



Santé  
Canada Health  
Canada

## **Rapport d'audit final**

# **Audit des paiements de transfert pour la Protection de la santé publique des Premières nations et des Inuits**

**Décembre 2013**

**Canada**

## Table des matières

<b>Sommaire</b> .....	<b>i</b>
<b>A - Introduction</b> .....	<b>1</b>
1. Contexte .....	1
2. Objectif de l'audit .....	2
3. Portée de l'audit .....	2
4. Méthode de l'audit .....	3
5. Énoncé de conformité .....	3
<b>B - Constatations, recommandations et réponses de la direction</b> .....	<b>4</b>
1. Gouvernance .....	4
1.1 <i>Orientation stratégique</i> .....	4
1.2 <i>Rôles et responsabilités</i> .....	5
1.3 <i>Rapports sur le rendement</i> .....	6
2. Gestion des risques .....	8
2.1 <i>Gestion des risques</i> .....	8
3. Contrôles internes .....	9
3.1 <i>Conformité</i> .....	9
3.2 <i>Évaluation des bénéficiaires</i> .....	11
3.3 <i>Surveillance des bénéficiaires – Analyse des risques</i> .....	12
3.4 <i>Surveillance des bénéficiaires – Responsabilisation</i> .....	13
3.5 <i>Surveillance des bénéficiaires – Dépenses admissibles</i> .....	13
3.6 <i>Versement des paiements</i> .....	14
<b>C - Conclusion</b> .....	<b>16</b>
<b>Annexe A – Champs d'enquête et critères d'audit</b> .....	<b>17</b>
<b>Annexe B - Grille d'évaluation</b> .....	<b>18</b>
<b>Annexe C – Dépenses pour les soins de santé primaires</b> .....	<b>20</b>
<b>Annexe D – Éléments du programme</b> .....	<b>21</b>
<b>Annexe E – Profil des dépenses par région</b> .....	<b>23</b>

*Version traduite. La version anglaise doit prévaloir en cas d'incohérence.*

## Sommaire

L'audit était axé sur les paiements de transfert pour la protection de la santé des Premières nations et des Inuits (environ 63,9 M\$). La santé des Autochtones est une priorité commune des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des collectivités inuites et des Premières nations. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits travaille avec ses partenaires pour appuyer un système de protection de la santé publique qui permet de prévenir ou de réduire les risques pour la santé humaine, associés aux maladies transmissibles et à l'exposition aux risques de l'environnement naturel et de l'environnement bâti.

L'audit visait à fournir l'assurance que les paiements de transfert pour la protection de la santé publique sont bien gérés, et ce, conformément à la *Politique sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor. Des procédures suffisantes et appropriées ont été suivies, et des preuves ont été recueillies pour attester de l'exactitude de la conclusion de l'audit. Les constatations et la conclusion de l'audit reposent sur une comparaison des conditions qui existaient à la date de la vérification, par rapport à des critères établis en collaboration avec la direction.

Le cadre de gouvernance actuel pour les paiements de transfert pour la protection de la santé publique prévoit une orientation stratégique et une surveillance. Les rôles et les responsabilités entre l'administration centrale et les régions, relatifs aux paiements de transfert, semblent également clairs. Le programme dispose d'une stratégie de présentation de l'information sur le rendement. Toutefois, il est possible d'améliorer les comptes rendus des bénéficiaires afin de les faire cadrer avec d'autres cadres de rapport, programmes et normes de prestation de services.

Les risques du programme, liés à la protection de la santé publique, sont définis au niveau du Ministère. Même si les gestionnaires de l'administration centrale et des bureaux régionaux sont soucieux des risques, les deux catégories de programmes (Contrôle des maladies transmissibles et Santé environnementale et publique) devraient entamer leur propre processus d'évaluation des risques et de gestion des risques pour gérer les risques uniques de programmes reliées au contrôle des maladies transmissibles et de la santé environnementale et publique.

Des contrôles sont en place pour garantir l'évaluation appropriée des bénéficiaires, la surveillance des bénéficiaires et le versement des paiements. Toutefois, des changements peuvent être apportés à trois secteurs pour renforcer les contrôles internes. Plus précisément, toutes les clauses énumérées dans la *Directive sur les paiements de transfert* devraient être incluses dans les accords de contribution; les catégories de dépenses admissibles devraient être mieux définies et les mesures pour régler les comptes créditeurs à la fin de l'exercice de longue date devraient se poursuivre.

Le rapport d'audit comprend trois recommandations pour renforcer la gestion des paiements de transfert pour le programme de la Protection de la santé publique des Premières nations et des Inuits.

## A - Introduction

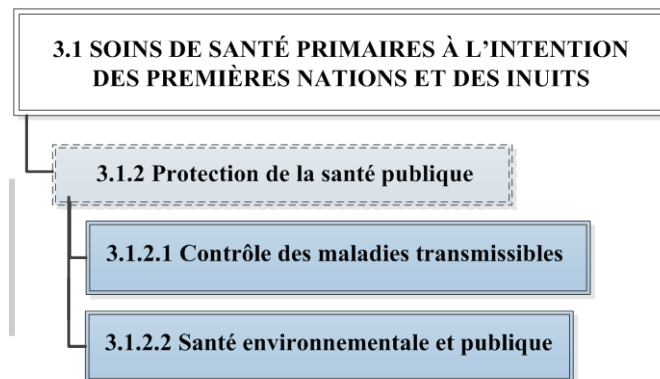
### 1. Contexte

La santé des Autochtones est une priorité commune des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des collectivités inuites et des Premières nations. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits travaille avec ses partenaires pour appuyer un système de protection de la santé publique qui permet de prévenir ou de réduire les risques pour la santé humaine, associés aux maladies transmissibles et à l'exposition aux risques de l'environnement naturel et de l'environnement bâti.

Les moyens pris en ce sens comprennent une variété d'activités à l'intention des personnes, de la collectivité et de la population, notamment la prestation de services de santé pour prévenir, gérer et contrôler les maladies transmissibles ainsi qu'aider à garantir la salubrité des aliments, de l'eau et des milieux de vie; la promotion des comportements sains et des efforts d'éducation pour favoriser l'adoption de comportements sains; la recherche pour cerner et réduire les risques liés à l'environnement pour la santé; le renforcement de la capacité de la collectivité de prendre un plus grand contrôle sur la protection de la santé publique et la collaboration avec les partenaires pour aborder les déterminants de la santé.

Le rôle de Santé Canada dans la santé des collectivités inuites et des Premières nations est fondé sur la *Loi sur le ministère de la Santé* (art. 4) et la *Politique de 1979 sur la santé des Indiens*. La Protection de la santé publique cadre avec le mandat ministériel lié aux Premières nations et aux collectivités inuites recevant des services de santé adaptés à leurs besoins afin d'améliorer leur état de santé. Dans cette activité de programme, le mandat opérationnel relève de l'activité de programme Soins de santé primaires. La sous-activité de la Protection de la santé publique comprend deux catégories de programmes : Contrôle des maladies transmissibles et Santé environnementale et publique. Au cours des deux dernières années, les dépenses pour ces deux catégories ont atteint en moyenne 63,9 M\$, dont 29,4 M\$ (environ 46 pourcent) représentent des paiements de transfert.

### Soins de Santé primaires à l'intention des Premières nations et Inuits



La **Direction des conseils interprofessionnels et aide aux programmes**, de l'administration centrale, gère les programmes sous l'égide de la sous-activité de programme Protection de la

santé publique des collectivités inuites et des Premières nations et travaille avec huit bureaux régionaux, les organismes des collectivités inuites et des Premières nations et les autorités de la santé pour appuyer et améliorer une vaste gamme de programmes et d'initiatives de santé publique dans les collectivités inuites et des Premières nations. Cette Direction supervise les programmes et les initiatives au moyen de ses deux catégories de programmes : Contrôle des maladies transmissibles et Santé environnementale et publique (voir l'annexe C).

