveillance pour les paramètres bactériologiques dans les systèmes de distribution avec 5 connexions ou plus en cernant les collectivités ciblées; en réglant les problèmes de non-conformité (par exemple, déterminer les CCQEP de soutien appropriés) et, dans l'absence d'un CCQEP, en choisissant/formant un remplaçant tout en offrant du soutien dans la surveillance dans la mesure du possible.

La réalisation d'inspections en santé publique est une composante essentielle des services de SEP au sein des collectivités des Premières Nations. En général, des proportions semblables d'inspections de routine et d'inspections demandées ont lieu. Toutefois, cette proportion diffère entre les collectivités et dans l'ensemble des types d'installations, et peut varier considérablement d'année en année et d'une région à l'autre.<sup>16</sup> Conformément au Rapport sur les indicateurs de rendement de 2014-2015, environ 7 000 inspections ont été effectuées en moyenne chaque année pour la période couverte par l'évaluation. La variabilité est démontrée avec un minimum de 5 960 inspections en 2012-2013 et un maximum de 9 175 inspections en 2011-2012. Le nombre d'inspections est légèrement plus faible, mais comparable à l'évaluation précédente, qui avait déterminé que le nombre d'inspections annuelles allait de 8 089 (2009-2010) à 8 877 (2007-2008).

Bien que la proportion change légèrement d'année en année, le nombre d'inspections demandées est généralement légèrement plus élevé que les inspections régulières. Par exemple, en 2013-2014, la proportion d'inspections qui ont été demandées était de 54 % alors que le 46 % restant représentait les inspections régulières. La majorité des inspections demandées relèvent des secteurs du logement, des eaux usées et de l'eau potable. En revanche, les inspections régulières ont généralement lieu dans les installations alimentaires et les installations de soins communautaires (soins aux enfants, écoles et autres installations de soins). Conformément à un récent rapport qui analysait les charges de travail des AHM, en 2013-2014, le besoin de certaines régions de se centrer sur les activités d'urgence (par ex., les inondations) a eu pour conséquence que les AHM ne pouvaient répondre qu'à un tiers de leur régime d'inspection ciblé (c.-à-d., les inspections régulières imposées par le cadre national).

Les AHM travaillent avec les autorités des Premières Nations et d'autres organismes de santé publique pour les cas où les foyers suspects ou confirmés de maladies d'origine alimentaire et hydrique et à transmission vectorielle. Conformément aux rapports sur le rendement du PSEP, la grande majorité des activités liées aux enquêtes sur les maladies transmissibles sont liées aux enquêtes sur les maladies à transmission vectorielle provenant des risques de rage et des morsures de chiens. Le nombre de ces enquêtes semble avoir doublé, passant de 135 en 2010-2011 à 301 en 2014-2015. Les activités liées aux enquêtes et à la sensibilisation sur la maladie de Lyme ont augmenté au cours des quatre dernières années, alors que le travail sur le virus du Nil occidental se poursuit, entraînant ainsi une hausse importante du nombre total d'enquêtes pour les maladies à transmission vectorielle.

Les activités de surveillance zoonotiques ont surtout lieu dans trois régions (Atlantique, Ontario et Manitoba) et portent sur la surveillance des moustiques, des oiseaux et des tiques. Les activités de surveillance semblent avoir diminué plus récemment, passant de 378 activités en 2013-2014 à seulement 86 activités en 2014-2015<sup>17</sup>.

En général, la charge de travail des AHM dans ces secteurs a augmenté.<sup>18</sup> Une évaluation initiale de la lacune dans le nombre actuel d'AHM révèle un déficit, ce qui ne laisse aucune capacité d'intervention rapide dans la plupart des collectivités pour contrer les urgences ou les événements imprévus.

### **Prise de décisions fondée sur des données probantes**

***L'évaluation précédente a permis de constater que le groupe d'HM-RE contribuait aux données probantes et à la recherche utilisées pour prendre des décisions au sujet des activités liées à la SEP. De manière semblable, l'évaluation actuelle a montré que les activités du PSEP entreprises reposaient en grande partie sur des données probantes. Des données probantes montraient que les pratiques exemplaires étaient mises en pratique dans le travail avec les collectivités des Premières Nations, que la recherche était menée et diffusée, et qu'un effort continu était effectué pour mettre à jour divers documents d'orientation.***

En général, les principales personnes interrogées dans l'ensemble des groupes de répondants s'entendaient pour dire que les activités du PSEP étaient fondées sur des données probantes, et ce avec une assez grande stabilité au fil du temps. Les représentants de Santé Canada ont souvent fait observer que les activités du programme s'harmonisaient avec les lignes directrices nationales fondées sur des données probantes (par ex., les RQEPC) et les normes et pratiques provinciales en SEP (par ex., les normes sur la qualité de l'eau potable, qui sont en grande partie fondées sur les RQEPC). Aussi, certains répondants de Santé Canada ont remarqué que les AHM et d'autres secteurs du programme, dont les composantes de recherche, utilisent leurs réseaux internes, et qu'ils ont également accès à des experts externes et de la Direction générale qui ont de l'expertise. Quelques-unes des principales personnes interrogées de Santé Canada ont établi que tous les AHM sont certifiés et qu'ils appartiennent à une association professionnelle qui s'attend à ce qu'ils soient à jour dans les pratiques actuelles fondées sur des données probantes.

Les principales personnes interrogées des collectivités et des organismes des Premières Nations n'ont pas exprimé de préoccupations au sujet de la base de données probantes de l'évaluation et de l'atténuation des risques du Programme (par ex., les AHM sont tenus en haute estime dans les

collectivités, les rapports sont vus comme étant approfondis, rigoureux et fiables). Selon un répondant, les collectivités des Premières Nations qui embauchent leur propre AHM dans le cadre d'un accord de financement en santé sont bien soutenues par le bureau régional de Santé Canada grâce à des communications régulières sur les normes et à des examens de cas.

Conformément à l'enquête auprès des AHM, la majorité des AHM (55 %) ont déclaré que leur utilisation des pratiques exemplaires de la part d'autres administrations, organismes et ministères avait augmenté au cours des cinq dernières années. En général, 38 % des répondants ont indiqué qu'elle avait augmenté « quelque peu » alors qu'un 17 % additionnel des AHM a établi qu'elle avait augmenté « considérablement ». Une proportion importante a indiqué que leur utilisation des pratiques exemplaires était demeurée la même (40 %), alors qu'environ 5 % ont indiqué qu'elle avait diminué.

De plus, le programme génère des données probantes à l'aide d'un certain nombre d'initiatives de recherche. Les principales initiatives de recherche ayant produit des résultats, et qui ont ensuite été diffusés à divers collectivités, chercheurs et au public interne de SC comprenaient :

- l'Initiative de biosurveillance des Premières Nations (en cours);
- le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord (en cours);
- le Programme sur la qualité de l'eau potable (2 ans);
- le Réseau d'innovation en santé environnementale des Premières Nations (3 ans);
- l'Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) (en cours); et
- le Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières Nations (PNCEPN) (en cours).

Selon les principales personnes interrogées de Santé Canada, les données tirées de ces études offrent aux collectivités une base de données probantes pour comprendre les risques d'exposition à des contaminants de l'environnement au sein de leur collectivité. Selon les représentants de Santé Canada, les initiatives de recherche sont largement communautaires (par ex., le PNCEPN) ou assureront la participation des collectivités dans la conception de la méthodologie et le transfert des connaissances.

À partir des entrevues avec les collectivités des Premières Nations, le petit nombre de représentants communautaires qui avaient participé au PNCEPN se sont dits satisfaits du programme et ont confirmé que le programme avait aidé à comprendre la nature des contaminants dans leur collectivité ainsi que les stratégies d'atténuation (par ex., la teneur en mercure dans les poissons locaux, et d'uranium dans les eaux souterraines et de surface). Bon nombre des représentants du PSEP ont constaté des améliorations dans le programme de recherche communautaire, y compris dans les lignes directrices qui ont été mises en œuvre dans l'appel de propositions pour les projets de recherche. De manière semblable, ils ont constaté que tant les initiatives nationales que communautaires peuvent être personnalisées en fonction des préoccupations de la collectivité.

Les entrevues avec les organismes des Premières Nations ont révélé quelques secteurs nécessitant une amélioration, notamment s'assurer que l'avis de l'APN de la recherche prévue au sein des collectivités des Premières Nations soit émis avant la mise en œuvre. Pour tous les grands travaux de recherche, la DGSPNI a respecté le protocole de consultation de l'APN et de la DGSPNI (y compris l'EANEPN, l'Initiative de biosurveillance et le PNCEPN). Toutefois, pour certains cas dans le passé, l'APN a été informé de projets de recherche ponctuels après les faits, bien qu'il ne s'agissait pas d'une pratique courante.

L'examen documentaire a permis de trouver divers exemples de politiques, de lignes directrices, de cadres et de procédures qui ont été conçus, mis à jour ou adaptés par le PSEP au cours de la période couverte par l'évaluation. Les exemples comprenaient :

- le manuel du Programme sur la qualité de l'eau potable;<sup>19</sup>
- le Manuel de ressources pour l'inspection de logements à l'intention des AHM;<sup>20</sup>
- Field Reference Manual: Non-Microbiological Drinking Water Quality Parameters;<sup>21</sup>
- un guide sur la livraison sécuritaire d'eau potable à des maisons et des installations où l'eau courante n'est pas disponible à partir d'un système central;<sup>22</sup> et
- un ensemble détaillé et complet d'instructions dans un langage simple pour la mise en place, l'utilisation, l'entretien et la désaffectation des citernes de stockage d'eau potable provenant d'une source fiable certifiée.<sup>23</sup>

Le public cible pour ces produits est varié et comprend les régions de la DGSPNI, les AHM, les CCQEP, les collectivités des Premières Nations et d'autres intervenants.

### **Sensibilisation des Premières Nations aux risques pour la santé environnementale et publique**

***Depuis les cinq dernières années, il semble y avoir une sensibilisation accrue envers les risques en santé environnementale et publique parmi les membres des collectivités des Premières Nations, en plus d'une hausse de la sensibilisation envers les services en SEP dans leur collectivité. Cette hausse de la sensibilisation a entraîné un accès et une utilisation accrues des services en SEP dans les collectivités. Compte tenu des charges de travail et des restrictions de voyage dans certaines régions, cet accès et cette utilisation accrues peuvent différer selon le secteur et la région. La sensibilisation envers le PSEP était moins importante au sein des organismes régionaux des Premières Nations.***

L'évaluation précédente a démontré que des efforts considérables ont été consacrés à l'élaboration de matériel de sensibilisation du public dans le cadre des activités du groupe d'HM-RE. L'évaluation actuelle a constaté des niveaux d'efforts semblables pour la période de cinq ans subséquente.

L'évaluation a trouvé de nombreux exemples de matériel de sensibilisation du public qui avait été élaboré par le PSEP au cours des cinq dernières années. À la lumière de l'analyse documentaire, il a été noté que le matériel portait généralement sur une variété de sujets (eau potable, salubrité alimentaire traditionnelle, contrôle des infections, moisissure) et qu'il était présenté sous divers formats (fiches de renseignements, vidéos, sites Web, bulletins d'information, affiches, présentations, communiqués de presse) à divers groupes de membres de

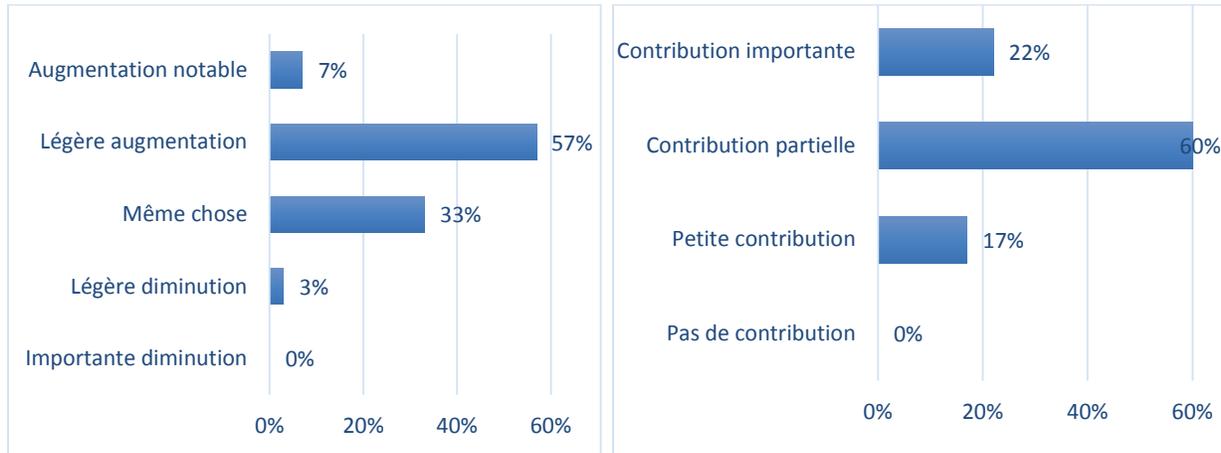
la collectivité (parents, jeunes, enfants, membres du conseil, employés des installations). Conformément au Rapport sur les indicateurs de rendement de 2014-2015, on comptait un total de 257 documents de sensibilisation du public élaborés à l'échelle nationale dans les secteurs de l'eau potable, des eaux usées, du logement, de la salubrité alimentaire et du contrôle des maladies transmissibles.

