



Audit du Programme des établissements de santé – Santé Canada

Mars 2017



Table des matières

SOMMAIRE	I
A - INTRODUCTION.....	1
1. Contexte.....	1
2. Objectifs de l’audit	2
3. Portée de l’audit	3
4. Méthode d’audit.....	3
5. Énoncé de conformité	3
B - CONSTATATIONS, RECOMMANDATIONS ET RÉPONSES DE LA DIRECTION	4
1. Gouvernance.....	4
1.1 Cadre de gouvernance	4
1.2 Rôles et responsabilités.....	6
2. Gestion des risques.....	9
2.1 Gestion des risques	9
3. Contrôles internes	11
3.1 Planification opérationnelle et investissement du Programme des établissements de santé	11
3.2 Politiques/directives, processus et systèmes	15
3.3 Paiements de transfert.....	22
3.4 Surveillance et préparation de rapports	23
3.5 Renforcement de la capacité du bénéficiaire	27
3.6 Ententes sur l’échange de renseignements	29
C - CONCLUSION	30
ANNEXE A – DÉPENSES DU PROGRAMME DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE LA DGSPNI PAR RÉGION.....	31
ANNEXE B – DÉPENSES DU PROGRAMME DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE LA DGSPNI PAR RÉGION, DE 2010-2011 À 2014-2015.....	32
ANNEXE C – ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	33
ANNEXE D – SECTEURS D’INTÉRÊT ET CRITÈRES.....	34
ANNEXE E – GRILLE D’ÉVALUATION	35
ANNEXE F – LISTE DES ACRONYMES	36

Sommaire

L’audit vise à évaluer : le cadre de contrôle de gestion en place pour veiller à ce que les établissements de santé soient planifiés, construits et entretenus à l’appui de l’exécution des programmes de santé de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI); et si les ententes de contribution sont conformes à la *Politique sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor.

Le Programme des établissements de santé (PES) est un programme-cadre de paiements de transfert de la DGSPNI qui soutient les collectivités bénéficiaires dans les réserves dans la gestion de la planification des immobilisations, des projets d’immobilisations et des installations, y compris le fonctionnement et l’entretien, pour la prestation des services liés à la santé. Santé Canada n’est pas propriétaire des établissements de santé des Premières Nations et les bâtiments associés; les éléments de cette infrastructure ne sont considérés comme des biens immobiliers.

En 2014-2015, le PES a dépensé environ 79,5 millions de dollars, dont 71 millions ont été transférés aux bénéficiaires dans le cadre des ententes de contribution. Des dépenses ministérielles directes d’environ 6 millions de dollars sont liées à des dépenses de fonctionnement, comme l’entretien d’établissements de santé, des dépenses de services publics et des frais de déplacements du personnel.

Pour quelle raison la gestion du PES est-elle importante?

Les établissements de santé soutenus par la DGSPNI desservent environ 515 000 membres de Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités. Une construction de qualité et un entretien en temps opportun sont essentiels pour la sécurité et l’exécution efficace du programme. Les établissements de santé ont besoin d’un financement important pour assurer le fonctionnement et l’entretien continu, ainsi que pour les rénovations ou le remplacement.

Observations

L’audit a révélé que le transfert de fonds est conforme à la Politique sur les paiements de transfert du Conseil du Trésor. En outre, une structure de gouvernance est en place pour superviser la gestion du programme; toutefois, certaines régions ont des pratiques de gouvernance meilleures que d’autres. Des éléments probants ont démontré que la détermination et l’atténuation des risques au niveau de la direction ont été documentées ainsi que certaines pratiques en matière de risque informelles pour des projets individuels; toutefois, les risques de chaque projet doivent être systématiquement documentés et gérés. La planification et l’attribution des fonds de F et E ne sont pas fondées sur des données actuelles ou sur une méthodologie d’attribution à jour, et le codage du financement n’est pas uniforme. De plus, il est possible que l’alignement des ressources ne respecte pas les exigences actuelles.