Le contrôle des maladies transmissibles constitue un élément essentiel de la protection de la santé publique. Il s'agit d'une préoccupation particulière pour les collectivités inuites et des Premières nations dans les réserves, où le fardeau des maladies infectieuses est plus élevé que pour le reste de la population canadienne. Les programmes sont offerts directement par Santé Canada et par le biais d'accords de contribution. Les activités de programme visent à réduire l'incidence, la propagation et les effets sur la santé humaine des maladies transmissibles. Les programmes offerts par le biais d'accords de contribution sont axés sur la vaccination et les maladies évitables et visent à améliorer la santé au moyen d'activités de prévention des maladies et de promotion de la santé dans les collectivités inuites et des Premières nations dans les réserves. Environ 12 M\$ sont transférés chaque année aux bénéficiaires pour appuyer les activités de la catégorie du Contrôle des maladies transmissibles.

La catégorie de la Santé environnementale et publique représente l'autre élément essentiel de la protection de la santé publique. Les programmes sont offerts directement par Santé Canada et par le biais d'accords de contribution. La Direction appuie les bureaux régionaux dans la prestation des programmes aux collectivités des Premières nations, dans des activités telles que la qualité de l'eau potable, la salubrité des aliments et la qualité de l'air à l'intérieur ainsi que la détermination des risques pour la santé découlant du changement climatique et des polluants provenant de l'environnement. Environ 17 M\$ sont transférés chaque année aux bénéficiaires afin d'appuyer les activités liées à la santé environnementale et publique.

Les catégories de Contrôle des maladies transmissibles et de Santé environnementale et publique ont une incidence directe sur la santé et la sécurité des membres de la collectivité et la population en général. Étant donné que Santé Canada ne dispose pas de lois sur la santé publique, qui s'appliquent dans les réserves, le Ministère est guidé par des cadres législatifs provinciaux et des suppléments, et il appuie les programmes de santé provinciaux et territoriaux à l'intention des collectivités inuites et des Premières nations à partir de politiques plutôt que de lois.

## **2. Objectif de l'audit**

L'audit visait à fournir l'assurance que les paiements de transfert de la protection de la santé publique sont gérés au moyen d'un cadre de contrôle efficace, et que les paiements de transfert sont conformes à la *Politique sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor.

## **3. Portée de l'audit**

L'audit était axé sur les contrôles de gestion de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, liés à la gouvernance, à la gestion des risques et aux contrôles internes pour les paiements de transfert relevant de la sous-activité de la Protection de la

santé publique. Les tests comprenaient des aspects des accords de contribution des deux derniers exercices financiers, soit 2011-2012 et 2012-2013.

#### 4. Méthode de l'audit

L'audit a été effectué conformément à la *Politique sur la vérification interne* du Conseil du Trésor du Canada et en collaboration avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. La méthode de l'audit était composée de multiples étapes visant à confirmer les champs d'enquête et les critères présentés à l'annexe A. Elle comprenait :

- des entrevues avec les principaux membres du personnel de l'administration centrale et des régions participant à la gestion des catégories de programmes;
- un examen des documents liés à la gouvernance, à la gérance, à la gestion des risques, aux résultats et au rendement;
- une évaluation des systèmes de gouvernance, de gestion des risques et de contrôles internes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pour les trois avantages dans la portée de l'audit;
- la réalisation d'un examen détaillé d'un échantillon des opérations de paiements de transfert.

L'audit a été prévu et tenu au moyen de l'élaboration d'un programme d'évaluation des risques et d'audit. L'audit portait sur un échantillon de 28 accords de contribution choisis de manière stratégique et de 32 paiements qui ont fait l'objet de multiples analyses. D'autres tests ont également été effectués sur 12 créditeurs à la fin de l'exercice.

Du travail sur place a également été effectué à l'administration centrale et dans les bureaux de la Saskatchewan et du Manitoba. Les lieux du travail sur place ont été déterminés après une analyse du nombre d'accords de contribution (voir l'annexe E), le nombre de bénéficiaires ayant reçu plus de 500 000 \$ au cours des deux derniers exercices financiers (voir l'annexe F) et les risques du programme. Ensemble, ces trois lieux représentent 53 pourcent du total de l'argent dépensée en paiements de transfert pour la protection de la santé publique au cours des exercices 2011-2012 et 2012-2013.

#### 5. Énoncé de conformité

Selon le jugement professionnel du dirigeant principal de la vérification, des procédures suffisantes et appropriées ont été suivies, et des preuves ont été recueillies pour attester de l'exactitude de la conclusion de l'audit. Les constatations et la conclusion de l'audit sont basées sur une comparaison des conditions qui existaient à la date de l'audit, par rapport à des critères établis en collaboration avec la direction. De plus, les renseignements probants ont été réunis conformément aux *Normes relatives à la vérification interne au sein du gouvernement du Canada* et aux *Normes internationales pour la pratique professionnelle de la vérification interne*. L'audit est conforme aux *Normes relatives à la vérification interne au sein du gouvernement du Canada*, tel qu'appuyé par les résultats du programme de l'assurance de la qualité et de l'amélioration.

## B - Constatations, recommandations et réponses de la direction

### 1. Gouvernance

#### 1.1 Orientation stratégique

*Critère d'audit : La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits planifie l'affectation stratégique des ressources à la sous-activité de la Protection de la santé publique.*

La planification et l'établissement des priorités font partie du processus de renforcement de la protection de la santé publique et devraient être utilisées comme outils pour la prise de décisions en matière d'affectation des ressources. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits communique ses objectifs et priorités au moyen du *Plan stratégique de la Direction générale : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*. Le Plan opérationnel de la Direction générale découle du Plan stratégique. Le Plan opérationnel présente en détail les attentes de la direction à l'égard de six priorités ministérielles et de 22 initiatives importantes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Tant les activités de la catégorie du Contrôle des maladies transmissibles que celles liées à la catégorie de la Santé environnementale et publique disposent d'un cadre de programmes qui dresse la liste des principales priorités et initiatives pour leurs programmes respectifs issus du Plan opérationnel de la Direction générale. Le Cadre de responsabilisation de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits comporte trois objectifs : la santé de la population et la prestation de services axée sur la qualité; permettre la prestation des services à l'échelle locale en fonction des besoins de la population et optimiser les ressources au moyen de mesures rentables.

L'affectation du financement entre les régions (tant pour les activités de la catégorie du Contrôle des maladies transmissibles que pour celle de la Santé environnementale et publique) est fondée historiquement et repose sur l'enveloppe des services de santé destinés aux Indiens de 1976. Le processus d'affectation comprend une formule communément appelée la *formule de Berger*, d'après le juge Berger, qui l'a conçue en 1982 après des consultations avec les Premières nations dans le cadre de l'*Initiative Grandir ensemble*. Elle tient compte de la population et du nombre de collectivités, et elle est utilisée pour affecter le financement depuis ce temps. La formule pour le Contrôle des maladies transmissibles a été revue en 2006 afin de tenir compte des différences du fardeau des maladies infectieuses dans certaines régions, à partir des données de 2001, mais elle n'a pas changé depuis. En ce qui concerne la catégorie de la Santé environnementale et publique, il n'y a pas eu d'examen systématique autre que la taille de la population des collectivités inuites et des Premières nations. Actuellement, la Direction générale affecte des fonds en fonction des différences en matière de besoins provinciaux et de l'éloignement/isolément des collectivités.