Une enquête réalisée en 2013 auprès de répondants des Premières Nations a permis d'établir que plus de la moitié des individus des Premières Nations vivant dans les réserves (54 %) affirment spontanément qu'ils se souviennent d'avoir vu, entendu ou lu des renseignements au sujet de l'incidence de l'environnement (extérieur et intérieur) sur leur santé au cours des 12 mois précédents. Lorsqu'on leur a demandé, spontanément, le sujet de ces renseignements, la majorité des individus des Premières Nations ont mentionné la salubrité de l'eau potable (20 %), la moisissure (18 %) et la pollution occasionnée par le pétrole et le gaz (16 %). Parallèlement, une baisse du nombre d'individus des Premières Nations vivant dans les réserves incapables de cerner un enjeu environnemental a également été observée (16 % des répondants au cours de l'enquête de 2013 comparativement à 31 % en 2010).<sup>24</sup>

À partir des entrevues, les représentants régionaux de Santé Canada et les représentants des collectivités des Premières Nations ont nommé une gamme variée de stratégies de promotion de la santé et de sensibilisation du public qui ont été utilisées dans les collectivités pour rehausser la sensibilisation : la radio, les cartons à la porte, les brochures/publications, les réunions sur la santé publique, les stands dans les foires sur la santé et les événements communautaires, le porte à porte, les formations (salubrité alimentaire) et les rapports annuels. Certains représentants de la collectivité ont constaté que les stratégies en personne sont plus efficaces pour rehausser la portée et la sensibilisation, et la participation aux rassemblements communautaires est une autre pratique courante qui est perçue comme étant efficace et acceptée/bien reçue sur le plan culturel. Quelques représentants des collectivités des Premières Nations ont également indiqué que la sensibilisation envers les risques de SEP dans certaines collectivités est en hausse en partie en raison de la connaissance des facteurs externes, dont les répercussions des activités pétrolières et gazières sur la qualité de l'eau potable.

L'évaluation a pris en compte le point de vue des AHM qui ont l'occasion d'observer les changements possibles dans les niveaux de sensibilisation au sein des membres des collectivités des Premières Nations. Comme indiqué dans la figure 1, environ deux tiers des répondants à l'enquête auprès des AHM (64 %) ont déclaré qu'un changement positif s'était fait ressentir dans la sensibilisation et la connaissance des membres des collectivités envers les risques de SEP au cours des cinq dernières années. La plupart des AHM (83 %) ont indiqué que le PSEP avait contribué en partie au niveau de sensibilisation envers les risques de SEP des membres des collectivités. Ce taux est semblable à celui de l'évaluation précédente dans laquelle en 2011, 54 % des AHM avaient constaté un changement positif, et 87 % avaient indiqué que le Programme avait participé à ce changement.

**Figure 1 : Connaissance/sensibilisation des membres des collectivités envers les risques en SEP et la contribution du PSEP**



Source : Enquête auprès des AHM, 2016, (n=63).

Bon nombre des principales personnes interrogées de l'ensemble des groupes de répondants s'entendaient généralement pour dire que la sensibilisation envers les risques en SEP a augmenté au cours des cinq dernières années au sein des membres des collectivités des Premières Nations grâce à la diffusion active de renseignements, à l'éducation et aux visites de sites. La plupart des représentants régionaux de Santé Canada ont remarqué que la sensibilisation a augmenté en partie en raison des renseignements qui sont recueillis par les AHM (à l'aide d'inspections, de l'échantillonnage de l'eau et d'enquêtes) et ensuite transmis aux dirigeants communautaires, avec les stratégies d'atténuation des risques. De nombreux représentants de Santé Canada ont constaté que la sensibilisation communautaire est également rehaussée grâce au travail de collaboration des AHM avec différents groupes, notamment les directeurs de santé publique, le directeur du logement, le personnel infirmier ainsi qu'un éventail de membres de la collectivité, et non seulement le chef et le conseil.

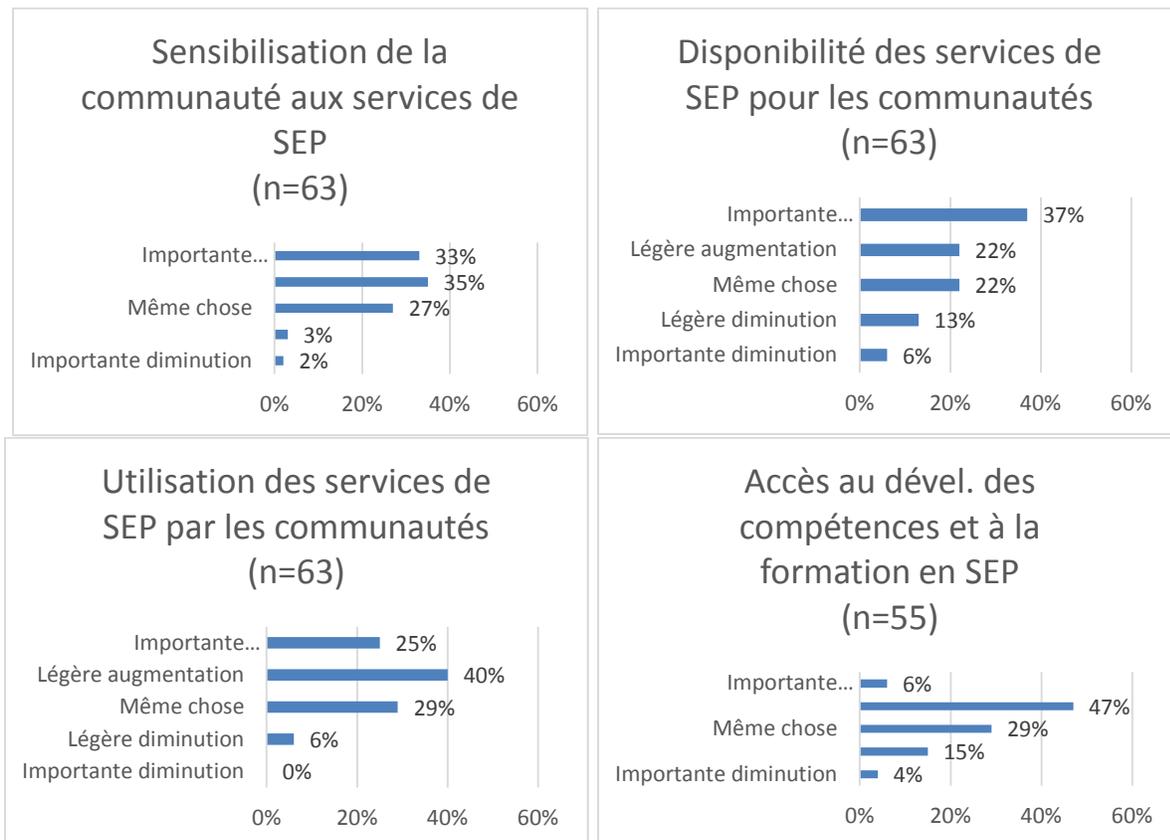
La plupart des représentants communautaires des Premières Nations interrogés ont indiqué que leur collectivité était dotée d'un bon accès au programme. Les résultats de l'enquête auprès des AHM ont confirmé ces faits (figure 2) puisque la majorité des AHM (57 %) ont indiqué que la disponibilité des services de SEP pour les collectivités s'était améliorée au cours des cinq dernières années. Ces données sont semblables à celle de l'évaluation de 2011 dans laquelle 64 % des AHM ont indiqué que la disponibilité des services avait augmenté.

La plupart des représentants communautaires se sont dits satisfaits de l'accès aux services du PSEP à l'aide de leur AHM, et ont indiqué que les communications et la réactivité offertes par les AHM sont très bonnes. Dans certains cas, l'AHM a été perçu comme une personne occupant un rôle de soutien dans la collectivité (par exemple, offrant des preuves pour appuyer des demandes de financement d'infrastructures à l'AINC). Leurs efforts consacrés à l'établissement de relations et les visites de sites ont été vus par de nombreux représentants communautaires comme étant très importants pour la visibilité et la crédibilité du programme et de la place qu'ils occupent dans

la collectivité. De nombreux représentants communautaires ont indiqué que par leur rôle en matière de renforcement des capacités et de formation, les AHM sont perçus comme des ressources, des professionnels et des formateurs précieux. Dans l'enquête auprès des AHM, il a été constaté que la majorité des répondants (53 %) ont indiqué que l'accès des collectivités au développement des compétences et à la formation liés à la SEP a augmenté au cours des cinq dernières années (figure 2). Il s'agit d'un taux semblable à celui de 2011 (47 %) en ce qui concerne les constatations des AHM.

Conformément à l'évaluation précédente, de manière générale, le PSEP, et en particulier les AHM, sont assez visibles au sein de nombreuses collectivités, comme indiqué par les régions de SC et confirmé par de nombreuses collectivités. Les entrevues avec les organismes régionaux des Premières Nations suggèrent qu'il y a moins de sensibilisation envers le PSEP et le rôle de l'AHM parmi certains organismes régionaux interrogés. Les entrevues auprès de certains organismes et collectivités des Premières Nations ont révélé le besoin d'une plus grande promotion du programme au sein des collectivités et des régions, ainsi qu'un plus grand partage des expériences communautaires dans la façon de contrer les risques en SEP. Les sites indiqués pour ce faire comprenaient des réunions régulières des représentants du PSEP avec les directeurs de santé publique dans des secteurs spécifiques ou à l'échelle régionale.

**Figure 2 : Sensibilisation de la collectivité, disponibilité et utilisation des services de SEP**



Source : Enquête auprès des AHM, 2016

**Activités d'atténuation des risques immédiats**

*De manière semblable à l'évaluation précédente, de nombreux risques en SEP sont atténués dans l'immédiat ou à court terme comme résultat direct des activités d'évaluation des risques, des conseils ou des recommandations des AHM. Cela semble arriver plus fréquemment au cours des activités de surveillance de l'eau potable, des séances de formation sur la manipulation des aliments et des séances de sensibilisation de la collectivité qu'au cours de la période de l'évaluation précédente.*

En 2011 et 2016, les AHM ont déclaré avoir constaté de manière fréquente que des risques en SEP étaient atténués ou éliminés immédiatement en raison de leur participation continue avec les membres de la collectivité (Tableau 5). Cela a lieu plus souvent en raison des activités de surveillance de l'eau potable et des séances de formation sur la manipulation des aliments, mais aussi en raison des inspections en santé publique, des enquêtes sur les maladies transmissibles et des séances de sensibilisation de la collectivité. La mesure dans laquelle ces constatations ont été déclarées par les AHM était plus fréquente en 2016 au cours des activités de surveillance de l'eau potable, des séances de formation sur la manipulation des aliments et des séances de sensibilisation de la collectivité, comparativement aux taux de 2011.