Le programme comprend des politiques et des directives pour appuyer son exécution; toutefois, ces outils doivent être mis à jour et communiqués. En s’appuyant sur un échantillon de 35 dossiers de projet, l’audit a permis de conclure que les politiques et les directives pour administrer les projets d’immobilisations ne sont pas appliquées uniformément dans l’ensemble des régions et entre des dossiers de projet similaires. Des incohérences

particulières ont été relevées dans les pratiques d’appel d’offres; dans les demandes d’études de faisabilité techniques; dans les plans fonctionnels comportant des renseignements inadéquats sur les exigences en matière d’espace; une compréhension limitée de la manière de gérer les résultats de l’évaluation environnementale et des frais d’administration de projet variant de 2 à 10 % des coûts de projet globaux sans justification ou application uniforme.

L’audit a également révélé que les dossiers de projet devaient être surveillés par l’administration centrale pour assurer le respect des attentes avec les politiques et pour réduire la variation entre les régions. Étant donnée la récente entrée de financement d’infrastructure sociale (164 millions de dollars sur deux ans), il est important de renforcer les contrôles.

L’audit a produit les recommandations suivantes pour aborder les défis et d’autres occasions cernés pour renforcer davantage le cadre de contrôle de gestion du PES :

- Améliorer l’efficacité des structures de comité en mettant à jour les mandats et en les respectant pour ce qui concerne le Comité d’examen des projets d’immobilisations et veiller à ce que chaque région mette en place un comité de gouvernance solide.
- Adopter un processus systématique pour recueillir et analyser les données liées aux besoins de F et E des établissements, et veiller à ce que le financement fourni aux bénéficiaires soit codé uniformément, ainsi que développer des plans opérationnels régionaux plus détaillés pour appuyer l’exécution de programme et l’alignement des ressources internes.
- Mettre à jour et communiquer les politiques, orientations et directives liées à la mise en œuvre et à la surveillance des projets, et s’assurer que les rôles et responsabilités applicables sont précisés.
- Remplacer le système de gestion de l’information actuel du programme tout en veillant à ce qu’une stratégie d’atténuation provisoire soit en place pour saisir les renseignements.
- Développer une fonction d’assurance de la qualité nationale pour veiller à ce que les activités régionales suivent les attentes au niveau de la gestion de projet.

A - Introduction

1. Contexte

Le Programme des établissements de santé (PES) est un programme-cadre de paiements de transfert de la DGSPNI qui soutient les collectivités bénéficiaires dans les réserves dans la gestion de la planification des immobilisations, des projets d’immobilisations et des installations, y compris le fonctionnement et l’entretien, pour la prestation des services liés à la santé.

L’aide financière aux collectivités bénéficiaires leur est consentie dans le cadre d’accords de financement (ententes de contribution) conformément aux exigences de la *Politique sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor. En 2014-2015, le programme a dépensé environ 79,5 millions de dollars (voir l’[annexe A](#) et l’[annexe B](#)) et, de ce montant, quelque 71 millions de dollars ont été transférés à des bénéficiaires dans le cadre d’ententes de contribution pour appuyer la construction, la réfection et le fonctionnement et l’entretien d’établissements de santé. Des dépenses ministérielles directes d’environ 6 millions de dollars sont liées à des dépenses de fonctionnement, comme l’entretien d’établissements de santé, des dépenses de services publics et des frais de déplacements du personnel.

Tableau 1 : Dépenses de programme par secteur

Secteur de dépense	Dépense
Subventions et contributions	71 000 000 \$
F et E	6 000 000 \$
Traitements et salaires	2 500 000 \$
Total	79 500 000 \$

Le financement du programme appuie un portefeuille de 841 immeubles, y compris plus de 377 établissements de santé dont la valeur de remplacement est estimée à plus de 800 millions de dollars. Ces établissements de santé comprennent des hôpitaux, des postes de soins infirmiers, des centres de santé, des postes sanitaires, des infirmeries et de l’hébergement pour le personnel de soins de santé (voir l’[annexe C](#)). Les établissements fournissent l’espace physique et l’environnement pour permettre à plus de 435 collectivités des Premières Nations d’offrir un large éventail de programmes et de services de santé, qu’il s’agisse de soins primaires ou d’activités de promotion et de prévention de la santé. Le type d’établissements requis par une collectivité est fondé sur la nature des services de santé qu’il doit appuyer. Différents facteurs sont pris en compte, notamment la taille de la population, l’isolement de la collectivité et la proximité à un établissement de santé provincial ou d’autres Premières Nations.