L'audit permet de tirer la conclusion que la Direction générale planifie l'affectation des ressources en matière de protection de la santé publique en utilisant une formule précise. Cependant, il serait utile d'examiner la formule de manière périodique pour tenir compte des changements d'une année à l'autre. Toute modification importante devrait être mise en évidence dans le cadre d'un exercice de gestion des risques (voir la recommandation 2).

## 1.2 Rôles et responsabilités

*Critère d'audit : Les rôles et les responsabilités liés à la gouvernance des paiements de transfert et à la responsabilisation sont consignés.*

Les paiements de transfert représentent une importante partie des dépenses de Santé Canada et touchent chaque jour la vie des collectivités des Premières nations. Afin que le Ministère travaille aussi efficacement que possible, il est important que les rôles et les responsabilités soient clairement définis, en particulier pour les programmes gérés de façon centralisée, mais offerts à l'échelle régionale.

Les rôles et les responsabilités de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits sont consignés dans le *Manuel des procédures opérationnelles normalisées sur les subventions et les contributions* de Santé Canada et le « *Livre des connaissances* » de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Les deux documents sont accessibles dans l'intranet. Essentiellement, quatre unités touchent directement la gestion des ententes de transfert : la Direction des conseils interprofessionnels et aide aux programmes, la Direction de la politique stratégique, planification et information, la Division des accords de financement en matière de santé et les bureaux régionaux.

La **Direction des conseils interprofessionnels et aide aux programmes** est responsable de la prestation des soins de santé primaires en partenariat avec les autorités de la santé des collectivités inuites et des Premières nations et Inuits. Dans cette Direction, les divisions du Contrôle des maladies transmissibles et de la Santé environnementale et publique sont responsables de l'élaboration globale des politiques et de la coordination des comités.

La **Direction de la politique stratégique, planification et information** offre un appui et des conseils en matière de politique et de planification stratégiques aux cadres supérieurs et aux bureaux régionaux sur les principales questions et initiatives liées à la santé. Elle participe également à l'analyse, à la coordination et à l'intégration des politiques horizontales et interdirectionnelles, aux analyses quantitatives, à la coordination des politiques, aux relations intergouvernementales, aux mesures de rendement, à la liaison avec les auditeurs, à la planification opérationnelle et à la production de rapports ainsi qu'à la planification stratégique.

Le rôle de la **Division des accords de financement en matière de santé** consiste à élaborer des outils et des processus, de fournir des modèles de financement pour les accords de contribution et d'élaborer des politiques et des pratiques de responsabilisation. La Division maintient également le *Système de gestion des contrats et contributions* de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, qui fournit de l'information sur la prestation et la gestion des subventions et des contributions à plus de 1 100 usagers partout au pays. Enfin, elle joue un rôle dans l'adoption du nouveau *Système de gestion de l'information sur les subventions et contributions*, qui est appuyé par Affaires autochtones et Développement du Nord Canada.

Les **bureaux régionaux** sont responsables de la prestation directe des programmes avec les collectivités inuites et des Premières nations. Chaque région a une unité responsable d'intégrer tous les programmes aux accords de contribution avec chaque collectivité. Ces



unités sont généralement dotées d'agents de liaison avec la collectivité. Chaque catégorie, tel que celle de la Santé environnementale et publique et celle du Contrôle des maladies transmissibles, a à son service des agents de programme qui surveillent la prestation du programme dans chaque collectivité. En décembre 2011, le Ministère a réintégré les opérations régionales liées à la santé des collectivités inuites et des Premières nations à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits afin qu'elle puisse appuyer les opérations régionales. Le changement le plus important touchant les opérations régionales est que les régions rendent maintenant compte au sous-ministre adjoint, Opérations régionales. En raison de la restructuration de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, la délégation de la responsabilisation à l'égard de certains contrôles a été transférée aux bureaux régionaux. Des entrevues et des documents révèlent que l'information circule régulièrement entre l'administration centrale et les bureaux régionaux.

Les rôles et responsabilités entre l'administration centrale et les opérations régionales étaient documentés et validés auprès des gestionnaires de programme dans tous les sites visités, et l'audit fait ressortir qu'ils connaissent leurs rôles et responsabilités liés à la gestion des paiements de transfert.

### ***1.3 Rapports sur le rendement***

***Critère d'audit :*** *La gouvernance et la responsabilisation pour les paiements de transfert de la sous-activité de Protection de la santé publique se font au moyen d'une stratégie de mesure du rendement.*

Les rapports sur le rendement représentent une partie importante d'une gestion et d'une responsabilisation efficaces. Les rapports sur le rendement devraient aider à favoriser une attitude d'amélioration continue et créer un effet de rétroaction où les rapports sur les activités et le rendement fournissent de l'information importante pour permettre une meilleure prise de décisions au prochain cycle de planification.

La Stratégie de mesure du rendement a été revue en 2010-2011 conjointement avec l'administration centrale de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et les représentants régionaux. La responsabilité de la mise en œuvre de la stratégie incombe aux gestionnaires des programmes, surtout dans les bureaux régionaux, au moyen d'interactions avec les collectivités. La stratégie met l'accent sur l'accès des clients aux programmes et aux services, sur la sensibilisation aux questions de santé, au renforcement de la capacité des travailleurs de la santé, la collaboration et les partenariats ainsi que la prestation de services. L'outil de mesure du rendement comprend des indicateurs des résultats escomptés et du rendement, qui cadrent avec les résultats escomptés présentés au Conseil du Trésor en 2010 à l'égard du renouvellement des programmes.

On fait le suivi des résultats financiers de chaque accord de contribution de diverses façons, principalement au moyen d'états financiers semestriels selon les exigences en matière de rapport comprises dans l'accord du bénéficiaire. On fait le suivi des résultats non financiers au moyen du Modèle de rapport communautaire. Les données recueillies sont utilisées à diverses fins : surveiller les progrès réalisés par rapport à l'atteinte des résultats, rendre compte des évaluations au milieu et à la fin de l'exercice et intégrer ces données aux rapports ministériels sur le rendement ainsi que dans les présentations au Conseil du Trésor pour le renouvellement des programmes.

## Rapport communautaire annuel

Le rapport communautaire annuel est une collecte et une analyse annuelles des renseignements à l'égard du rendement du programme dans un effort continu d'appuyer les bénéficiaires. Il s'agit d'une exigence obligatoire du bénéficiaire. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits utilise certains renseignements pour élaborer les rapports communautaires, régionaux et nationaux. Les renseignements recueillis peuvent également être communiqués au Conseil du Trésor afin de démontrer la conformité à la *Politique sur les paiements de transfert*.

Des lignes directrices pour les attentes en terme de rapport sont fournies dans le document intitulé *Rapport communautaire : Guide pour les Premières nations et les Inuits*. Ce guide donne des instructions détaillées, des définitions, des exemples de réponses et des listes d'acronymes pour aider à remplir le Modèle de rapport communautaire. Le rapport comporte environ 50 pages et comprend de nombreuses questions et des tableaux ouverts à remplir.