**Tableau 5 : Secteurs d'activités pour lesquels le risque en SEP est atténué ou éliminé à court terme**

<i>Activité</i>	<i>Fréquente et très fréquente 2011 (n=93)</i>	<i>Fréquente et très fréquente 2016 (n=49 à 65)</i>
Activités de surveillance de l'eau potable (n=65)	66 %	78 %
Séance de formation sur la manipulation des aliments (n=61)	59 %	75 %
Inspections en santé publique (n=64)	36 %	36 %
Enquête sur les maladies transmissibles (n=49)	47 %	45 %
Examen du plan des installations (n=52)	54 %	52 %
Séance de sensibilisation de la collectivité (n=59)	29 %	46 %
Activités de planification et d'intervention en cas d'urgence (n=50)	25 %	30 %

*Source : Enquête auprès des AHM, 2011; Enquête auprès des AHM, – La colonne « Activité » comprend l'échantillon de population de 2016 en parenthèses*

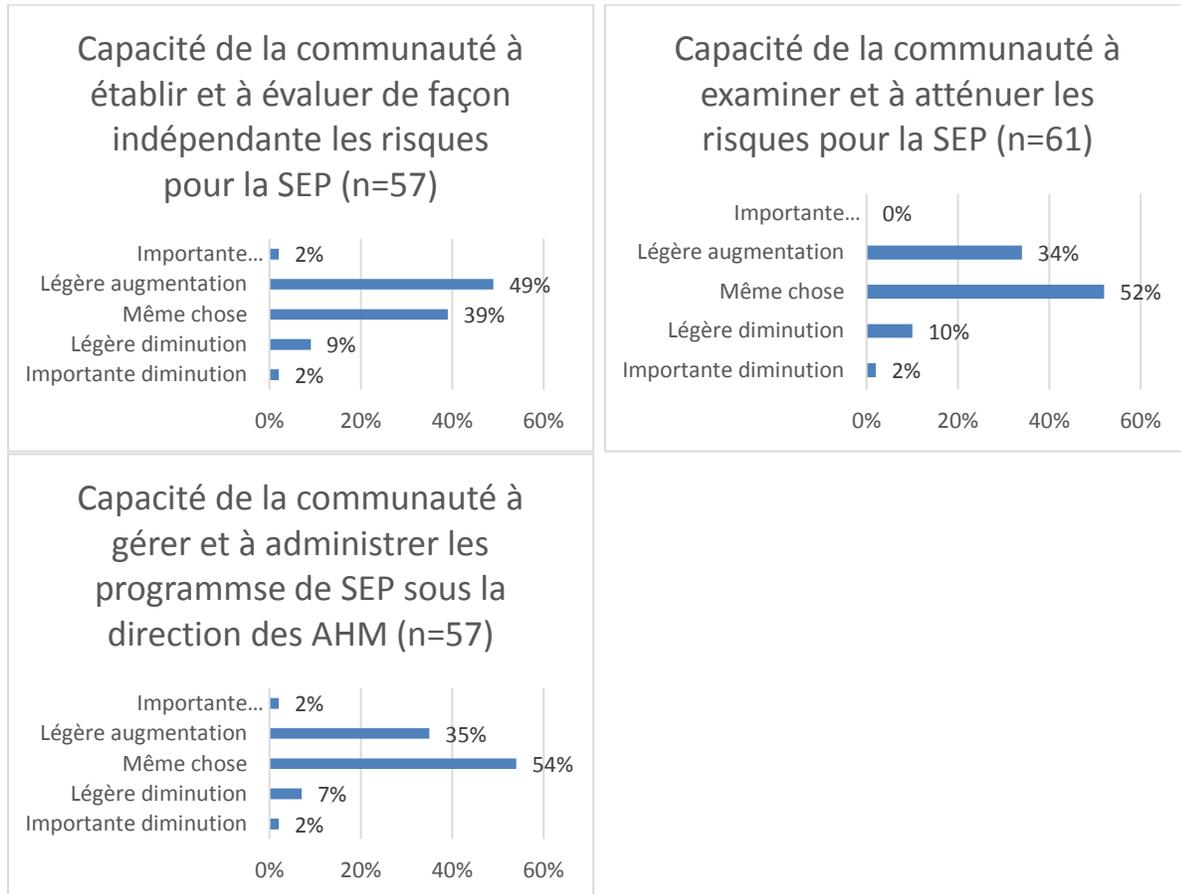
Une enquête réalisée en 2013 auprès de répondants des Premières Nations a révélé qu'en réponse à une campagne de sensibilisation spécifique effectuée par le PSEP, plus d'un tiers des individus des Premières Nations ont indiqué qu'ils ont fait quelque chose par rapport au matériel de campagne qu'ils ont vu. Les plus grandes proportions d'individus des Premières Nations ont pris des mesures pour se protéger des produits chimiques dangereux (19 %) et pour éviter la moisissure à la maison (%), et ont parlé des risques en santé environnementale à d'autres personnes (17 %).<sup>25</sup>

## Atteinte des résultats intermédiaires

*De manière semblable à l'évaluation précédente, des progrès continuent d'être enregistrés en ce qui concerne l'augmentation de la capacité des collectivités des Premières Nations à déterminer et à évaluer les risques en SEP, et à réduire certains risques à l'aide de mesures correctives à court terme, notamment des avis concernant la qualité de l'eau potable et des précautions en matière de salubrité des aliments. Conformément à l'évaluation précédente, les progrès sont plus lents en ce qui concerne la mise en application des recommandations plus complexes. Des efforts considérables sont effectués dans le secteur de la formation et de la sensibilisation au sujet des risques en SEP.*

L'évaluation précédente a constaté que bien que la capacité des collectivités des Premières Nations à déterminer et à évaluer les risques en SEP ait augmenté, la capacité communautaire à atténuer ou à réduire des risques plus complexes n'a pas connu de hausse de la même ampleur. Les résultats de l'évaluation actuelle sont conformes à ce résultat précédent. Comme illustré dans la figure 3, les AHM ont indiqué que bien qu'un certain changement ait été constaté dans la capacité parmi les collectivités à déterminer et à évaluer de manière indépendante les risques en SEP au cours des cinq dernières années, il y avait moins de données probantes sur le changement dans la capacité des collectivités à soit réduire et atténuer les risques en SEP, soit gérer ou administrer les programmes en SEP selon les recommandations des AHM. Cette tendance concorde avec les résultats de l'enquête de 2011 auprès des AHM.

**Figure 3 : Capacité communautaire à déterminer, évaluer, réduire et atténuer les risques en SEP**



Source : Enquête auprès des AHM, 2016

Selon certains représentants régionaux de Santé Canada et certains représentants des collectivités et des organismes des Premières Nations, les mesures d'atténuation à court terme et les avis concernant la qualité de l'eau potable mènent constamment à des réactions rapides de la part des collectivités, pour que des changements immédiats en matière de comportement puissent être effectués par les membres de la collectivité. De manière semblable, les enjeux liés à la salubrité alimentaire sont rapidement pris en compte. Quelques représentants des collectivités ont déclaré qu'ils n'ont pas connu de maladies d'origine alimentaire depuis de nombreuses années, ce qui permet de croire que la formation en salubrité alimentaire est efficace et qu'elle modifie les comportements.

Comme souligné dans l'évaluation précédente, de nombreux représentants des collectivités et des organismes des Premières Nations, ainsi que des représentants régionaux de Santé Canada ont remarqué qu'il est plus difficile pour les collectivités de suivre les recommandations qui sont plus complexes et qui exigent des interventions coûteuses puisqu'il est possible qu'elles nécessitent des fonds supplémentaires de la part de l'AINC ou des investissements de la part de la collectivité qu'elles ne peuvent pas se permettre en raison d'autres priorités. Certaines

collectivités des Premières Nations ont indiqué que les ressources humaines disponibles pour contrer et gérer l'ensemble des risques en SEP au sein de leur collectivité sont inadéquates, et qu'ils bénéficieraient de ressources formées sur place pour effectuer le contrôle et le suivi de divers secteurs de risque.

Certains représentants de Santé Canada ont mentionné un secteur à améliorer en ce qui a trait au programme, soit l'amélioration de l'approche fondée sur le risque du programme. La fréquence des inspections et de la surveillance de routine est importante. Toutefois, dans certains cas, elles pourraient ne pas être nécessaires aux niveaux actuels pour certaines installations ou systèmes qui représentent un risque extrêmement faible. Inversement, les installations et les systèmes à risque élevé pourraient nécessiter une augmentation de la fréquence des inspections ou de la surveillance, et il est important d'aider les collectivités à accorder la priorité aux recommandations appartenant à de tels systèmes et installations. Comme il a été indiqué précédemment, les systèmes de données pourraient être utiles à ce sujet en facilitant l'évaluation des risques ou l'établissement de priorités (par ex., offre un classement des risques et des calendriers de suivi selon les résultats des inspections). Un autre secteur à prendre en compte décrit dans les entrevues auprès des représentants du PSEP était le fait de commencer à effectuer le suivi du contenu et du résultat des recommandations (par ex., surveiller quelles recommandations ont été mises en œuvre, et lesquelles nécessitent encore de l'attention ou un suivi).

### **Atteinte de résultats à long terme**

***L'évaluation n'a pas permis d'évaluer de façon directe les résultats à long terme de l'amélioration de la santé et du bien-être des Premières Nations. Les représentants du programme s'entendent pour dire qu'il est probable que le PSEP contribue à améliorer le statut de santé en prenant des mesures spécifiques à l'égard de certains risques en santé environnementale et publique. Toutefois, les données sont limitées à cet égard.***

La plupart des principales personnes interrogées dans l'ensemble des groupes de répondants ont indiqué que, selon elles, le PSEP contribue à l'amélioration de la santé et du bien-être des individus et des collectivités des Premières Nations. Les données probantes offertes par les principales personnes interrogées pour appuyer ce point de vue portaient souvent sur les activités du programme, et sur la mesure dans laquelle les risques sont atténués; les résultats immédiats étant ainsi logiquement liés à l'amélioration du résultat sur la santé et le bien-être. Les exemples d'activités citées comprenaient l'échantillonnage de l'eau potable pour vérifier la qualité, et, au besoin, la recommandation d'avis concernant l'eau potable; et l'évitement d'éclousions de maladies d'origine alimentaire grâce à des formations sur la salubrité alimentaire et à des inspections régulières des installations alimentaires.

Suivant la logique énoncée du programme, il est probable qu'une amélioration de la santé et du bien-être ait lieu, en particulier là où des résultats intermédiaires sont atteints. Toutefois, l'évaluation n'a pas permis de vérifier ce lien avec précision en raison des données limitées sur les résultats en matière de santé au sein des Premières Nations au cours de cette période.

## 4.5 Rendement : Enjeu n° 5 – Démonstration d'économie et d'efficience

La *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada et le document d'orientation, *Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux* (2013), définissent la démonstration de l'économie et de l'efficience comme une évaluation de l'utilisation des ressources par rapport à la production d'extrants et de progrès vers les résultats escomptés. Cette évaluation est basée sur l'hypothèse selon laquelle les ministères ont normalisé les systèmes de mesure du rendement, et les systèmes financiers relient l'information au sujet des coûts du programme aux intrants, aux activités et aux extrants spécifiques, et aux résultats escomptés. Les renseignements financiers disponibles portent principalement sur les dépenses du PSEP comme indiqué dans le Tableau 6.

**Tableau 6 : Dépenses<sup>a</sup> du PSEP par région et QG\*  
2010-2011 à 2014-2015 (\$)**

Région	S et C <sup>b</sup>	F et E <sup>c</sup>	Salaire <sup>d</sup>	Total <sup>e</sup>	%
Atlantique	3 259 065	2 169 913	4 330 263	<b>9 759 241</b>	6 %
	33 %	22 %	44 %	100 %	
Québec	4 148 970	1 618 192	4 505 928	<b>10 273 090</b>	6 %
	40 %	16 %	44 %	100 %	
Ontario	8 517 078	10 100 411	11 216 452	<b>29 833 941</b>	18 %
	29 %	34 %	38 %	100 %	
Manitoba	9 438 823	3 835 898	5 573 052	<b>18 847 773</b>	12 %
	50 %	20 %	30 %	100 %	
Saskatchewan	21 505 886	2 400 488	3 798 492	<b>27 704 866</b>	17 %
	78 %	9 %	14 %	100 %	
Alberta	7 122 564	6 021 272	10 060 002	<b>23 203 839</b>	14 %
	31 %	26 %	43 %	100 %	
Nord	5 854 801	55 691	209 741	<b>6 120 234</b>	4 %
	96 %	1 %	3 %	100 %	
Quartier général <sup>f</sup>	15 210 091	5 093 531	15 820 177	<b>36 123 799</b>	22 %
	42 %	14 %	44 %	100 %	
<b>Total</b>	<b>75 057 278</b>	<b>31 295 397</b>	<b>55 514 107</b>	<b>161 866 782</b>	<b>100 %</b>
<b>%</b>	46 %	19 %	34 %		

\* Source des données : (Données financières fournies par les AFPDG de la DGSPNI)

<sup>a</sup> comprend le financement du Programme sur l'air pur et du Plan d'action pour protéger la santé humaine des contaminants de l'environnement

<sup>b</sup> « contributions (326) » tirées des données des AFPDG

<sup>c</sup> « autres dépenses de fonctionnement (310) » tirées des données des AFPDG

<sup>d</sup> « salaires et traitements / programme d'aide aux étudiants (301-302) » et « salaires incontrôlables (307) »

<sup>e</sup> excluent « les petites immobilisations (312) », « les recettes (315) », et « les services non assurés (311) »

<sup>f</sup> La plupart du financement en S et C pour les QG appuie les collectivités et les organismes régionaux des Premières Nations, ainsi que le travail des universités en ce qui a trait au Programme d'adaptation aux changements climatiques et à divers autres programmes sur les contaminants, en plus d'environ 1 million de \$ par année pour appuyer le travail d'organismes internationaux (par ex., l'APN et ITK) en santé environnementale.