Les projets financés par le PES sont régis par les modalités de l’autorisation relative au soutien de l’infrastructure de la santé du programme Santé des Premières nations et des Inuits. L’autorisation précise les types de projets et les activités liées aux projets qui sont admissibles à recevoir du financement.

En 2016, la DGSPNI a obtenu 164 millions de dollars sur deux ans dans le cadre du fonds d’infrastructure sociale en vue d’investir dans des projets d’immobilisations et d’entretien qui

amélioreront l’état des établissements de santé dans les réserves.

Propriétés des établissements de santé des Premières Nations

La DGSPNI ne possède pas d’immobilisations (établissements de santé) et n’a aucun intérêt juridique dans des immobilisations financées par le PES; par conséquent, ces immobilisations ne sont pas considérées comme des biens immobiliers fédéraux. Les droits de contrôle, de gestion et d’utilisation de ces établissements appartiennent à la collectivité des Premières Nations hôte, sous réserve de l’obtention d’un permis, d’une désignation ou de la cession de l’établissement, tel que décrit dans la *Loi sur les Indiens*. L’obligation d’exploiter, d’entretenir et de gérer l’infrastructure revient aux Premières Nations bénéficiaires du financement, selon les exigences de l’entente de financement.

Justification de l’audit

Les établissements de santé sont essentiels pour l’exécution des programmes de la DGSPNI. Tout retard dans leur construction ou toute négligence dans leur entretien peut mettre en danger la sécurité des employés ou l’efficacité de l’exécution de programme. Les immobilisations ont besoin de fonds substantiels pour assurer leur fonctionnement et leur entretien continu, ainsi que pour les rénovations ou leur remplacement.

De plus, différents intervenants travaillent à s’assurer que les établissements sont fonctionnels et respectent les normes et les codes de construction en vigueur, par exemple, des collectivités de Premières Nations, de la DGSPNI et de la Direction générale des services de gestion (DGSG). Le niveau de participation de Santé Canada varie considérablement selon la capacité de la collectivité des Premières Nations et des Inuits à réaliser elle-même les travaux.

Pouvoirs

Le Bureau de l’audit et de l’évaluation a le pouvoir et la responsabilité de réaliser l’audit du PES de la DGSPNI, tel qu’approuvé dans la mise à jour annuelle 2015-2016 du Plan pluriannuel d’audit axé sur les risques (PAAR). L’approbation de ce dernier a été recommandée par le Comité ministériel de vérification (CMV) en décembre 2014 et l’administrateur général l’a approuvé en mars 2015. Le projet s’est fait en collaboration et les conclusions ont été approuvées par les parties concernées.

2. Objectifs de l’audit

L’audit avait les objectifs suivants :

- Évaluer le cadre de contrôle de gestion en place pour veiller à ce que des établissements de santé soient planifiés, construits et entretenus de façon à être disponibles pour appuyer l’exécution du programme de santé de la DGSPNI.
- Déterminer si les ententes de contribution sont conformes à la *Politique sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor.

3. Portée de l’audit

L’audit portait sur les activités de gestion du PES réalisées et les processus en place d’avril 2014 à la fin octobre 2016, y compris des projets de construction majeurs qui ont été achevés ou commencés durant cette période. Les aspects financiers et les autres aspects de la gestion de programme ainsi que les processus et les services de soutien connexes ont été examinés au sein de la DGSPNI et de la DGSG en ce qui a trait tant au financement de la construction d’immobilisations qu’au financement du fonctionnement et de l’entretien des établissements. Des visites de sites comprenaient l’administration centrale du PES et trois bureaux régionaux (Manitoba, Ontario et Saskatchewan) ainsi que des entrevues et un examen de la documentation des autres régions où le PES est offert.