Les bureaux régionaux reçoivent des bénéficiaires le rapport rempli et le versent dans le Système de gestion des contrats et des contributions. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a la capacité de l'extraire de cette base de données. Toutefois, il ressort clairement d'une analyse des sections des rapports communautaires ainsi que d'entrevues avec les gestionnaires de programme que même si l'information recueillie répond aux exigences attendues en matière de production de rapports, le processus pourrait être amélioré pour recueillir de l'information plus significative pour la gestion des programmes. Les questions du rapport sont très structurées et ne tiennent pas compte du contexte individuel tel que des explications relatives aux lacunes dans les services. Par exemple, une réponse « oui » ou « non » n'indique pas toujours la raison derrière une situation particulière dans une collectivité. Les gestionnaires de programme doivent souvent consulter la collectivité pour obtenir d'autres renseignements afin de mieux offrir l'appui nécessaire au programme. En raison des limites du processus de production de rapports, la plupart des régions comptent sur les renseignements recueillis à l'aide d'autres systèmes de surveillance et de production de rapports.

Au sein de la Direction de la politique stratégique, planification et information, le Groupe de la gestion du rendement produit un rapport de synthèse sur les résultats nationaux et régionaux agrégés pour les six catégories de programmes générales, y compris le Contrôle des maladies transmissibles. Ce rapport de synthèse complète l'information obtenue des rapports annuels régionaux sur la gestion du rendement, présentés par les responsables des programmes régionaux.

Le processus de production de rapports communautaires devrait être amélioré afin de mieux concorder avec les autres cadres de production de rapports et les normes de prestation de programmes et de services. Cela peut être fait tout en allégeant le fardeau en matière de rapports et en améliorant la comparabilité des données dans le temps et avec d'autres sources.

## **Recommandation 1**

*Il est recommandé que le sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits examine l'outil de production de rapports communautaires pour recueillir de l'information liée au rendement des programmes.*

### **Réponse de la direction**

La direction souscrit à cette recommandation.

L'outil de production de rapports communautaires est examiné de façon à ce que l'analyse finale permette de mieux produire des rapports sur les objectifs et les résultats des programmes afin d'effectuer un meilleur suivi des améliorations dans le temps et de mieux lier les résultats aux activités de programme.

L'exercice d'examen des outils de production de rapports nécessite l'élaboration de plusieurs nouveaux indicateurs de rendement sur le contrôle des maladies transmissibles, la santé environnementale et publique, et les mesures de rendement pour plusieurs programmes de soins de base (incluant le bien-être mentale). Le travail à réviser les questions à l'objectif de reportage sera effectué en même temps que les examens des stratégies de mesure du rendement de chacun des programmes.

Le nouvel outil de production de rapports sera mis en œuvre en trois étapes. Au cours de la première étape, on mettra à l'essai de 20 à 40 collectivités. À la deuxième étape, on mettra à l'essai un échantillon plus vaste, et la mise à l'essai de la troisième étape portera sur le reste des collectivités. Le lancement de la première étape est prévu en mars 2015.

## **2. Gestion des risques**

### **2.1 Gestion des risques**

*Critère d'audit: Les risques externes et internes associés à la sous-activité de la Protection de la santé publique sont cernés, évalués et gérés.*

Selon l'administrateur en chef de la santé publique, la santé publique consiste à prévenir les maladies et à optimiser la santé. En cherchant à garder les collectivités inuites et des Premières nations en santé, le système de santé publique peut aider à atténuer certaines des pressions exercées sur les hôpitaux et les établissements de soins de courte durée. La détermination et l'évaluation des risques des programmes associés aux maladies transmissibles et à la santé environnementale seraient une étape importante pour atteindre ces objectifs du programme de santé publique.

Dans le cadre du Processus de planification opérationnelle intégrée annuel, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits détermine les risques associés aux activités prévues pour l'exercice, y compris des évaluations détaillées des risques et des stratégies d'atténuation. Ces risques sont examinés par le Comité de la haute direction en fonction de l'incidence du risque et de la probabilité que le risque survienne. La liste porte sur les risques communs à tous les programmes de la Direction générale.

Certains risques liés à la protection de la santé publique ont été cernés par la Direction générale au cours de l'exercice de renouvellement du programme en 2010, notamment les risques liés à la capacité d'offrir le programme, aux activités cadrant avec les accords de contribution et à la communication. Toutefois, il n'existe aucun registre de risques particuliers liés à la protection de la santé publique pour la catégorie de programmes. Dans le but d'offrir une évaluation des risques plus exhaustive, l'exercice actuel devrait tenir compte des risques externes tels que les événements naturels et les interdépendances avec les autres entités fédérales, ainsi que des risques internes tels que les risques juridiques et le respect des divers règlements (par exemple, la *Loi sur la gestion des finances publiques*) et politiques par exemple, la *Politique sur les paiements de transfert*). Un exercice d'évaluation des risques, réalisé pour chaque catégorie de programmes, constituerait une approche plus méthodique à la gestion des risques propres aux catégories de la Santé environnementale et publique et du Contrôle des maladies transmissibles.

### **Recommandation 2**

*Il est recommandé que le sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits élabore un registre des risques pour la catégorie de la Santé environnementale et publique et mette à jour les risques pour la catégorie du Contrôle des maladies transmissibles.*

### **Réponse de la direction**

La direction souscrit à cette recommandation.

La gestion des risques s'avère une activité importante pour la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Par conséquent, la direction détermine chaque année les risques pour la Direction générale. À compter du cycle de planification 2014-2015, chaque catégorie (Contrôle des maladies transmissibles et Santé environnementale et publique) déterminera et fera concorder toutes les activités de la catégorie en lien avec les risques pour la Direction générale. La Direction générale sera donc mieux placée pour planifier selon les risques déterminés et rendre compte des activités et du financement associés à chacun des risques pour la Direction générale dans l'Architecture d'alignement des programmes (ou catégorie).

## **3. Contrôles internes**

### **3.1 Conformité**

*Critère d'audit : Les accords de contribution, y compris les modèles de financement, respectent la Politique sur les paiements de transfert.*

La *Politique sur les paiements de transfert* vise à s'assurer que les programmes de paiement de transfert sont gérés avec intégrité, transparence et responsabilité, d'une manière sensible aux risques; qu'ils sont centrés sur les citoyens; et qu'ils sont conçus et livrés pour répondre aux priorités du gouvernement dans la réalisation de résultats pour les Canadiens.

La *Directive sur les paiements de transfert*, plus précisément ses annexes G (Dispositions des ententes de financement pour contributions), H (Dispositions des ententes de financement pour financement pluriannuel initial) et K (Paiements de transfert aux bénéficiaires autochtones), donne une liste des exigences pertinentes aux accords de contribution faisant l'objet d'un examen. Les éléments qui y sont présentés sont obligatoires ou ils doivent être examinés, le cas échéant.

Au total, 28 accords de contribution ont été échantillonnés et examinés : 10 de la région de la capitale nationale, 9 du Manitoba et 9 de la Saskatchewan. Au total, 3 des 28 échantillons étaient en œuvre avant la *Politique sur les paiements de transfert de 2008* et étaient donc exemptés de certaines des exigences. Un total de 36 clauses devraient se trouver dans les accords pour les 25 accords restants. Les résultats des tests révèlent que ce ne sont pas tous les accords qui comprennent toutes les clauses exigées par la *Directive sur les paiements de transfert*. La clause sur :

- la « reconnaissance du financement fédéral » était présente dans 68 pourcent des accords examinés (17 sur 25).
- l'« avis au bénéficiaire que des renseignements peuvent être rendus publics » se trouvait dans seulement 40 pourcent des accords (10 sur 25).
- le « règlement des différends » était comprise dans 50 pourcent des accords (14 sur 28). Aucun des 10 accords dans la région de la capitale nationale ne comprenait une clause sur les différends et 2 accords au Manitoba ainsi que 2 accords en Saskatchewan ont également omis la clause.
- les « langues officielles » était présente dans 75 pourcent des accords (21 sur 28). Au total, 6 accords sur les 7 qui ne comprenaient pas cette clause étaient au Manitoba.
- le « lobbying » était présente dans 89 pourcent des accords (25 sur 28). Les 3 accords qui ne comprenaient pas cette clause étaient en Saskatchewan. Les conséquences les plus probables des clauses absentes sont des différends entre les bénéficiaires et le Ministère, et peut-être des incidents publics.