Les rapports ministériels sur le rendement (RMR) offrent une source de renseignements sur le budget, les dépenses et les écarts selon l'AAP. Dans le cas du PSEP, des renseignements sont disponibles pour les deux exercices financiers (2013-2014, 2014-2015) pour lesquels le programme n'a pas été inclus dans les activités signalées plus élargies. Dans le RMR de 2014-2015, le programme a dépensé environ 24,5 millions de \$ de moins que le montant prévu (59,6 millions de \$), indiquant que la différence entre les dépenses actuelles<sup>iv</sup> et prévues était principalement attribuable à la réaffectation des fonds au sous-programme de soins cliniques et aux clients pour la continuité de l'accès aux services d'infirmierie dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, ce qui a été en partie compensé par un financement additionnel reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses pour appuyer la prestation du Plan d'action pour la gestion de l'eau potable dans les collectivités des Premières Nations. Toutefois, il convient de noter que, malgré l'écart budgétaire, un plus grand nombre de ressources humaines (150 ETP) ont été attribuées au programme que prévu (132 ETP), ce qui est principalement attribuable à une réorganisation des ressources par rapport aux plans dans le but de répondre aux besoins du programme.

De la même façon en 2013-2014, le programme a dépensé près de 6,6 millions de \$ de moins que prévu (82,4 millions de \$); il convient de noter que l'écart pour cette année-là était principalement attribuable aux réductions associées à la réorganisation des ressources pour la mise en œuvre de l'Initiative tripartite de la B.C. et à une réaffectation des fonds au sein de ce résultat stratégique pour les soins cliniques et aux clients pour répondre aux besoins et aux priorités. De manière semblable à l'exercice financier de 2014-2015, un plus grand nombre de ressources humaines ont été consacrées à ces activités que prévu.

Les dépenses du PSEP sont saisies par une source de financement générale. Par exemple, le salaire d'un AHM peut être financé avec les ressources du PAGEPCPN (eau et eaux usées) alors que les activités annuelles peuvent englober d'autres secteurs variés de programmes (par ex., le contrôle des maladies transmissibles, les déchets solides) selon les priorités des collectivités. Cette approche de la budgétisation et de l'attribution des dépenses limite la portée dans laquelle l'évaluation peut évaluer de manière quantitative l'économie et l'efficacité du PSEP sous l'angle des données financières. L'évaluation a recueilli davantage de renseignements qualitatifs sur les perceptions des intervenants de l'économie et de l'efficacité, en plus de certains secteurs potentiels à améliorer qui sont présentés dans cette section.

---

<sup>iv</sup> Les chiffres des deux RMR sont plus élevés que ceux contenus dans le Tableau 1 : Dépenses du programme, puisque ces chiffres comprennent les régimes d'avantages sociaux, les immobilisations, les recettes, les fonds spéciaux de la DGSPNI et les contributions d'autres directions générales au programme. Les données financières du PSEP excluent également les dépenses associées à la C.-B., puisqu'elles n'entraient pas dans la portée de l'évaluation.

## Économie

***Le PSEP a travaillé de manière continue avec les collectivités et les organismes des Premières Nations pour offrir les services, les politiques et le transfert de connaissances les plus utiles et pertinents dans les secteurs variés de la santé environnementale et publique. L'évaluation a révélé que les collectivités et les organismes des Premières Nations sont satisfaits avec les services du PSEP, tout en indiquant que le programme alloue des ressources à des secteurs qui font face aux principales priorités des Premières Nations et qui sont pertinents. Il s'agit d'un bon indicateur de l'économie du programme. Un secteur additionnel de l'économie mentionné par l'évaluation est le réseau solide des AHM qui peut offrir une capacité d'intervention d'urgence et partager de l'expertise et des ressources.***

De nombreux représentants des collectivités et des organismes des Premières Nations ainsi que des représentants du PSEP ont constaté que la relation entre les AHM et la collectivité représente un aspect important de l'économie de la prestation du programme. L'investissement des AHM dans les plans de travail communautaires et le fait d'ajuster les services du PSEP pour répondre aux besoins à l'échelle communautaire permet d'assurer que les services offerts sont adaptés aux priorités et aux besoins des collectivités. Cette planification et cette flexibilité du programme font la promotion du déploiement des ressources selon les priorités de la collectivité et les préoccupations des AHM du secteur local.

Bien que la flexibilité du programme et des services offerts ait été soulignée en tant qu'aspect positif dans de nombreuses entrevues, certains représentants du PSEP ont indiqué qu'il pourrait être nécessaire de déterminer si les activités s'harmonisent avec le mandat principal du programme et d'éliminer les secteurs de dédoublement potentiel. Les deux principaux secteurs mentionnés à titre d'exemples comprenaient la clarification du financement de l'échantillonnage de l'eau potable dans l'usine de distillation de l'eau dans certaines collectivités (par ex., le rôle des AHM, des CCQEP ou de l'opérateur des installations), et la forte participation aux formations en salubrité alimentaire pour déterminer si elle est centrée davantage sur la formation professionnelle que sur l'atténuation des risques en santé environnementale et publique.

Il a été déterminé que le fort réseau d'AHM dans les régions appuie la prestation du programme économique pour le PSEP. Le réseau permet un partage rapide de l'expertise et des ressources dans l'ensemble des AHM et des collectivités, en plus d'une « capacité d'intervention rapide » pour répondre aux urgences et aux besoins en interventions rapides de la part des AHM. On s'attend à ce que ce besoin de répondre rapidement aux situations d'urgence, notamment aux inondations dans les collectivités des Premières Nations, continue de grandir en raison des impacts prévus des changements climatiques.

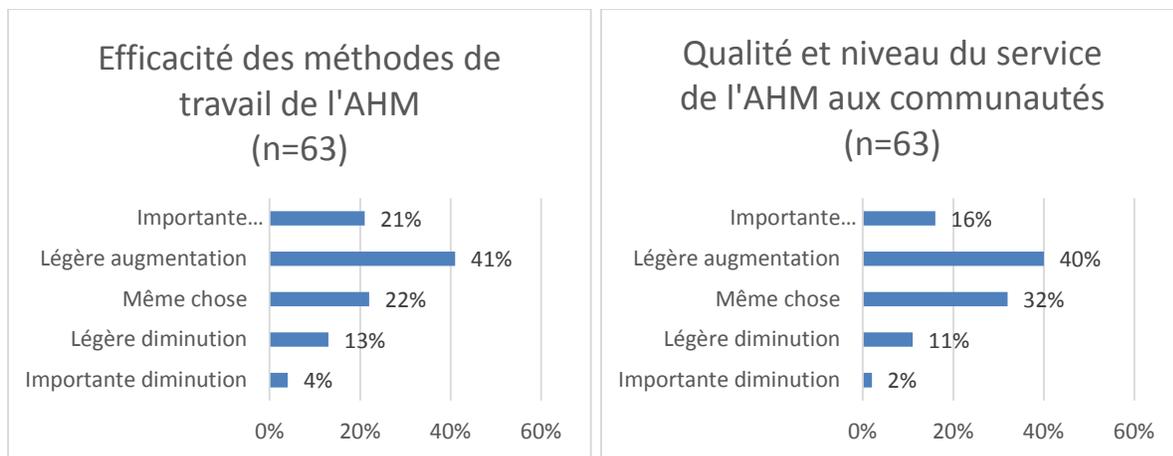
## Efficiencia

***Bien qu'il soit déjà considéré comme étant un programme « allégé », un certain nombre d'efficacités ont été élaborées au cours des cinq dernières années. Les changements dans les approches budgétaires et de financement à l'échelle régionale rendent difficile de déterminer les efficacités à l'échelle nationale pour le PSEP. La charge de travail de certains AHM pourrait devenir insoutenable à long terme, et pourrait avoir une incidence sur l'efficacité du***

**PSEP. Il est fort probable que les exigences pesant sur le PSEP connaissent une hausse considérable compte tenu des changements accrus dans les infrastructures, de la croissance et du développement continus des collectivités des Premières Nations au fur et à mesure qu'elles atténuent les risques en SEP dans divers secteurs. Compte tenu de la variabilité de la prestation du PSEP dans l'ensemble des régions, et des différences dans la capacité et les priorités entre les collectivités des Premières Nations, ces défis en matière de durabilité et ses répercussions sur l'efficacité pourraient être plus marqués dans certains secteurs que d'autres.**

Comme illustré dans la figure 4, la majorité des AHM interrogés ont indiqué que l'efficacité de leurs méthodes de travail avait augmenté au cours des cinq dernières années (62 %). Aussi, la majorité a également indiqué que la qualité et le niveau de service qu'ils peuvent offrir pour répondre aux besoins des collectivités avaient augmenté au cours de la même période (56 %). Il s'agit de niveaux semblables de hausse de l'efficacité à ceux constatés par les AHM en 2011 (67 %), et de hausse de la qualité et du niveau de service (63 %).

**Figure 4 : Améliorations de l'efficacité et de la qualité du service au cours des cinq dernières années**



Source : Enquête auprès des AHM, 2016 (n=63).

En termes d'efficacité, de nombreux représentants du programme, en particulier dans les régions, ont décrit le PSEP comme étant un programme allégé, et certains croient que le programme est sous-financé. De nombreux représentants régionaux ont constaté que la charge de travail et les activités des AHM sont hautement surveillées pour en évaluer l'efficacité. Certains représentants régionaux ont indiqué qu'ils font face à des pressions importantes en ce qui concerne la charge de travail. De nombreux représentants régionaux ont constaté qu'il est possible que les enjeux liés à la charge de travail deviennent de plus en plus compliqués puisqu'un des principaux inducteurs de coûts pour le programme est le nombre et le profil des collectivités et leurs priorités. Il a été constaté parmi les représentants régionaux et d'autres ministères du gouvernement fédéral interrogés que de nombreuses collectivités des Premières Nations grandissent, et que des infrastructures commerciales et communautaires plus complexes sont construites de façon

constante. Le Budget 2016 s'est engagé à accroître les investissements importants pour les projets d'infrastructures des collectivités des Premières Nations. De plus, conformément aux entrevues avec les représentants du programme et les représentants des collectivités des Premières Nations, on constate une hausse de l'attention accordée aux risques en SEP au sein des collectivités des Premières Nations et au financement additionnel alloué pour répondre à certaines de ces questions. Toutes ces circonstances, additionnées au travail potentiel continu dans l'élaboration de réglementations sur l'eau potable et les eaux usées indiquent des demandes à venir accrues qui seront probablement placées dans le PSEP.

Une ébauche de rapport du groupe de travail sur l'évaluation de la charge de travail a révélé que l'on a rencontré des pénuries importantes d'AHM lorsque les charges de travail ont été évaluées par rapport aux exigences visant à respecter les normes minimales établies dans le *cadre national pour le Programme de santé environnementale et publique dans les collectivités des Premières Nations au sud du 60<sup>e</sup> parallèle*. Le rapport a établi que cette pénurie pourrait être touchée par divers facteurs, notamment les contributions d'une durée limitée du PAGEPCPN (qui finance à l'heure actuelle environ 40 % des AHM), l'expansion possible des tâches des AHM en raison des changements environnementaux, l'élaboration d'un cadre réglementaire pour l'eau potable et les eaux usées, et d'autres facteurs liés aux ressources humaines que l'on retrouve dans l'ensemble du gouvernement fédéral (par exemple, les retraites anticipées).

Les entrevues avec les représentants de SC ont remarqué certaines préoccupations en ce qui a trait à leur rôle de surveillance dans la compréhension et l'établissement de rapports sur les efficacités du PSEP à l'échelle nationale compte tenu des changements dans l'approche de budgétisation et d'affectation des ressources (c.-à-d., l'approche de la DGSPNI envers le budget base zéro à l'aide de plans opérationnels de gestion régionaux) et du transfert de certaines responsabilités administratives aux régions. Certains représentants régionaux ont indiqué que les changements dans l'approche de budgétisation et le transfert de responsabilités administratives pourraient avoir créé des inefficacités pour le PSEP à l'échelle régionale puisqu'ils doivent s'occuper d'un plus grand nombre d'aspects administratifs de l'exécution du programme.