L’audit ne couvrait pas la région de la Colombie-Britannique, car l’exécution du PES est assurée dans cette province par l’Accord tripartite de la Colombie-Britannique.

Les champs d’enquête et les critères de l’audit sont présentés à l’[annexe D](#).

4. Méthode d’audit

L’audit a été mené à l’administration centrale (AC) de Santé Canada et dans trois bureaux régionaux. Les principales procédures d’audit comprenaient :

- Un examen et une analyse des cadres politiques et des documents de planification, de prestation des services et liés au rendement.
- Des entrevues avec le personnel clé du programme à l’AC et dans les bureaux régionaux.
- Un échantillon de la stratégie a été élaboré pour veiller à obtenir suffisamment de données probantes par rapport aux critères abordés :
 - la mise à l’essai détaillé de 35 dossiers de projet afin de déterminer la conformité avec la politique de la DGSPNI et les attentes en matière de directives;
 - la mise à l’essai des 15 ententes de contribution en vue d’établir la conformité avec la politique du CT.

5. Énoncé de conformité

Selon le jugement professionnel du dirigeant principal de la vérification, les procédures exécutées et les données probantes recueillies ont été suffisantes et appropriées pour assurer l’exactitude de la conclusion de l’audit. Les constatations et la conclusion de l’audit sont fondées sur une comparaison des conditions qui existaient au moment de l’audit et des critères établis et acceptés par 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 respecte les Normes relatives à la vérification interne au sein du gouvernement du Canada, comme viennent l’appuyer les résultats du programme d’amélioration et d’assurance de la qualité.

B - Constatations, recommandations et réponses de la direction

1. Gouvernance

1.1 Cadre de gouvernance

Critère d’audit : Un cadre de gouvernance efficace est en place au sein de la DGSPNI et horizontalement à l’échelle de Santé Canada pour atteindre les objectifs du Programme des établissements de santé de la DGSPNI.

Un cadre de gouvernance est un ensemble de règles et de pratiques qui aident une organisation à assurer la responsabilisation, l’équité et la transparence de tous ses intervenants. Ultimement, l’application d’une bonne gouvernance sert à réaliser de manière efficace et efficiente les buts de l’organisation.

En 2012, la DGSPNI a élaboré le Cadre de responsabilisation, lequel décrit la manière dont les fonctions principales horizontales et de programme s’appliquent dans le contexte de l’AC et des structures régionales et il souligne clairement la responsabilité de chaque fonction de tous les programmes de la DGSPNI. Les fonctions principales horizontales et de programme comprennent, entre autres, les opérations, la gestion du risque, la planification et le rendement, les politiques du programme et le soutien fonctionnel du programme.

Comités

La DGSPNI est régie par une structure de comité de la haute direction (CHD), composée de deux comités principaux : le sous-comité du CHD – Planification et politiques, et le sous-comité du CHD, Comité des opérations.

Le **Sous-comité des opérations du CHD** est responsable de la supervision et de la gestion du PES. Il s’agit d’un forum principal de discussion et de prise de décisions au sein de la Direction générale sur les questions touchant la planification opérationnelle et la mesure du rendement en lien avec le programme. Les membres de ce sous-comité examinent et approuvent le plan opérationnel de la Direction générale et les documents principaux de planification et de reddition de compte, comme le plan d’immobilisations à long terme.

Au niveau du PES, une structure de comités est en place, laquelle est composée comités au niveau régional et national pour appuyer la gouvernance efficace du programme : le Comité d’examen des projets d’immobilisations (CEPI) et le Comité d’examen de la répartition des immobilisations (CERI), respectivement.