Dans l'ensemble, les accords de contribution échantillonnés comportaient la majorité des clauses pertinentes en vertu de la *Directive sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor. Toutefois, un seul dossier comportait toutes les clauses pertinentes. En ce qui concerne les 27 autres dossiers examinés, chacun d'eux avait au moins une clause manquante. À l'avenir, les accords de contribution devraient comporter toutes les clauses afin qu'ils soient conformes aux attentes du Conseil du Trésor.

### **Recommandation 3**

*Il est recommandé que les sous-ministres adjoints de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits mettent à jour les accords de contribution pour intégrer toutes les clauses pertinentes énumérées dans la Directive sur les paiements de transfert.*

### ***Réponse de la direction***

La direction souscrit à cette recommandation.

La Directive sur les paiements de transfert de 2008 a été intégrée aux modèles de contribution 2010-2011 en 2009. Récemment, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a adopté et mis en œuvre le Manuel des rapports de clôture d'exercice et les modèles d'états financiers consolidés uniformes 2012-2013 d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada à l'intention de ses bénéficiaires autochtones.

Au cours du prochain exercice, ces modèles seront examinés pour inclure toutes les clauses pertinentes étant donné que la DGSPNI se tourne vers un modèle d'accords de contribution en collaboration avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. La nouvelle collaboration avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada est un grand projet qui aura comme résultat un changement majeur dans la façon dont la DGSPNI gère ses programmes de paiements de transfert. La Direction générale, en consultation avec leurs partenaires, a une stratégie de mise-en-œuvre de deux ans.

### ***3.2 Évaluation des bénéficiaires***

***Critère d'audit :*** La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits dispose de procédures pour évaluer la capacité des bénéficiaires à déterminer les décisions en matière de modèle de financement.

Une saine gestion des accords de contribution dépend de la capacité des bénéficiaires de gérer les fonds. La capacité et la disposition du bénéficiaire sont tributaires de l'admissibilité, du rendement antérieur, du statut juridique et du mandat. Le choix du modèle de financement et son niveau de flexibilité inhérent pour les activités des bénéficiaires découlent de l'évaluation des bénéficiaires.

La *Directive sur les paiements de transfert* renvoie à trois modèles de financement pour les bénéficiaires autochtones : fixe, souple et global. Les accords fixes permettent *le moins* de souplesse, et les accords globaux permettent *le plus* de souplesse. Étant donné que les activités de protection de la santé publique sont obligatoires, l'argent transféré aux catégories de Contrôle des maladies transmissibles et de Santé environnementale et publique doit être dépensé pour ces activités. Par conséquent, les activités de protection de la santé publique sont des portions fixes d'accords souples ou globaux. Dans ce cas, la capacité du bénéficiaire est moins un facteur étant donné qu'il n'y a aucune souplesse quant à la manière dont l'argent est dépensé. Cela dit, des évaluations de la gestion des programmes et des finances doivent être effectuées sur l'ensemble des accords avec les collectivités.

Avant de choisir un modèle de financement souple ou global, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits évalue le rendement antérieur ainsi que les capacités de gestion des finances et des programmes du bénéficiaire. En fonction du modèle de financement choisi, le bénéficiaire doit être capable de produire un plan de travail pluriannuel ou un plan de santé pluriannuel, qui doit être examiné et approuvé par le ministère. Le plan est examiné par une équipe multidisciplinaire et des recommandations sont présentées au

directeur régional.

Des tests d'audit sur les accords échantillonnés révèlent que cela a été fait.

### **3.3 Surveillance des bénéficiaires – Analyse des risques**

***Critère d'audit :** La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits analyse les risques du bénéficiaire afin d'établir la nécessité d'une intervention et d'ajuster les niveaux de surveillance.*

La *Politique sur les paiements de transfert* met l'accent sur la nécessité d'effectuer une gestion efficace des risques dans l'administration des programmes de subventions et de contributions et précise les responsabilités des ministres et des sous-ministres afin de garantir que les risques sont gérés d'une manière axée sur les citoyens et les bénéficiaires. En réponse à la politique, Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada ont mis en œuvre le Cadre de gestion intégrée du portefeuille de la santé pour les subventions et les contributions. Le cadre tient compte de la tolérance au risque des cadres supérieurs et établit le mandat pour les outils et les processus de gestion des risques, y compris l'outil automatisé – Gestion du risque de l'entreprise.

L'outil de gestion du risque de l'entreprise est un outil informatique qui permet aux agents de programme d'évaluer les risques associés aux subventions et aux contributions. Le but consiste à aider les responsables des secteurs de programme à gérer les risques associés aux ententes (projets) de financement et aux bénéficiaires. Le système de gestion du risque de l'entreprise comprend le module de l'Outil d'évaluation du risque relatif au bénéficiaire/à l'entente pour évaluer et gérer les risques liés aux ententes de financement (projets) individuelles et aux bénéficiaires.

L'exercice de la Gestion du risque de l'entreprise - Outil d'évaluation du risque relatif au bénéficiaire/à l'entente classe les risques en trois catégories : faibles, moyens et élevés. En plus, la Gestion du risque de l'entreprise - Outil d'évaluation du risque relatif au bénéficiaire/à l'entente prévoit une stratégie de tolérance au risque pour les niveaux de risque dans trois catégories de risque global, soit le rendement, les risques de l'audit et les risques financiers. En conséquence, plusieurs mesures peuvent être entreprises telles que les restrictions des avances, la retenue des paiements ou même un audit du bénéficiaire pour ceux à risque élevé.

Une évaluation des risques était documentée dans 27 des 28 ententes échantillonnées. Dans l'ensemble, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits analyse le risque du bénéficiaire afin d'établir la nécessité d'intervention et d'ajuster les niveaux de surveillance.

### **3.4 Surveillance des bénéficiaires – Responsabilisation**

*Critère d'audit : La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits reçoit des documents relatifs à la responsabilisation conformément aux modalités de l'entente.*

Chaque accord de contribution comporte des exigences en matière de rapport que le bénéficiaire doit respecter en temps opportun pour permettre aux gestionnaires de programmes d'effectuer le suivi des activités du bénéficiaire. Si les rapports du bénéficiaire ne sont pas produits avant l'échéance convenue (habituellement 45 jours), les responsables du programme pourraient retenir le financement des programmes non obligatoires. Dans les accords de contribution échantillonnés, les exigences en matière de rapport comprenaient des états financiers provisoires et annuels ainsi qu'un rapport annuel sur les activités. En ce qui concerne les accords souples et globaux, une troisième exigence en matière de rapport était un rapport d'audit annuel.

Il y a eu des cas de production tardive de rapports : deux états financiers, un rapport sur les activités et un rapport d'audit. Dans chacun des cas, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a pris des mesures pour effectuer le suivi auprès du bénéficiaire pour obtenir les rapports en retard.

Par conséquent, les accords de contribution échantillonnés ont démontré que la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits reçoit les documents relatifs à la responsabilisation conformément aux modalités des accords de contribution.