Un autre facteur pouvant aussi avoir une incidence sur l'efficacité est le résultat des entrevues avec les représentants du PSEP en ce qui concerne un manque perçu de clarté dans les rôles et les responsabilités entre le QG et certaines régions (ainsi que les autorités provinciales en matière de santé). Selon certains représentants du QG et des régions, il n'existe pas de définition ou d'orientation claires à l'heure actuelle en ce qui concerne le leadership et les responsabilités. Les représentants régionaux ont caractérisé la relation entre le QG et les régions de diverses façons, allant de « claire et fonctionnelle » à « tendue ». Il a été noté dans les entrevues que les régions et le QG ont des besoins différents en matière d'établissement de rapports pouvant mener à différents points de vue sur les priorités du programme (par exemple, changements aux systèmes de données pour répondre aux besoins nationaux en matière d'établissement de rapports par rapport aux objectifs de prestation plus immédiats des régions). Par exemple, selon le QG, le fait de regrouper toutes les régions dans un système d'information/base de données permettrait de simplifier et d'améliorer l'efficacité et l'exactitude de l'établissement de rapports sur le rendement national et les indicateurs de la santé publique. Toutefois, certaines régions préfèrent différentes bases de données puisqu'elles répondent mieux aux besoins et aux pratiques en place dans leur région. Bon nombre des principaux répondants régionaux et du QG ont constaté que jusqu'à

récemment (mars 2016), il n'y a pas eu d'occasions de rencontre en personne, ce qui a mené à une érosion des relations entre les pairs compte tenu des communications moins directes et continues entre les régions et le QG.

## Mesure du rendement

*Il y a eu des améliorations dans la collecte et le contrôle de la qualité des données au cours des cinq dernières années. Toutefois, des difficultés subsistent en ce qui a trait à l'exhaustivité et à l'utilité des données recueillies à l'aide des divers systèmes administratifs et de surveillance.*

Le PSEP a préparé un rapport annuel sur le rendement au sujet de divers indicateurs à l'échelle nationale pour quatre des cinq années dans le cadre des délais prévus pour l'évaluation. En 2012-2013, la DGSPNI a finalisé la stratégie de rapports sur les indicateurs dans le but d'accroître la base de données probantes sur les conditions de SEP et les risques potentiels pour les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves. Cette stratégie a été mise en œuvre pour les rapports annuels de 2012-2013 et 2013-2014. À partir d'un examen des documents, le rapport annuel pour 2014-2015 semble être revenu à une approche plus étroitement harmonisée avec les extraits/activités spécifiques conformément au modèle logique élaboré pour le PSEP (semblable à 2011-2012).

Les rapports des principales personnes interrogées, qui ont été confirmés grâce à l'examen des données sur le rendement, indiquent que certaines améliorations se sont fait ressentir en matière de collecte et de contrôle de la qualité des données au cours des cinq dernières années en ce qui concerne les activités en SEP dans les collectivités. Certaines difficultés persistent en ce qui a trait à l'exhaustivité et à l'utilité des données recueillies à l'aide des divers systèmes d'administration et de surveillance (autres que la surveillance de l'eau potable), et les rapports tirés de ces systèmes ont été variables au cours de la période couverte par l'évaluation.

Bon nombre des représentants interrogés ont affirmé que des efforts accrus seraient nécessaires dans l'amélioration des données sur le rendement. L'évaluation a constaté que les secteurs mentionnés pouvant être améliorés comprenaient :

- combler les lacunes de données avec les contributeurs (par exemple, l'AINC, les collectivités des Premières Nations ayant conclu un accord de financement en santé);
- accorder plus d'attention aux résultats et aux extraits qui appuieraient l'établissement de rapports nationaux sur les résultats (en particulier en ce qui a trait aux recommandations);
- structurer les systèmes de données pour qu'ils permettent des capacités d'exploration des données et qu'ils relient d'autres sources de données, notamment le SIG. Cela rehausserait l'utilité des données pour répondre aux questions, dans la planification et l'affectation des ressources; et
- veiller à ce qu'il y ait une capacité en place au sein des systèmes de données sous une perspective régionale/communautaire pour appuyer une approche de prestation plus proactive et basée sur les risques.

## **5.0 Conclusion :**

### **5.1 Conclusions sur la pertinence**

#### **5.1.1 Besoin continu**

Le PSEP est conçu pour combler un besoin continu et croissant parmi de nombreuses collectivités des Premières nations de déterminer, de gérer et de prévenir les risques pour la santé humaine associés à l'exposition aux dangers que présentent les milieux naturels et bâtis. La santé environnementale et publique est une composante essentielle des systèmes de santé publique, et constitue un des facteurs qui contribuent grandement à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations. Comme il a été déterminé dans l'évaluation précédente, de nombreuses collectivités des Premières Nations continuent de rencontrer des défis importants en ce qui a trait aux risques en SEP comparativement à de nombreuses autres collectivités canadiennes. Ces défis continus résultent d'enjeux comme de mauvaises conditions de vie et de logement, la piètre qualité de l'eau potable et les systèmes d'égout qui fonctionnent mal, le manque d'opérateurs certifiés des installations de traitement de l'eau, le changement climatique, les caractéristiques de la géographie locale, en plus de nombreuses inégalités socioéconomiques.

#### **5.1.2 Harmonisation des priorités du gouvernement**

Comme indiqué dans l'évaluation précédente, le PSEP est conçu pour s'harmoniser avec les priorités fédérales et les résultats stratégiques souhaités pour les collectivités des Premières Nations. Par ailleurs, le PSEP s'harmonise avec le résultat stratégique de Santé Canada selon lequel les collectivités et les individus inuits et des Premières Nations reçoivent des services et des prestations de santé qui répondent à leurs besoins en vue d'améliorer leur état de santé.

#### **5.1.3 Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral**

Depuis la dernière évaluation, le gouvernement a adopté la *Loi sur la salubrité de l'eau potable sur les terres des Premières Nations* (2013). L'introduction de cette loi amène le rôle du gouvernement fédéral en matière d'atténuation des risques en SEP au-delà du rôle consultatif, pour inclure un possible rôle réglementaire. Au cours de la période de l'évaluation, les règlements sur la qualité de l'eau potable pour les Premières Nations étaient en cours d'élaboration. Toutefois, en 2016, la loi a été soumise à un examen au moyen des instructions ministérielles de l'AINC et l'élaboration de la réglementation a été mise en suspens. Santé Canada continue donc de jouer un rôle consultatif qui varie dans chaque région afin de répondre aux besoins et aux priorités spécifiques des collectivités.

Puisque différents ministères fédéraux jouent un rôle en ce qui concerne le soutien des collectivités des Premières Nations pour contrer les risques en SEP, il est nécessaire que la contribution de tous les ministères fédéraux soit coordonnée et harmonisée pour maximiser l'efficacité et atteindre les objectifs stratégiques communs.

## 5.2 Conclusions sur le rendement

### 5.2.1 Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Le PSEP a démontré clairement ses progrès vers l'atteinte des résultats immédiats au cours des cinq dernières années. Les résultats indiquent que d'autres améliorations ont été constatées dans la collecte de données en temps opportun pour laquelle les résultats sont ensuite diffusés à divers paliers soit sous forme de recommandations ou d'autres types de rapports; une augmentation de l'utilisation des données probantes pour orienter les activités en SEP et la recherche pertinente effectuée dans les collectivités pour répondre aux priorités en SEP, et une hausse générale de la sensibilisation envers les risques en SEP parmi les collectivités des Premières Nations. Cette sensibilisation a contribué à une utilisation et à une demande accrues des services du PSEP dans les collectivités.

De manière semblable aux résultats de l'évaluation précédente, bien que les progrès liés aux résultats immédiats du PSEP soient assez clairs, la mesure selon laquelle les résultats à plus long terme ont été atteints est moins claire. Les étapes requises pour atténuer les risques en SEP sont généralement de les déterminer, de les évaluer, et d'y répondre (au besoin, selon l'évaluation). Les résultats de l'évaluation indiquent que des progrès continus ont été réalisés au cours des cinq dernières années en ce qui concerne la capacité des collectivités des Premières Nations à entreprendre les deux premières étapes (déterminer et évaluer les risques en SEP), mais que les progrès sont moindres en ce qui concerne la réalisation des activités nécessaires pour répondre aux risques en SEP. Bien que cette troisième étape soit effectuée dans certains secteurs (par exemple, les avis concernant l'eau potable, les enjeux liés à la salubrité alimentaire), en général, les collectivités continuent de rencontrer de la difficulté pour répondre aux risques en SEP plus complexes.

Le rôle du PSEP est d'aider les collectivités en offrant la formation et l'éducation liées aux risques en SEP conformément aux priorités des collectivités, en élaborant des recommandations pour réduire les risques en SEP fondées sur des enquêtes, et en examinant les plans d'infrastructure sous le point de vue du génie sanitaire. Compte tenu de ce rôle, le PSEP possède la capacité d'entreprendre les deux premières étapes pour déterminer et évaluer les risques en SEP qui mènent souvent à des recommandations pour une collectivité des Premières Nations. Il n'existe pas de financement directement lié au PSEP ni de mandat pour entreprendre la troisième étape visant à répondre à un risque en SEP, selon la recommandation du PSEP.

Les événements et les facteurs visant à effectuer la troisième étape qui consiste à réduire les risques en SEP sont nombreux et comprennent les priorités au sein de la collectivité et la disponibilité des ressources, lesquelles sont toutes externes du PSEP. Ceci indique que si le PSEP doit aider les collectivités à atténuer leurs risques plus complexes en SEP, le programme devra continuer de coordonner et de collaborer avec la multitude d'autres intervenants concernés qui appuient les collectivités des Premières Nations dans la détermination des priorités et dans l'obtention des ressources pour contrer les risques en SEP.

Même si la logique du programme indiquerait que les progrès du PSEP dans l'atteinte des résultats immédiats combinés aux progrès partiels dans l'atteinte des résultats intermédiaires devraient contribuer au résultat à plus long terme de l'amélioration de la santé et du bien-être au sein des Premières Nations, l'évaluation n'a pas été en mesure d'évaluer ce lien avec précision. D'un point de vue théorique, cette contribution aurait lieu dans la mesure où les risques en SEP sont réduits au sein des collectivités des Premières Nations.

### 5.2.2 Démonstration d'économie et d'efficience

Le PSEP démontre certains aspects de l'économie et de l'efficience dans le cadre de sa réalisation. Compte tenu de la façon dont les budgets sont conçus et dont les ressources sont allouées, il est difficile de déterminer la mesure dans laquelle la planification et les budgets s'harmonisent avec les dépenses actuelles dans chacune des régions et des secteurs d'activités du programme. Cela contribue également aux défis que représente le calcul de certaines mesures de l'efficacité à l'aide des données financières disponibles pour le programme, dont les rapports de coût par extrant.

Les liens forts et positifs du programme avec les collectivités et les organismes des Premières Nations, en particulier à l'échelle communautaire, permettent d'assurer la pertinence des services et des conseils du PSEP. Le PSEP alloue des ressources aux activités en SEP qui contribuent aux résultats importants pour les collectivités des Premières Nations. Le programme a connu des gains d'efficacité démontrés au cours des cinq dernières années, dont un grand nombre a été souligné dans les secteurs de la prestation de services à l'échelle régionale.

Les AHM sont une composante clé de la réussite du PSEP. Bien qu'un grand nombre de secteurs d'efficacité aient été décrits pour les AHM, on craint que la durabilité de leur efficacité soit à risque compte tenu de la charge de travail accrue dans de nombreuses régions, et de la prévision d'un plus grand nombre de demandes placées dans le PSEP en raison d'une sensibilisation accrue des risques en SEP dans de nombreuses collectivités, d'une hausse du financement pour les projets d'infrastructures communautaires et de la croissance et du développement continus des collectivités des Premières Nations au fur et à mesure qu'ils répondent aux risques dans divers secteurs. L'incidence des pressions découlant de la charge de travail parmi les AHM varie légèrement par région en raison des différences dans la capacité et dans les priorités entre les collectivités des Premières Nations.

Souligné comme secteur à améliorer dans l'évaluation précédente, la mesure du rendement pour le PSEP s'est améliorée au cours des cinq dernières années. Des tentatives ont été effectuées pour que l'établissement de rapports passe du simple décompte des extrants vers le domaine des résultats. De plus, du travail a été effectué sur l'élaboration de certains des systèmes de collecte de données. Malgré ces améliorations, certains défis persistent en ce qui a trait à l'exhaustivité et à l'utilité des données recueillies.