Le **Comité d’examen des projets d’immobilisations** est chargé d’examiner les enjeux liés aux besoins en ressources, à la répartition des immobilisations, au financement des activités de fonctionnement et d’entretien ainsi qu’à d’autres préoccupations ayant des répercussions majeures sur les établissements de santé, et il lui appartient de formuler des recommandations

au Comité des opérations du CHD sur ces enjeux. Le CEPI est coprésidé par le directeur général, Division de la capacité, de l’infrastructure et de l’imputabilité (DCII), et par l’agent de liaison régional de la DGSPNI pour le PES. Des gestionnaires régionaux et nationaux de la DGSPNI et de la DGSG en sont membres.

Lors de l’audit, on s’attendait à ce que le mandat du CEPI énonce les exigences minimales en matière de quorum, y compris les exigences minimales de présences et de participation au niveau de la direction, pour veiller à ce qu’une prise de décisions efficace soutienne les comités de la haute direction (sous-comité des opérations du CHD). On s’attendait en outre à voir des processus et des exigences en matière d’information officielles pour appuyer la production de rapports périodiques du CEPI à présenter au CHD.

Bien que des préoccupations aient été cernées et des mesures énoncées durant les réunions du CEPI, l’audit a révélé qu’il n’y a aucune donnée probante de suivi ou de mises à jour sur l’état d’avancement dans les réunions subséquentes, comme ce serait le cas avec un mécanisme d’« ordre du jour » pour faire les suivis des mesures réalisées par le comité. De plus, bien que le mandat fasse mention de l’exigence de tenir entre quatre et six téléconférences et deux réunions en personne annuellement, seulement deux téléconférences ont eu lieu et aucune réunion en personne n’a été tenue au cours de l’exercice financier 2015-2016.

Le but du **Comité d’examen de la répartition des immobilisations** consiste à fournir des conseils et des recommandations sur l’exécution du programme à l’échelle régionale et à appuyer les décisions de la direction régionale quant à l’établissement des projets par ordre de priorité et à l’attribution des fonds dans le cadre du processus de planification à long terme du CEPI.

L’audit a révélé que certaines régions ne disposent pas ce comité. Dans certaines régions, la fonction est exercée par des comités ou des conseils régionaux de cadres supérieurs. Lorsque des comités sont en place, l’audit en a examiné le mandat, les ordres du jour et les comptes rendus de décisions, et des entrevues connexes ont été réalisées avec des représentants régionaux. L’audit a révélé que la structure et la mise en œuvre du comité des immobilisations variaient d’une région à l’autre. Dans une région, une fonction de comité solide liée spécifiquement à la gestion d’établissements de santé a été mise en œuvre, notamment des réunions régulières, des points à l’ordre du jour pertinents assortis de la détermination de mesures spécifiques, l’affectation des responsabilités et le suivi en temps opportun. En comparaison, dans une autre région, il n’y a eu aucune activité de comité dans les cinq dernières années. Dans une troisième région, on a découvert que les décisions d’examen des affectations étaient prises par un comité de gestion régional; toutefois, il n’y avait aucun représentant de la DGSG, une situation unique par rapport aux autres régions où cette direction générale était représentée. Et toujours dans une autre région, on a noté que seulement deux réunions avaient été tenues au cours des 20 derniers mois, sans mécanismes en place pour faire le suivi sur les préoccupations et les mesures cernées.

En conclusion, l’audit a révélé qu’une structure de gouvernance était en place pour les comités; toutefois, l’efficacité du fonctionnement pouvait être renforcée en mettant à jour et en œuvre des exigences, telles qu’elles sont décrites dans le mandat du comité, et en assurant une

application plus uniforme entre les régions. Des mesures pour renforcer l’efficacité fonctionnelle, tel que mentionné ci-dessus, atténueront les risques éventuels découlant de décisions mal éclairées et appuyées, de la mise en œuvre inadéquate et inopportune de mesures cernées et de la variabilité régionale de l’exécution du programme.

Recommandation 1

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint principal et le sous-ministre adjoint, Opérations régionales, DGSPNI, améliorent l’efficacité des structures de comité en mettant à jour et en adoptant le mandat des comités d’examen des immobilisations régionaux et nationaux.

Réponse de la direction

La direction souscrit à la recommandation.