### **3.5 Surveillance des bénéficiaires – Dépenses admissibles**

*Critère d'audit : La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits dispose d'un processus pour approuver et valider l'admissibilité des dépenses conformément aux modalités de l'accord.*

L'audit a permis de démontrer que les dépenses admissibles ont été déclarées et approuvées. Les accords de contribution comprenaient une proposition ou un plan de santé préparé par le bénéficiaire et une évaluation par les gestionnaires de programmes, décrivant ce que le bénéficiaire a l'intention d'accomplir avec le financement ainsi que les diverses exigences en matière de rapport.

Toutefois, il a été difficile de confirmer l'admissibilité des dépenses parce que ni les plans ni les annexes ne décrivaient clairement les catégories de dépenses admissibles. En général, dans les accords de contribution, on décrit les dépenses admissibles comme étant « *des biens et des services directement liés à l'exécution des responsabilités du bénéficiaire conformément au présent accord* ». Selon cette définition, le bénéficiaire pourrait ne pas comprendre clairement ce qui constitue une dépense admissible.

La direction fait remarquer que les modalités approuvées permettent de vastes catégories génériques de dépenses admissibles. Toutefois, pour ce qui est de la conception de programme, les dépenses admissibles devraient être définies aux fins des accords de contribution. L'annexe G de la *Directive sur les paiements de transfert* stipule que les accords de contribution devraient comprendre « le type et la nature des dépenses jugées



admissibles » ainsi que « tout plafond imposé aux montants payables pour certaines catégories de coûts admissibles, et la latitude, pour le bénéficiaire, de répartir le financement entre des catégories de coûts ». De plus, dans le cadre d'audits de bénéficiaires récents, (2011-2012) la recommandation la plus commune émise par les auditeurs demandait aux bénéficiaires d'identifier les activités et les dépenses admissibles. Pour que ceci se produise, les dépenses admissibles doivent être bien définies dans l'accord afin d'éviter les incohérences ou les mauvaises interprétations dans les rapports sur les dépenses des bénéficiaires. Dorénavant, la direction affirme que les nouveaux modèles d'accords de contribution devraient permettre à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de préciser les catégories de dépenses admissibles plus clairement.

### **3.6 Versement des paiements**

*Critère d'audit : La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits verse des paiements conformément à l'entente de financement et à la Loi sur la gestion des finances publiques.*

Afin de fournir l'assurance que les paiements ont été versés conformément aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et conformément aux modalités de l'accord de contribution, un échantillon de 32 transactions de paiement provenant de 28 accords de contribution ont été testées. L'équipe d'audit a effectué des tests afin de déterminer si les documents présentés étaient conformes aux exigences établies dans les accords et de déterminer si les documents étaient suffisants pour appuyer le paiement. De plus, on a testé l'exactitude et la conformité des paiements avec l'article 32 (engagement des fonds) et l'article 34 (attestation que les biens et les services ont été offerts conformément à l'entente de financement et à la Loi).

Toutes les transactions de paiement échantillonnées ont démontré que le processus et les contrôles étaient appliqués avec uniformité et que les paiements étaient versés conformément à la Loi et à l'entente de financement. De plus, l'approbation a été donnée par un agent autorisé.

L'audit a aussi permis l'examen d'un échantillon des crédateurs à la fin de l'exercice parce que de telles transactions exigent une attestation des gestionnaires responsables en vertu de l'article 34. Les crédateurs à la fin de l'exercice sont des obligations financières à l'égard des entrepreneurs, des bénéficiaires ou des employés à la suite de transactions, de services rendus ou de faits vérifiables qui surviennent avant la fin de l'exercice financier. Les crédateurs à la fin de l'exercice visent à appairer les dépenses aux crédits parlementaires pour un exercice financier en particulier. En ce qui concerne les accords de contribution payés par versements, le dernier versement d'une année donnée peut être retardé et établi comme un crédateur à la fin de l'exercice. Toutefois, ils ne devraient pas être fondés uniquement sur les engagements ouverts ou utilisés pour les dépenses de l'exercice subséquent.

Lorsqu'on a testé de façon aléatoire un échantillon de 8 crédateurs à la fin de l'exercice enregistrés en avril 2011, 7 n'étaient toujours pas réglés après 4 mois. Au total, 6 ont finalement été réglés le mois suivant. Toutefois, 1 crédateur à la fin de l'exercice (d'une valeur de 29 610 \$) était toujours non réglé le 9 juillet 2013 (27 mois plus tard). De plus, dans la moitié des cas, la justification de l'accumulation de ces crédateurs à la fin de l'exercice n'était pas explicite. En plus, dans l'une des régions, un calendrier des crédateurs à la fin de

l'exercice de 2010-2011 montrait 209 000 \$ non réglés de l'exercice précédent. Les crédateurs à la fin de l'exercice en suspens ont un impact sur les dépenses déclarées et, par conséquent, devraient être résolus en temps opportun.

En 2009, la Direction générale du contrôleur ministériel a intégré des améliorations au processus de mise en place des crédateurs à la fin de l'exercice. Le processus exige que les agents de programmes remplissent une Demande d'établissement de crédateur à la fin de l'exercice et qu'ils attestent que le service est offert en vertu de l'article 34 de la Loi. L'agent financier principal de la Direction générale ou de l'agent financier principal régional doit alors déterminer si les documents et la justification de l'établissement de la dette sont raisonnables. Lorsque l'exercice financier débute, les paiements sont appariés avec leur crédateur à la fin de l'exercice respectif lorsque les modalités de l'entente sont respectées et que les montants inutilisés sont fermés. Aux mois d'août et de septembre, le Secteur de la comptabilité centrale et des rapports de la Direction générale du contrôleur ministériel envoie une demande à l'agent financier principal de la Direction générale ou à l'agent financier principal régional afin qu'il examine les crédateurs à la fin de l'exercice non réglés. En conséquence des nouvelles améliorations, les soldes des crédateurs à la fin de l'exercice des paiements de transfert ont baissé de 52 pourcent depuis 2007-2008. Les crédateurs à la fin de l'exercice reportés des exercices précédents ont également été réduits de 80,3 pourcent au cours de la même période. Au début d'avril 2013, il y avait moins de 10,5 M\$ de crédateurs à la fin de l'exercice reportés des exercices précédents; toutefois, 2,8 M\$ étaient reportés depuis deux ans.

Au moment de l'audit, la surveillance des crédateurs à la fin de l'exercice incombait à chacun des agents financiers principaux régionaux, et l'administration centrale effectuait également une certaine surveillance. Depuis ce temps, les opérations comptables ont été consolidées de 14 bureaux comptables ministériels à deux centres comptables menant à des méthodes de comptabilité plus normalisées. À cet égard, les deux centres comptables seront bientôt responsables pour le recodage et le réglage des crédateurs à la fin de l'exercice. Cependant, les agents financiers principaux de la Direction générale et les agents financiers principaux régionaux continueront à jouer un rôle dans l'examen et l'approbation des demandes de crédateurs à la fin de l'exercice et dans la surveillance ultérieure des soldes de crédateurs à la fin de l'exercice tout au long de l'année afin d'assurer que les crédateurs soient réglés en temps opportun. Étant donné que la nouvelle approche a été tout récemment mise en œuvre, l'efficacité opérationnelle doit être surveillée davantage. Une observation similaire a été effectuée pour une vérification interne récente, l'Audit des services internes régionaux, et l'on recommande au contrôleur ministériel de surveiller l'efficacité opérationnelle du processus de crédateurs à la fin de l'exercice dans les nouveaux centres de comptabilité. La recommandation et le plan d'action de la direction qui accepte de surveiller le processus de crédateurs à la fin de l'exercice dans les centres serviront à donner suite à la constatation présentée dans le présent rapport d'audit.