## 6.0 Recommandations

### Recommandation 1

*Explorer les options afin d'améliorer la collaboration avec les intervenants pour aider les Premières Nations à contrer et à atténuer les risques complexes liés à la santé environnementale (p. ex. ceux pouvant nécessiter des interventions à long terme et coûteuses).*

Bien que de nombreuses activités de coordination et de collaboration soient en cours, il est clair que pour que les objectifs intermédiaires (donc à long terme) soient atteints, une participation continue du PSEP est nécessaire en contribuant aux preuves et aux évaluations pour appuyer ou promouvoir l'atténuation de risques complexes en santé environnementale et publique. Dans le but de mieux évaluer le degré auquel les objectifs sont atteints, les répercussions de la collaboration et de la coordination en SEP sur l'atténuation des risques en SEP devraient être documentés, étant entendu que le fait que les risques soient atténués ou non ne relève souvent pas du contrôle du PSEP.

De nombreux autres intervenants sont impliqués dans divers secteurs de SEP au sein des collectivités des Premières Nations. Ces intervenants comprennent : les collectivités des Premières Nations, divers organismes des Premières Nations, d'autres ministères et organismes du gouvernement fédéral (par ex., AINC, EC, ASPC, ACIA, SCHL), diverses directions générales au sein de Santé Canada et les gouvernements provinciaux. L'AINC et Santé Canada nécessitent la collaboration expressément dans un certain nombre de secteurs associés à la SEP, compte tenu de leurs contributions combinées à l'atteinte des objectifs du PSEP. Par exemple, bien que l'AINC soit à la tête du Plan d'action pour la gestion de l'eau potable dans les collectivités des Premières Nations, Santé Canada occupe des rôles de soutien importants. De manière semblable, les enquêtes effectuées par les AHM ou les examens réalisés par les ingénieurs en santé publique peuvent devenir des recommandations pour les améliorations de l'infrastructure qui sont financées à l'aide des programmes de l'AINC. Le PSEP n'est qu'un des acteurs dans cette matrice complexe. Toutefois, il est bien positionné pour continuer à offrir des preuves et des renseignements nécessaires à la promotion de l'atténuation des risques complexes en SEP, compte tenu de leur expertise et des relations de travail et des liens forts avec la collectivité. Les activités de coordination et de collaboration du PSEP devraient se poursuivre à divers niveaux, y compris aux niveaux communautaires, infranationaux, régionaux et nationaux.

### Recommandation 2

*Examiner l'affectation et la charge de travail actuelle des AHM au sein des régions et dans l'ensemble de ces dernières afin de déterminer la durabilité du service pour les collectivités en prenant en compte diverses demandes et complexités supplémentaires prévues.* En s'appuyant sur les conclusions tirées des analyses sur la charge de travail en cours, il sera important pour le PSEP de comprendre clairement les défis qui résultent de l'affectation et des charges de travail des AHM tant au niveau régional que national. Cet examen devrait prendre en compte les demandes et les complexités supplémentaires prévues pour de nombreuses collectivités des Premières Nations en raison de divers contextes en évolution (par ex., le financement accru de l'infrastructure, le changement climatique, le développement économique et la croissance de la population).

### **Recommandation 3**

*Procéder à une évaluation des répercussions des recommandations faites par les AHM aux chefs et aux conseils dans le domaine des aliments, de l'eau potable et des logements.* Compte tenu du fait que les recommandations conçues par les AHM représentent un extrant essentiel pour l'atteinte de certains des objectifs souhaitables pour le programme, elles représentent une source potentielle riche de renseignements et de données pour divers usages à de multiples niveaux. Cela pourrait permettre d'améliorer l'utilité du rendement et la surveillance des données recueillies par le programme.

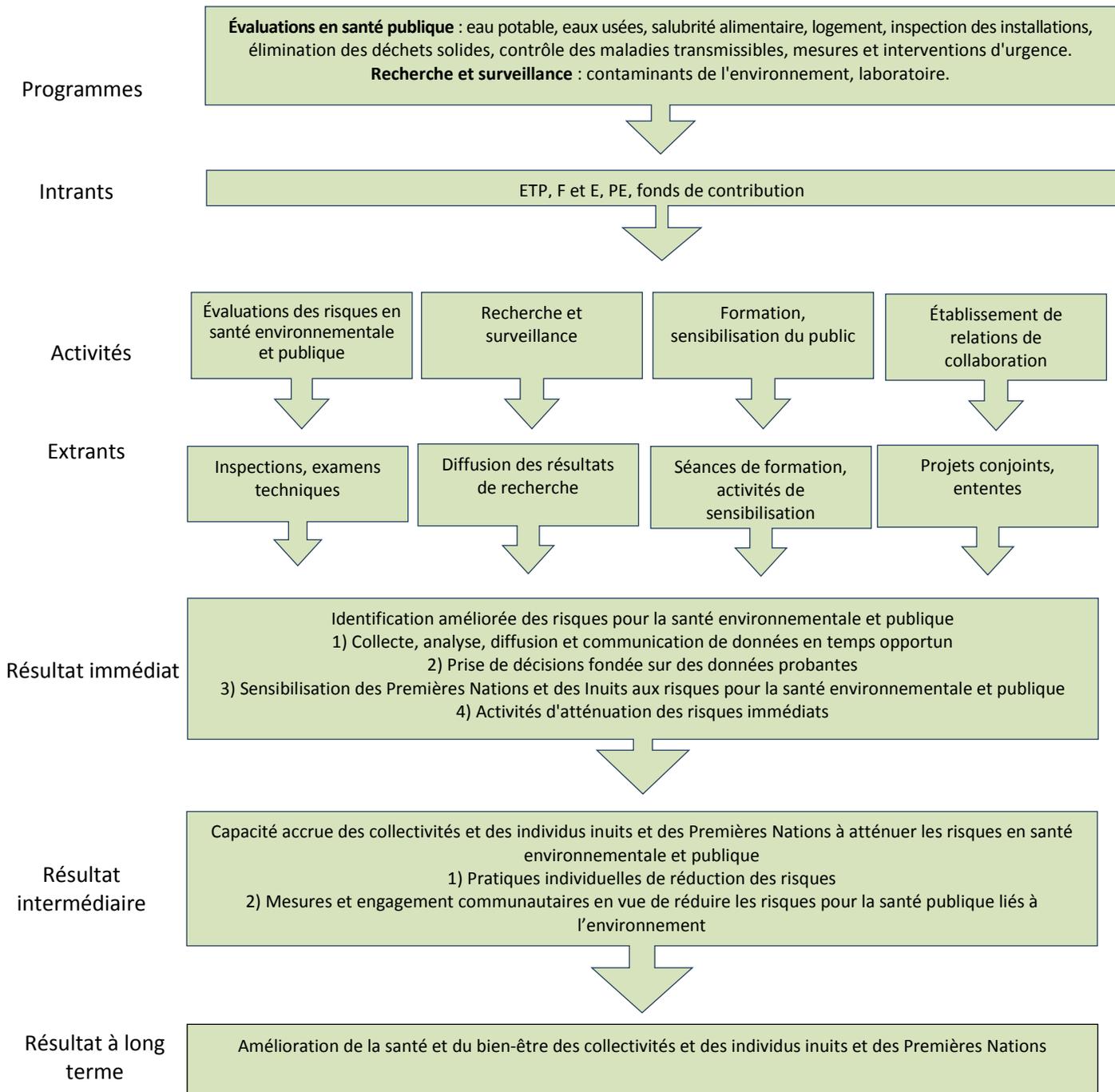
## Annexe 1 – Principaux secteurs d'orientation du programme

- **Eau potable** - Le PSEP sensibilise le public au sujet de l'eau potable et de la prévention des risques et offre du matériel pédagogique et éducatif aux contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable (CCQEP)<sup>26</sup>; effectue de la surveillance et des tests sur les ressources en eau potable, notamment l'interprétation des résultats, les recommandations de mesures correctives et d'atténuation des risques (y compris la délivrance d'avis concernant la qualité de l'eau potable); et offre des examens techniques des propositions de projets d'infrastructure d'approvisionnement en eau potable du point de vue de la santé publique.
- **Eaux usées** - Le PSEP cerne les dangers existants et potentiels associés à l'élimination des eaux usées, afin de prévenir et de réduire les risques pour la santé publique. Les activités du Programme sont axées sur les installations communautaires de traitement des eaux usées et sur les systèmes autonomes d'élimination des eaux usées. Les activités comprennent la réalisation d'évaluations de la santé environnementale et publique, la sensibilisation du public et des examens techniques des propositions de projets d'infrastructure d'approvisionnement en eau potable du point de vue de la santé publique.
- **Santé et logement** - Le PSEP travaille avec les collectivités des Premières Nations et d'autres intervenants pour répondre aux enjeux de santé publique associés aux divers secteurs du logement : le site et la conception, la construction, l'occupation et la démolition. Ce travail est accompli dans le cadre d'inspections sur demande en santé publique en matière de logement, de sensibilisation du public et de séances de formation.
- **Élimination des déchets solides** - Le PSEP travaille avec les collectivités et d'autres organismes pour aider à limiter les risques en santé publique posés par l'élimination des déchets solides. Les activités comprennent la réalisation d'évaluations en santé environnementale et publique des sites d'élimination et des stations de transfert, et la prestation de conseils et d'activités de sensibilisation du public au sujet des pratiques d'élimination des déchets solides, et la réalisation d'examen techniques des propositions de projets pour les décharges de déchets solides du point de vue de la santé publique.
- **Salubrité alimentaire** – Le PSEP travaille avec les collectivités des Premières Nations pour éviter les maladies d'origine alimentaire et répondre aux enjeux de santé publique liés aux aliments traditionnels et conventionnels. Les activités comprennent la sensibilisation du public, la formation sur la manipulation des aliments et les inspections en santé publique de routine et sur demande des installations de services alimentaires saisonnières et d'événements spéciaux.
- **Inspections des installations** – Le PSEP travaille avec les collectivités des Premières Nations, les propriétaires, les exploitants, les employés et les utilisateurs des installations (installations de santé, de soins communautaires, récréatives et générales) pour aider à prévenir la propagation de maladies transmissibles, à minimiser les risques en santé

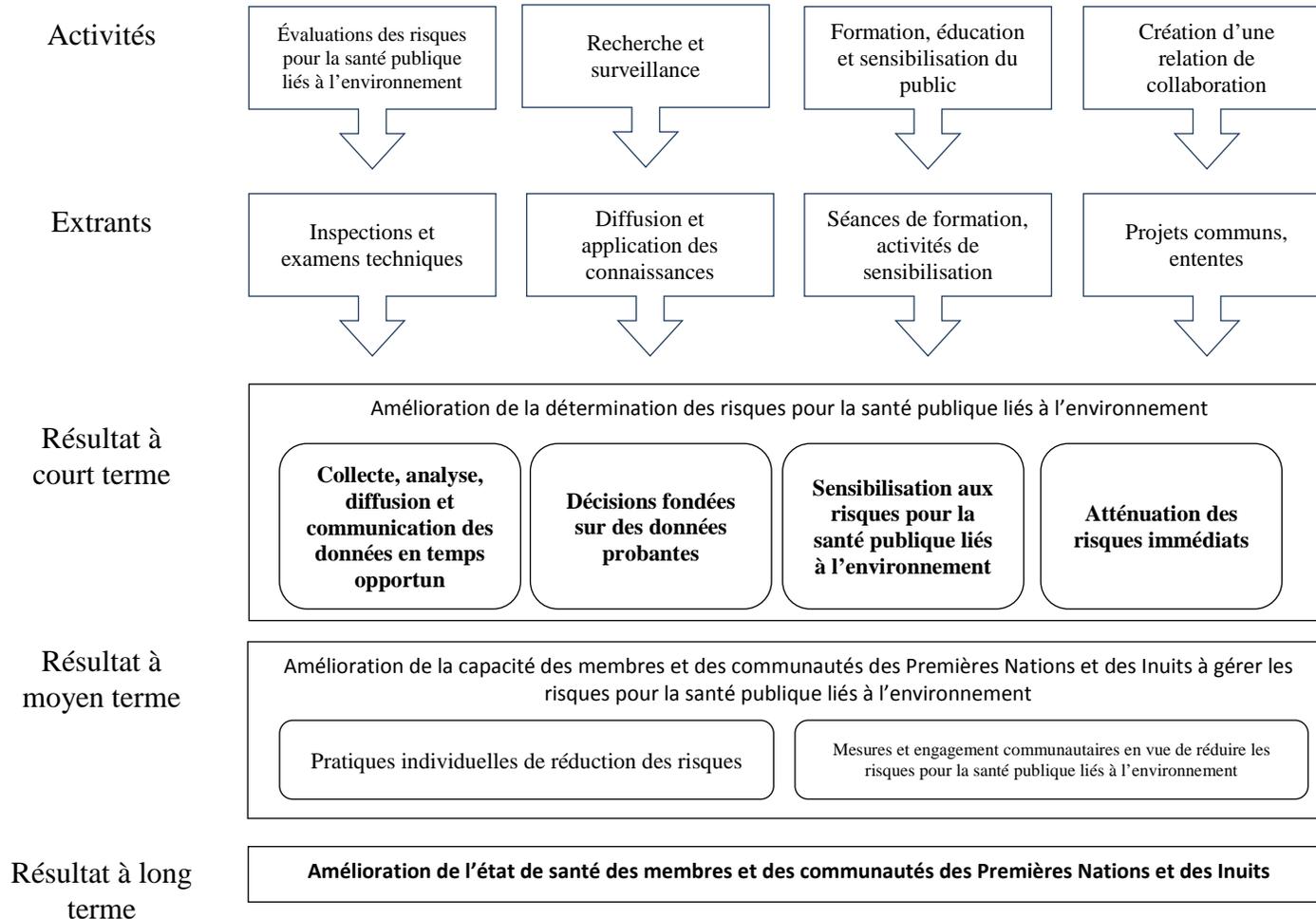
publique et à réduire les dangers pour la sécurité. Les activités comprennent la réalisation d'inspections de routine et sur demande, l'offre de conseil, d'orientation et de recommandations et la prestation de séances de sensibilisation du public liées à la santé et la sécurité du public dans les installations.