Au niveau national, la DGSPNI doit mettre à jour et distribuer le mandat du Comité d’examen du programme d’immobilisations à tous les membres de celui-ci afin de s’assurer qu’il soit respecté. La DGSPNI indiquera également aux régions les résultats que devront obtenir leurs comités des immobilisations régionaux et s’assurera que les régions actualiseront les mandats de leurs comités en fonction desdits résultats. Par la suite, les régions devront attester chaque année que les comités régionaux respectent leur mandat à l’aide du questionnaire d’attestation annuelle qu’elles doivent remplir.

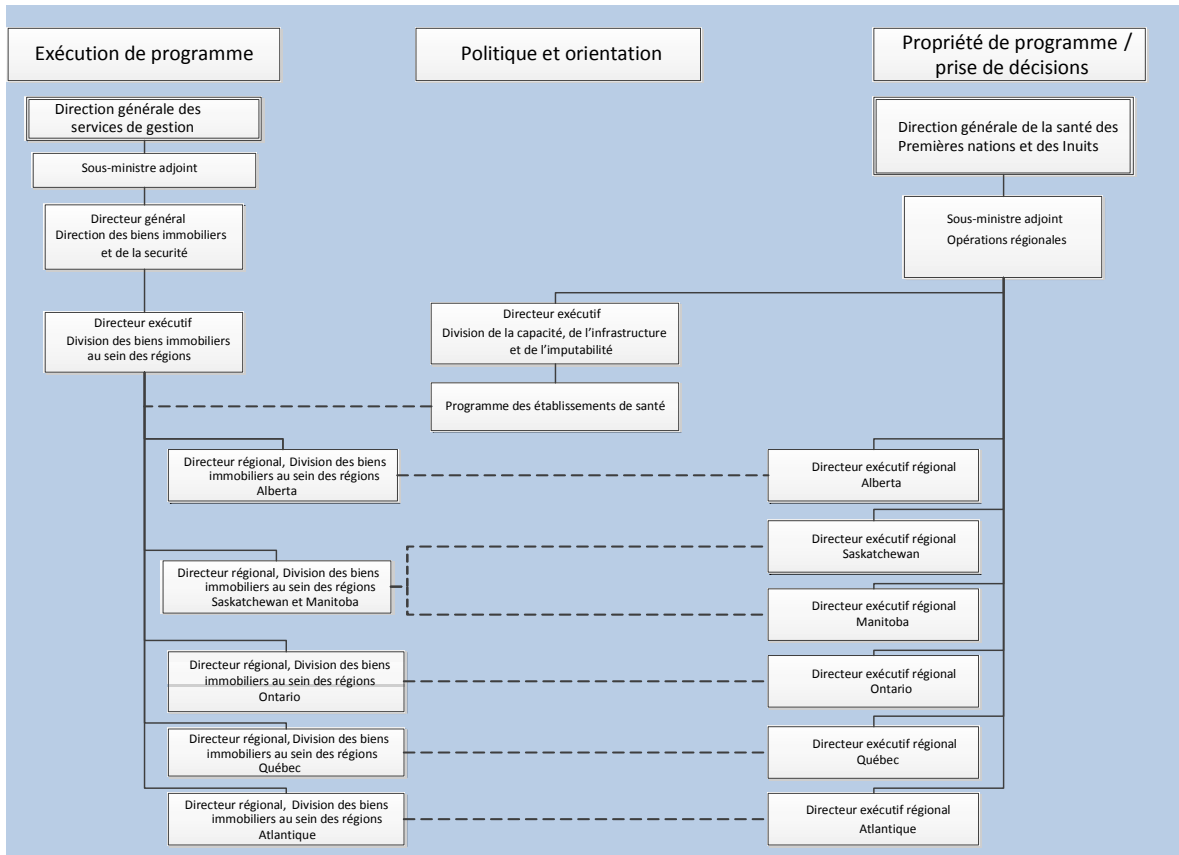
1.2 Rôles et responsabilités

Critère d’audit : Les rôles et les responsabilités liés à l’exécution du PES sont clairement définis et documentés et fonctionnent tels qu’ils sont définis.