## C - Conclusion

Les principaux objectifs de Santé Canada en ce qui concerne la santé des collectivités inuites et des Premières nations consistent à améliorer les résultats de santé, garantir l'existence de services de santé de qualité et l'accessibilité à ces services ainsi qu'appuyer un meilleur contrôle du système de santé par les Premières nations. L'un des moyens d'atteindre cet objectif est par le biais des accords de contribution pour la sous-activité de la Protection de la santé publique où des fonds sont versés aux bénéficiaires de programmes pour contrôler et gérer les maladies transmissibles ainsi que de programmes liés à la santé environnementale pour surveiller la salubrité de l'eau potable et les questions liées à la santé environnementale et aux polluants.

Les activités liées aux paiements de transfert de la sous-activité de la Protection de la santé publique sont bien planifiées. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits administre le programme au moyen d'un plan stratégique et les fonds sont affectés à partir d'une formule de financement. Même si le personnel est soucieux des risques, les responsables du programme devraient effectuer un exercice officiel de détermination et d'évaluation des risques propres au programme tant pour la catégorie de la Santé environnementale et publique que pour celle du Contrôle des maladies transmissibles. Lorsque les risques seront déterminés et évalués, la direction sera mieux placée pour élaborer des stratégies d'atténuation pour réduire les risques associés à la santé des collectivités inuites et des Premières nations.

La direction dispose d'un mécanisme qui permet aux collectivités de rendre compte du rendement des programmes et des services de santé. Le rapport communautaire annuel est une collecte et une analyse annuelles des renseignements à l'égard du rendement du programme dans un effort continu d'appuyer les bénéficiaires. Le rapport devrait être examiné et mis à jour pour tenir compte des données pertinentes sur le rendement.

En ce qui concerne les accords de contribution, l'on a constaté qu'en général, qu'ils sont conformes à la *Politique sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor. Toutefois, certaines clauses exigées n'étaient pas présentes et les accords pourraient être plus précis en ce qui concerne les dépenses et les activités admissibles. Enfin, les paiements sont versés conformément à l'entente de financement et à la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Toutefois, on devrait poursuivre les mesures pour réduire les crédits. De plus, la direction surveille les paiements de transfert en recevant et en examinant, en temps opportun, suffisamment de rapports de responsabilisation des bénéficiaires.

Le rapport d'audit comprend trois recommandations pour aider à renforcer la gestion des paiements de transfert pour la protection de la santé publique des collectivités inuites et des Premières nations.

## Annexe A – Champs d'enquête et critères d'audit

Audit des paiements de transfert pour la Protection de la santé publique des Premières nations et des Inuits	
Titre du critère	Critères d'audit
<b>Champ d'enquête 1 : Gouvernance</b>	
1.1 Orientation stratégique <sup>1</sup>	La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits planifie l'affectation stratégique des ressources à la sous-activité de la Protection de la santé publique.
1.2 Rôles et responsabilités <sup>2</sup>	Les rôles et les responsabilités liés à la gouvernance des paiements de transfert et à la responsabilisation sont consignés.
1.3 Rapports sur le rendement <sup>1,2</sup>	La gouvernance et la responsabilisation pour les paiements de transfert de la sous-activité de Protection de la santé publique se font au moyen d'une stratégie de mesure du rendement.
<b>Champ d'enquête 2 : Gestion des risques</b>	
2.1. Gestion des risques <sup>3</sup>	Les risques externes et internes associés à la sous-activité de la Protection de la santé publique sont cernés, évalués et gérés.
<b>Champ d'enquête 3 : Contrôle interne</b>	
3.1 Conformité <sup>3</sup>	Les accords de contribution, y compris les modèles de financement, respectent la <i>Politique sur les paiements de transfert</i> .
3.2 Évaluation des bénéficiaires <sup>3</sup>	La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits dispose de procédures pour évaluer la capacité des bénéficiaires à déterminer les décisions en matière de modèle de financement.
3.3 Surveillance des bénéficiaires – Analyse des risques <sup>3</sup>	La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits analyse les risques du bénéficiaire afin d'établir la nécessité d'une intervention et d'ajuster les niveaux de surveillance.
3.4 Surveillance des bénéficiaires - Responsabilisation <sup>3</sup>	La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits reçoit des documents relatifs à la responsabilisation conformément aux modalités de l'entente.
3.5 Surveillance des bénéficiaires - Dépenses admissibles <sup>3</sup>	La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits dispose d'un processus pour approuver et valider l'admissibilité des dépenses conformément aux modalités de l'accord.
3.6 Versement des paiements <sup>3</sup>	La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits verse des paiements conformément à l'entente de financement et à la <i>Loi sur la gestion des finances publiques</i> .

<sup>1</sup> Bureau du contrôleur général – Contrôles fondamentaux

<sup>2</sup> *Politique sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor et documents de financement approuvé

<sup>3</sup> Articles 32,33 et 34 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*

## Annexe B - Grille d'évaluation

Critère	Cote	Conclusion	N° de la rec.
<b>Gouvernance</b>			
1.1 Orientation stratégique	AMI	La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits dispose de plans stratégiques et de lignes directrices visant à atteindre l'efficacité opérationnelle du programme. Toutefois, la formule d'affectation du financement devrait être examinée. Cela pourrait être fait pendant l'exercice d'évaluation des risques.	2
1.2 Rôles et responsabilités	S	Les rôles et responsabilités sont clairement définis, bien consignés et bien compris.	
1.3 Rapports sur le rendement	AR	Même s'il existe des rapports raisonnables sur la responsabilisation, les outils pour recueillir de l'information des bénéficiaires doivent être améliorés.	1
<b>Gestion des risques</b>			
2.1 Gestion des risques	AMO	Actuellement, il n'existe aucune approche méthodique pour gérer les risques propres aux catégories de la Santé environnementale et publique ou du Contrôle des maladies transmissibles.	2
<b>Contrôles internes</b>			
3.1 Conformité	AMO	La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits devrait s'assurer que toutes les clauses exigées par la <i>Directive sur les paiements de transfert</i> sont intégrées dans les accords.	3
3.2 Évaluation des bénéficiaires	S	La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits dispose de procédures pour évaluer adéquatement la capacité des bénéficiaires à éclairer leurs décisions à l'égard du modèle financier.	
3.3 Surveillance des bénéficiaires – Analyse des risques	S	La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits analyse les risques du bénéficiaire afin d'établir la nécessité d'une intervention et d'ajuster les niveaux de surveillance.	
3.4 Surveillance des bénéficiaires – Responsabilisation	S	La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits reçoit des documents relatifs à la responsabilisation conformément aux modalités de l'entente.	