- **Contrôle des maladies transmissibles** - TOUTES les activités du PSEP visent à prévenir les maladies et la propagation de maladies transmissibles (par exemple, la surveillance des ressources en eau potable, la réalisation d'inspections des installations alimentaires et d'inspections régulières d'autres installations publiques. Des activités spécifiques, par exemple des inspections, des enquêtes épidémiologiques, la surveillance et la sensibilisation du public, sont également entreprises pour prévenir et contrôler les maladies transmissibles d'origine alimentaire et hydrique et à transmission vectorielle. Toutes les activités sont menées en collaboration avec le personnel local, régional, provincial ou national du contrôle des maladies transmissibles. Il est à noter que depuis 2015-2016, ce secteur de programme au sein du Bureau national a été transféré vers une unité différente au sein de Santé Canada. Toutefois, le travail des AHM et du personnel en santé environnementale et publique à l'échelle régionale et communautaire demeure le même.
- **Mesures et interventions d'urgence** - Le PSEP travaille avec les collectivités et les intervenants pour veiller à l'intégration des facteurs à considérer en matière de santé environnementale et publique dans le cadre d'activités de préparation, d'intervention et de rétablissement pour les situations d'urgence. Les activités comprennent l'évaluation des risques en matière de santé environnementale et publique dans le cadre de situations de préparation, d'intervention et de rétablissement pour les situations d'urgence, l'orientation et les recommandations sur la façon de minimiser ces risques. Il est à noter que depuis 2015-2016, ce secteur de programme au sein du Bureau national a été transféré du PSEP vers une unité différente au sein de Santé Canada. Toutefois, le travail des AHM et du personnel en santé environnementale et publique à l'échelle régionale et communautaire demeure le même.

## Annexe 2 – Modèle logique



## Annexe 3 – Résumé des constatations



## Annexe 4 – Matrice d'évaluation

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
<b>Pertinence</b>				
<b>Enjeu n° 1 :</b> Besoin continu pour le programme	1.1 Quels sont les risques actuels et projetés en matière de santé environnementale auxquels les collectivités des Premières Nations sont confrontées?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données probantes sur les risques actuels ou émergents en santé environnementale en mettant l'accent sur les collectivités des Premières Nations</li> <li>Perception des risques actuels et projetés en santé environnementale en mettant l'accent sur les collectivités des Premières Nations, et identification des changements depuis l'évaluation de 2010</li> </ul>	<b>Analyse documentaire</b> articles universitaires, littérature grise  <b>Examen de documents/dossiers</b> rapports de surveillance et de Statistiques Canada  <b>Analyse comparative</b>	Enquête sur le Web auprès des AHM
<b>Enjeu n° 2 :</b> Harmonisation des priorités ministérielles et du gouvernement	2.1 Quelles sont les priorités fédérales liées à la santé environnementale et publique au sein des Premières Nations?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identification des priorités fédérales</li> <li>Les activités de programme correspondent aux priorités fédérales récentes/actuelles</li> </ul>	<b>Examen de documents/dossiers</b> Documents du gouvernement du Canada : discours du Trône, budget, ententes nationales et internationales	

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
	2.2 Quelles sont les priorités de Santé Canada liées à la santé environnementale et publique au sein des Premières Nations?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des priorités ministérielles</li> <li>• Les activités de programme s'harmonisent avec les priorités ministérielles et y contribuent.</li> </ul>	<b>Examen de documents/dossiers</b> - Documents ministériels : RPP, RMR - Documents de la Direction générale : plan stratégique, présentations aux principales tables de gestion - plans opérationnels, plans de travail, rapports annuels	

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
<p><b>Enjeu n° 3 :</b> Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral</p>	<p>3.1 Quel est le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait à la santé environnementale et publique au sein des Premières Nations? Le rôle du gouvernement fédéral s'harmonise-t-il avec les activités actuelles?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification du rôle ministériel et du gouvernement fédéral</li> <li>• Les activités de programme s'harmonisent avec le mandat et les rôles ministériels et de la compétence fédérale</li> <li>• Données probantes sur la mesure dans laquelle Santé Canada respecte les engagements internationaux</li> </ul>	<p><b>Examen de documents/dossiers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- autorités judiciaires : <i>Loi canadienne sur la santé, Politique fédérale sur la santé des Indiens, Loi sur la salubrité de l'eau potable des Premières Nations</i></li> <li>- autorités en matière de politiques et de programmes (par exemple, FNWAAP, air pur, etc.)</li> <li>- autres obligations (par ex., PE pour les Premières Nations en vertu des accords de contribution)</li> <li>- plans opérationnels, plans de travail, rapports annuels</li> </ul>	

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
	3.2 Le rôle du gouvernement fédéral recoupe-t-il ou complète-t-il le rôle d'autres intervenants? Y a-t-il des lacunes ou des dédoublements?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence/absence d'autres programmes qui complètent ou recourent les objectifs du programme</li> <li>Points de vue sur les programmes qui complètent ou dédoublent la participation de Santé Canada</li> </ul>	Examen de documents/dossiers documents de programme (à confirmer)	<b>Entrevues des principales personnes interrogées</b> - internes : personnel de SC - externes : autres ministères, bénéficiaires du financement  <b>Enquête sur le Web auprès des AHM</b>
<b>Rendement</b>				
<b>Enjeu n° 4 :</b> Atteinte des résultats escomptés	4.1 Dans quelle mesure l'identification des risques en santé environnementale et publique s'est-elle améliorée?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résumer les indicateurs se trouvant dans 4.1 a) à 4.1 d)</li> </ul>		

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
	4.1 a) Collecte, analyse, diffusion et communication de données en temps opportun;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Points de vue sur l'atteinte de ce résultat, identification des obstacles potentiels, progrès depuis l'évaluation de 2010</li> <li>• Données sur le rendement dans les types de systèmes de données disponibles (par ex., bases de données d'alerte) et identification de l'utilisation de ces systèmes, présence d'indicateurs communs, liste d'outils, procédures, guides, formation et recherche offerts ou conçus, nombre/pourcentage de postes d'AHM dotés, nombre/pourcentage de collectivités ayant accès à un CCQEP ou à un AHM formé, nombre d'échantillons d'eau pris et analysés, données sur les systèmes hydriques avec un échantillonnage annuel des principaux paramètres chimiques recommandés</li> </ul>	<p><b>Examen de documents/dossiers</b> dossiers du programme</p> <p><b>Examen des données de la mesure du rendement</b> rapports annuels, RMR, bases de données internes</p>	<p><b>Entrevues des principales personnes interrogées</b></p> <p>- internes : personnel de SC</p> <p>- externes : bénéficiaires du financement</p> <p><b>Enquête sur le Web auprès des AHM</b></p>

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
	4.1 b) Prise de décisions fondée sur des données probantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Points de vue sur l'atteinte de ce résultat, identification des obstacles potentiels, progrès depuis l'évaluation de 2010</li> <li>Identification de la recherche financée, diffusion des activités, adoption/utilisation des résultats/livrables de la recherche                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de rapports de recherche communautaires/participatifs sur les dangers environnementaux pour la santé qui sont disponibles (RMR 2013-14)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Examen de documents/dossiers</b> dossiers du programme/projet</p> <p><b>Examen des données de la mesure du rendement</b> rapports annuels, RMR, bases de données internes</p>	<p><b>Entrevues des principales personnes interrogées</b></p> <p>- internes : personnel de SC</p> <p>- externes : autres ministères, bénéficiaires du financement</p> <p><b>Enquête sur le Web auprès des AHM</b></p>
	4.1 c) Sensibilisation des populations des Premières Nations aux risques pour la santé environnementale et publique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Points de vue sur l'atteinte de ce résultat, identification des obstacles potentiels, progrès depuis l'évaluation de 2010</li> <li>Disponibilité de matériel/stratégies de sensibilisation du public/collectivité</li> <li>Accès aux services en santé environnementale et publique et utilisation de ces services</li> </ul>	<p><b>Examen de documents/dossiers</b> dossiers du programme/projet</p> <p><b>Examen des données de la mesure du rendement</b> rapports annuels, RMR, bases de données internes</p>	<p><b>Entrevues des principales personnes interrogées</b></p> <p>- internes : personnel de SC</p> <p>- externes : bénéficiaires du financement</p> <p><b>Enquête sur le Web auprès des AHM</b></p>

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
	4.1 d) Activités d'atténuation des risques immédiats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Points de vue sur l'atteinte de ce résultat, identification des obstacles potentiels, progrès depuis l'évaluation de 2010</li> <li>Données de rendement sur les activités d'atténuation des risques entreprises selon les résultats des activités en santé environnementale et publique (le cas échéant)</li> </ul>	<p><b>Examen de documents/dossiers</b> dossiers du programme/projet</p> <p><b>Examen des données de la mesure du rendement</b> rapports annuels, RMR, bases de données internes</p>	<p><b>Entrevues des principales personnes interrogées</b></p> <p>- internes : personnel de SC</p> <p>- externes : autres ministères, bénéficiaires du financement</p> <p><b>Enquête sur le Web auprès des AHM</b></p>
	4.2 Dans quelle mesure les individus et les collectivités des Premières Nations ont-ils la capacité d'atténuer les risques en santé publique?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résumer les indicateurs de 4.2 a) et 4.2 b)</li> </ul>		

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
	4.2 a) Pratiques individuelles de réduction des risques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Points de vue sur l'atteinte de ce résultat, identification des obstacles potentiels, progrès depuis l'évaluation de 2010</li> <li>Données sur le rendement des activités d'inspection (nombre/pourcentage d'inspections des maisons, degré auquel les recommandations tirées des inspections sont mises en œuvre/mesures prises pour tenir compte des recommandations des AHM), tendances dans les éclosions signalées de maladies d'origine alimentaire ou hydrique</li> <li>Nombre de demandes présentées à AADNC pour demander du soutien en vue de remédier au risques en SEP ou de les atténuer</li> </ul>	<p><b>Examen de documents/dossiers</b> Dossiers internes (autres que la base de données EHIS)</p> <p><b>Examen des données de la mesure du rendement</b> rapports annuels, RMR, bases de données internes</p>	<p><b>Entrevues des principales personnes interrogées</b> - internes : personnel de SC - externes : bénéficiaires du financement</p> <p><b>Enquête sur le Web auprès des AHM</b></p>
	4.2 b) Mesures et engagement communautaires en vue de réduire les risques pour la santé publique liés à l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Points de vue sur l'atteinte de ce résultat, identification des obstacles potentiels, progrès depuis l'évaluation de 2010</li> <li>Harmonisation entre les dimensions de capacité communautaire et les activités de programme (c.-à-d., données probantes sur la façon dont les activités réalisées ont mené à une participation communautaire et à des mesures accrues, notamment la participation, le leadership, les structures communautaires, le soutien externe, l'obtention de ressources et de compétences, les connaissances, l'apprentissage, l'établissement de liens, le sentiment d'appartenance à la collectivité) selon les catégories de capacité communautaire</li> <li>Données sur le rendement sur :</li> </ul>	<p><b>Examen de documents/dossiers</b> matériel lié à la formation, à la sensibilisation du public, aux MOA/PE, aux réunions, aux projets conjoints, aux plans de travail, aux présentations, etc.</p> <p><b>Examen des données de la mesure du rendement</b></p>	<p><b>Entrevues des principales personnes interrogées</b> - internes : personnel de SC - externes : bénéficiaires du financement</p> <p><b>Enquête sur le Web auprès des AHM</b></p>