Critère	Cote	Conclusion	N° de la rec.
3.5 Surveillance des bénéficiaires – Activités admissibles	AMI	L'admissibilité des dépenses est vérifiée avant le versement du paiement, mais les dépenses admissibles devraient être clairement définies.	
3.6 Versement des paiements	AMI	Les créiteurs à la fin de l'exercice devront être examinés et remis en question pour vérifier la validité et l'exactitude. Une constatation et recommandation similaires se trouvent dans l' <i>Audit des services internes régionaux</i> de 2013.	Voir l'autre audit du Bureau de la vérification et de la responsabilisation du portefeuille

<b>S</b>	<b>AMI</b>	<b>AMO</b>	<b>AR</b>	<b>I</b>	<b>IIM</b>
Satisfaisant	Améliorations mineures requises	Améliorations modérées requises	Améliorations requises	Insatisfaisant	Inconnu; Mesure impossible

## Annexe C – Dépenses pour les soins de santé primaires

### Soins de santé primaires Architecture d'alignement des programmes 3.1, par sous-activité

Soins de santé primaires Architecture d'alignement des programmes 3.1, par sous-activité	Exercice 2011-2012		Exercice 2012-2013	
	Contributions	Exploitation et maintenance traitements et immobilisations	Contributions	Exploitation et maintenance traitements et immobilisations
3.1 - Soins de santé primaires	698 521 455 \$	228 646 370 \$	700 514 842 \$	223 754 579 \$
3.1.1 Promotion de la santé publique	442 055 417 \$	58 487 964 \$	444 490 145 \$	51 788 128 \$
3.1.2 Protection de la santé publique	91 816 193 \$	57 379 665 \$	87 564 638 \$	51 387 815 \$
<b>Contrôle des maladies transmissibles*</b>	13 240 015 \$	13 270 544 \$	10 689 177 \$	12 858 269 \$
<b>Santé environnementale et publique*</b>	17 328 958 \$	22 579 173 \$	17 551 485 \$	20 254 680 \$
<b>Sous-total</b>	<b>30 568 973 \$</b>	<b>35 849 717 \$</b>	<b>28 240 662 \$</b>	<b>33 112 949 \$</b>
KZ2 Surveillance de programme	1 800 523 \$	4 383 105 \$	2 262 235 \$	3 840 909 \$
KZ11 Prestation de services infirmiers	59 446 697 \$	17 146 843 \$	57 061 741 \$	14 433 957 \$
3.1.3 Soins primaires	164 649 845 \$	112 778 741 \$	168 460 059 \$	120 578 636 \$

\* **Zone ombragée – Activité de programme : soins de santé pour les Premières nations et les Inuits – Couverts par le financement approuvé pour les activités de protection de la santé publique**

## Annexe D – Dépenses par élément du programme

### Dépenses par élément du programme pour le Contrôle des maladies transmissibles

Contrôle des maladies transmissibles	Exercice 2011-2012		Exercice 2012-2013	
	Financement des accords de contribution (\$)	Exploitation et maintenance, traitements et immobilisations (\$)	Financement des accords de contribution (\$)	Exploitation et maintenance, traitements et immobilisations (\$)
Contrôle des maladies transmissibles - Élaboration de politiques et de programmes	116,931.00	3,721,453.56	41,802.00	3,525,219.15
Prévention, promotion et éducation en matière de vaccination	1,243,585.00	930,630.16	1,086,265.00	720,103.82
Coordination, planification et production de rapports en matière de vaccination	102,637.00	1,213,414.34	71,638.00	1,632,940.77
Gestion des épidémies de maladies évitables par la vaccination	101,086.00	649.57	144,040.00	3,218.38
Prévention, promotion et éducation en matière de tuberculose	3,845,366.00	1,560,995.01	2,065,908.22	1,668,313.00
Coordination, planification et production de rapports en matière de tuberculose	502,526.00	1,986,284.96	247,989.00	1,554,803.35
Gestion des épidémies de tuberculose	29,508.00	1,184,005.41	50,000.00	1,155,528.70
Planification et intervention d'urgence en matière de maladies transmissibles	1,389,109.00	921,184.99	913,844.00	810,879.33
Prévention et contrôle des infections par des maladies transmissibles	294,517.00	74,100.00	86,663.00	226,138.00
Infections transmissibles sexuellement et par le sang – Prévention, promotion et éducation en matière de VIH/sida	4,452,970.00	473,915.86	5,395,968.00	267,062.92
Infections transmissibles sexuellement et par le sang – Surveillance du VIH/sida et recherche pour le développement des connaissances	420,419.00	19,658.66	104,170.00	3,015.36
Infections transmissibles sexuellement et par le sang – Coordination, planification et production de rapports en matière de VIH/sida	701,361.00	1,118,280.05	440,890.00	1,186,144.96
Mesures d'urgence	40,000.00	65,970.61	40,000.00	104,908.12
<b>Total pour le Contrôle des maladies transmissibles</b>	<b>13,240,015.00</b>	<b>13,270,543.18</b>	<b>10,689,177.22</b>	<b>12,858,275.86</b>



### Dépenses par élément du programme pour le Contrôle des maladies transmissibles

Santé environnementale et publique	Exercice 2011-2012		Exercice 2012-2013	
	Financement des accords de contribution (\$)	Exploitation et maintenance, traitements et immobilisations (\$)	Financement des accords de contribution (\$)	Exploitation et maintenance, traitements et immobilisations (\$)
Commerce des produits chimiques et salubrité des aliments	1,218,000.00	369,116.88	1,414,900.00	150,073.46
Changement climatique	103,411.20	232,740.21	1,829,836.20	294,546.56
Eau potable et eaux usées	11,239,674.00	8,638,399.00	11,106,570.67	8,504,980.00
Recherche en santé environnementale - Élaboration de politiques et de programmes	52,800.00	902,915.81	-	674,234.89
Santé publique et environnementale - Élaboration de politiques et de programmes	46,257.00	4,771,904.89	40,229.00	3,789,133.64
Santé environnementale et publique -Contrôle des maladies transmissibles	237,547.00	1,075,462.15	76,747.00	750,555.86
Biosurveillance des Premières nations et guides	1,290,000.00	739,565.22	350,000.00	293,309.38
Programme sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations	2,369,405.00	228,039.16	1,828,731.00	112,893.61
Autres programmes sur la santé environnementale et publique	771,864.00	5,621,030.07	904,471.00	5,684,951.89
<b>Total pour la Santé environnementale et publique</b>	<b>17,328,958.20</b>	<b>22,579,173.39</b>	<b>17,551,484.87</b>	<b>20,254,679.29</b>
<b>Total général pour le Contrôle des maladies transmissibles et la Santé environnementale et publique</b>	<b>30,568,973.20</b>	<b>35,849,716.57</b>	<b>28,240,662.09</b>	<b>33,112,955.15</b>

## Annexe E – Profil des dépenses par région

### Profil des dépenses par région

Par ordre décroissant de pourcentage pour deux exercices du total des contributions

Région	Exercice 2011-2012			Exercice 2012-2013			% du total des paiements de transfert pour deux exercices
	Financement des AC (\$)	F et E, traitements et immobilisations (\$)	# d'AC	Financement des AC (\$)	F et E, traitements et immobilisations (\$)	# d'AC	
SASK	7 242 413	2 983 096	70	7 274 041	3 171 173	55	24,7 %
RCN	5 271 738	7 689 849	25	3 888 295	6 124 053	11	15,6 %
Pacifique	4 126 515	5 934 107	144	4 267 257	5 545 038	146	14,3 %
Manitoba	4 550 877	4 015 627	63	3 043 724	3 682 982	61	12,9 %
Ontario	3 273 694	5 416 978	100	3 236 056	5 593 069	116	11,1 %
Alberta	2 368 183	4 785 662	52	2 412 997	4 456 193	54	8,1 %
Québec	1 842 140	1 899 894	32	1 338 703	1 603 073	30	5,4 %
Atlantique	1 652 607	2 033 938	41	1 547 789	2 193 620	41	5,4 %
Nord	240 806	7	3	960 612	-	10	2,0 %
Yukon	-	-	4	271 188	-	4	0,5 %
<b>Total général</b>	<b>30 568 973</b>	<b>34 759 158</b>	<b>534</b>	<b>28 240 662</b>	<b>32 369 201</b>	<b>528</b>	<b>100 %</b>

Accords de contribution : total pour deux exercices **58 809 635 \$**

<b>AC</b>	Accords de contribution
<b>E et M</b>	Exploitation et maintenance
<b># d'AC</b>	Nombre d'accords de contribution
<b>SASK</b>	Saskatchewan
<b>RCN</b>	Région de la capitale nationale