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ les données sur les propositions de projet relatives à l'eau potable et aux eaux usées examinées par le programme</li> <li>○ % de réseaux de distribution d'eau dans les réserves (5 connexions ou plus) échantillonnés conformément aux recommandations nationales (RMR 2012-13)</li> <li>○ % de collectivités des Premières Nations ayant des plans de préparation et d'intervention à une pandémie et des plans de préparation aux urgences intégrés</li> <li>○ % des collectivités des Premières Nations ayant accès à un contrôleur communautaire de la qualité de l'eau potable ou un agent d'hygiène du milieu formé pour surveiller la qualité de leur eau potable. (RPP 2014-15)</li> </ul>	rapports annuels, RMR, bases de données internes	

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
	4.3 Dans quelle mesure la santé et le bien-être des individus et des collectivités des Premières Nations ont-ils connu une amélioration?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Points de vue sur l'atteinte de ce résultat, identification des obstacles potentiels, progrès depuis l'évaluation de 2010</li> <li>• Données probantes de la recherche sur l'opinion publique sur la confiance dans la qualité de l'eau potable et d'autres risques en SEP</li> <li>• Données sur le rendement sur les tendances en matière d'avis concernant l'eau potable, données sur les maisons ayant accès à l'eau courante, proportion de réseaux de distribution d'eau dans les réserves qui répondaient aux lignes directrices nationales en matière d'analyse pour les paramètres bactériologiques (selon la fréquence d'analyse recommandée dans les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada (RPP 2014-15)</li> </ul>	<p><b>Analyse documentaire</b></p> <p><b>Examen de documents/dossiers</b> Recherche sur l'opinion publique</p> <p><b>Examen des données de la mesure du rendement</b> rapports annuels, RMR, bases de données internes</p>	<p><b>Entrevues des principales personnes interrogées</b> - internes : personnel de SC - externes : autres ministères, bénéficiaires du financement</p> <p><b>Enquête sur le Web auprès des AHM</b></p>

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
	4.4 Dans quelle mesure le programme a-t-il réussi à répondre aux priorités et aux besoins actuels?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données probantes de la réponse du programme aux priorités et aux besoins actuels, notamment la réalisation d'activités dans les secteurs à risque élevé</li> <li>Points de vue sur la capacité de répondre aux besoins et aux priorités, identification des obstacles potentiels, progrès depuis l'évaluation de 2010</li> </ul>	<p><b>Examen de documents/dossiers</b> plans stratégiques, plans opérationnels, plans de travail</p> <p><b>Examen des données de la mesure du rendement</b> rapports annuels, RMR, bases de données internes</p> <p><b>Analyse comparative</b></p>	<p><b>Entrevues des principales personnes interrogées</b> - internes : personnel de SC - externes : autres ministères, bénéficiaires du financement</p> <p><b>Enquête sur le Web auprès des AHM</b></p>

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
<p><b>Enjeu n° 5 :</b> Démonstration d'économie et d'efficacité</p>	<p>5.1 Le programme est-il exécuté de manière efficace? De quelle façon l'efficacité peut-elle être améliorée?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preuves qualitatives selon lesquelles Santé Canada a des structures/mécanismes en place, pour que les moyens les plus efficaces soient utilisés pour administrer/exécuter le programme. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Processus de gouvernance (distinction claire des rôles et des responsabilités, réduction au minimum des doublons et des chevauchements)</li> <li>○ Établissement/planification des priorités (planification et prise de décisions simplifiées, utilisation de la gestion des risques)</li> <li>○ Respect des dates de livraison (par ex., demandes routinières ou d'urgence)</li> <li>○ Les bénéficiaires du financement et la direction du programme déterminent et prennent en compte leurs propres pratiques exemplaires/leçons apprises dans l'amélioration des différentes approches.</li> <li>○ Déterminer si les décisions budgétaires ont eu une incidence sur la prestation économique des activités de programme</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Examen de documents/dossiers</b> plans stratégiques, plans opérationnels, plans de travail, cadre de référence du Comité, plans de gestion des risques, présentations/notes du programme sur les décisions financières</p> <p><b>Examen des données financières</b></p> <p><b>Analyse comparative</b></p> <p><b>Examen des données de la mesure du rendement</b> rapports annuels, bases de données internes</p>	<p><b>Entrevues des principales personnes interrogées</b> - internes : personnel de SC - externes : bénéficiaires du financement</p> <p><b>Enquête sur le Web auprès des AHM</b></p>

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
	5.2 Le programme a-t-il livré ses extrants et atteints ses objectifs de la manière la plus économique qui soit? De quelle façon l'économie peut-elle être améliorée?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Écart entre les dépenses prévues et actuelles, et les conséquences</li> <li>• Points de vue à savoir si :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ les fonds sont ciblés de manière adéquate;</li> <li>○ les coûts de la production des extrants sont aussi faibles que possible et si de la valeur en est tirée;</li> <li>○ les décisions budgétaires ont eu une incidence sur la prestation économique des activités de programme;</li> <li>○ d'autres modèles de programmes atteindraient des résultats à moindre coût (le cas échéant).</li> </ul> </li> <li>• Pertinence du % des frais administratifs (le cas échéant)</li> <li>• Effet de levier (le cas échéant)</li> <li>• Comparaison du coût de prestation par extrant entre des programmes/projets semblables (le cas échéant)</li> </ul>	<p><b>Examen de documents/dossiers</b> plans stratégiques, plans opérationnels, plans de travail, présentations/notes de programme sur les décisions financières</p> <p><b>Examen des données financières</b> La DGDPF doit offrir une description des dépenses prévues et actuelles, validée par les responsables de programmes</p>	<p><b>Entrevues des principales personnes interrogées</b> - internes : personnel de SC - externes : bénéficiaires du financement</p> <p><b>Enquête sur le Web auprès des AHM</b></p>

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Indicateurs	Méthodes / Sources de données	
			Sources de données secondaires	Sources de données primaires
	5.3 De quelle façon la mesure du rendement est-elle utilisée?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un modèle logique, d'un cadre ou d'une stratégie sur la mesure du rendement</li> <li>• Collecte appropriée des renseignements sur le rendement</li> <li>• Utilisation de renseignements sur le rendement lors de la prise de décisions</li> </ul>	<p><b>Examen de documents/dossiers</b> dossiers internes, y compris des notes, comptes rendus de décisions, etc.</p> <p><b>Examen des données de la mesure du rendement</b> stratégie de mesure du rendement, bases de données internes, rapports annuels, RPP, RMR</p>	<p><b>Entrevues des principales personnes interrogées</b> - internes : personnel de SC</p> <p><b>Enquête sur le Web auprès des AHM</b></p>

## Notes de bas de page

<sup>1</sup> Canada (2016). Rapport sur les plans et les priorités 2015-2016 de Santé Canada

<sup>2</sup> Canada (2016). Rapport sur les plans et les priorités 2015-2016 de Santé Canada

<sup>3</sup> Santé Canada. (2011). Évaluation du groupe de programmes sur l'Hygiène du milieu et la recherche environnementale – Rapport final

<sup>4</sup> Canada (2016). Rapport sur les plans et les priorités 2015-2016 de Santé Canada

<sup>5</sup> Canada (2016). Rapport sur les plans et les priorités 2015-2016 de Santé Canada

<sup>6</sup> AADNC, 2013. Évaluation du Plan d'action pour la gestion de l'eau potable dans les collectivités des Premières Nations.

<sup>7</sup> AADNC, 2012. Évaluation du Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord et du Programme de formation scientifique dans le Nord; Programme sur l'air pur d'Environnement Canada; *Évaluation du thème Adaptation du Programme sur l'air pur* de 2016 d'Environnement et Changement climatique Canada (à finaliser).

<sup>8</sup> Synthèse de l'évaluation horizontale du Programme sur la qualité de l'air : Synopsis des résultats de l'évaluation disponibles en septembre 2010. Environnement Canada.

<sup>9</sup> Évaluation de Santé Canada (2014) du Plan d'action pour protéger la santé humaine des contaminants de l'environnement de 2008-2009 à 2012-2013.

<sup>10</sup> Évaluation de Santé Canada (2011) du groupe de programmes sur l'Hygiène du milieu et la recherche environnementale – Rapport final

<sup>11</sup> L'évaluation utilise des données qualitatives tirées des entrevues des principales personnes interrogées pour élaborer les thèmes, interpréter les résultats d'autres sources de données et pour offrir des exemples. De plus, nous avons utilisé l'échelle suivante basée sur des adjectifs dans le présent rapport pour offrir un survol de la fréquence des réponses au sujet de divers thèmes : « *quelques* » se rapporte à moins d'un quart des principales personnes interrogées; « *certaines* », de un quart à moins de la moitié; « *de nombreux* », la moitié à trois quarts; et « *la plupart* », plus du trois quarts.

<sup>12</sup> Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, Phase 2 (2008-2010) de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS), Rapport national sur les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans des collectivités des Premières nations (en anglais seulement). (Ottawa : Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, juin 2012).

<sup>13</sup> EKOS Research Associates (2013). First Nations and Inuit Environmental Health Awareness Marketing Campaign Follow-up Survey. Enregistrement POR : POR-047-12.

<sup>14</sup> Sénat du Canada. (2015). [Le logement et l'infrastructure dans les réserves : Recommandations de changement](#). Comité sénatorial permanent des peuples autochtones

<sup>15</sup> Évaluation du Programme sur les contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau (CCQEP) de 2015 de Santé Canada.

<sup>16</sup> Conformément au rapport sur le rendement du PSEP de 2012-2013, « tous les types d'installations sont sujettes à des inspections de la part d'AHM à la suite d'une demande ou d'une plainte, ou lorsqu'un risque ou un danger potentiel en santé publique a été déterminé. Un nombre limité de types d'installations (produits alimentaires permanents/saisonniers, soins communautaires, services personnels généraux, piscines et déchets solides) sont également inspectés sur une base annuelle régulière dans l'ensemble des régions.

<sup>17</sup> Il n'y a pas eu d'activités de surveillance zoonotiques dans la région de l'Ontario en 2014/15 puisque cette activité a été retirée du plan opérationnel de l'Ontario par la haute direction.

<sup>18</sup> Il n'y a pas eu d'activités de surveillance zoonotiques dans la région de l'Ontario en 2014/15 puisque cette activité a été retirée du plan opérationnel de l'Ontario par la haute direction.

<sup>19</sup> Health Canada (2014) Drinking Water Program Manual (1<sup>st</sup> Edition).

<sup>20</sup> Health Canada (*aucune date*) Housing Inspection: A Resource Manual for Environmental Health Officers.

<sup>21</sup> Health Canada (2012) Field Reference Manual: Non-Microbiological Drinking Water Quality Parameters.

<sup>22</sup> Guide de livraison d'eau potable par camion dans les collectivités des Première Nations au sud du 60<sup>e</sup> parallèle de Santé Canada (2012).

<sup>23</sup> Document d'orientation relatif à la conception, à la mise en place, à l'entretien et à la désaffectation des citernes d'eau potable dans les collectivités des Première nations au sud du 60<sup>e</sup> parallèle de Santé Canada (2012).

<sup>24</sup> EKOS Research Associates (2013). First Nations and Inuit Environmental Health Awareness Marketing Campaign Follow-up Survey. Enregistrement POR : POR-047-12.

<sup>25</sup> EKOS Research Associates (2013). First Nations and Inuit Environmental Health Awareness Marketing Campaign Follow-up Survey. Enregistrement POR : POR-047-12.

<sup>26</sup> Santé Canada assure la formation des contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable afin qu'ils soient en mesure de prélever et d'analyser des échantillons d'eau potable pour y déceler la présence de toute contamination bactériologique potentielle comme vérification finale de la salubrité globale de l'eau potable du robinet.