Les rôles et responsabilités constituent un élément clé de la gouvernance. Une définition claire des rôles et des responsabilités appuie la responsabilisation pour les décisions et la réalisation efficace des activités. L’exécution du PES est une responsabilité partagée par l’AC de la DGSPNI, par les bureaux régionaux, par la DGSG et par les bénéficiaires des ententes de contribution (voir la figure 1).

Rôles et responsabilités

Figure 1 Organigramme lié à l’exécution du PES



Au niveau régional, les **cadres régionaux (CR) de la DGSPNI** sont responsables de l’exécution du programme et sont ceux qui prennent les décisions en ce qui concerne l’affectation des investissements et des fonds au sein de leur région respective.

- Les **directeurs régionaux du PES**, Division des biens immobiliers, fournissent l’expertise en la matière pour la réalisation de projets d’immobilisations. Ils sont principalement responsables des activités qui appuient la prestation des projets d’immobilisations et de F et E liés aux établissements de santé.
- Les **agents responsables des immobilisations** (également appelés gestionnaires d’établissement ou gestionnaires de zone) font partie de la Division des biens immobiliers régionale de la DGSG. Ils sont principalement chargés d’appuyer et de surveiller la mise en œuvre et l’état d’avancement des projets.

Orientation sur les rôles et les responsabilités

Les rôles et responsabilités des différents intervenants au sein des unités fonctionnelles précisées ci-dessus, ainsi que les rôles et responsabilités des bénéficiaires du financement sont définis et documentés dans un ensemble de documents de processus administratifs et de directives (ces derniers étaient en vigueur au moment de l’audit).

- Le *Cadre de planification et de gestion des contributions pour dépenses en capital de la DGSPNI* (mars 2016) fait état de la structure de gouvernance du PES et des responsabilités et de la reddition de compte générales associées à la planification, à la gestion et à la prestation auprès du SMA principal, du SMA des Opérations régionales, aux cadres régionaux, à la DCII, à la DGSG et aux bénéficiaires des ententes de contribution.
- Le *Livre des connaissances* (février 2012) est un document de référence qui décrit tout particulièrement les processus ministériels de gestion des contributions en immobilisations de la DGSPNI. Ce livre énonce également les rôles et les responsabilités des joueurs clés.
- En 2015, le *Protocole sur l’infrastructure de santé et l’immobilisation* (le protocole) a été élaboré de manière à s’aligner sur la mise en œuvre de la nouvelle méthode unique d’établissement d’ententes de contributions et sur l’introduction du Système de gestion de l’information sur les subventions et contributions (SGISC).

Un examen des documents et des entrevues subséquentes avec les membres du personnel a révélé que certaines références et certains processus du *Livre des connaissances* n’étaient plus à jour et ne reflétaient plus l’environnement entourant les ententes de contribution ou les processus ministériels et la structure organisationnelle. La direction a noté qu’elle entendait mettre à jour et distribuer un nouveau document d’orientation en remplacement de ce livre en avril 2017.

Les auditeurs ont également mené des entrevues auprès des agents responsables des immobilisations et d’autres membres du personnel. Ces entrevues ont confirmé que leurs rôles généraux sont clairs et qu’une communication et une collaboration efficaces sont en place entre la DGSPNI et la DGSG. Par contre, une analyse de la documentation et des entrevues subséquentes avec des membres du personnel ont révélé que les régions avaient mis en œuvre des structures organisationnelles différentes et que certaines responsabilités liées aux immobilisations pouvaient être assumées par des postes différents d’une région à l’autre. Il se peut que les rôles soient moins clairs au niveau individuel si aucun document ne définit clairement les rôles et responsabilités.

En conclusion, les variations régionales des structures organisationnelles et des environnements opérationnels, ainsi que l’embauche prévue de nouveaux employés pour appuyer l’utilisation du fonds de stimulation du fonds d’infrastructure sociale (FIS), augmentent le risque lié à l’exonération des responsabilités. La création de documents définissant les rôles et les responsabilités spécifiques aux régions pour les membres du personnel de la DGSPNI et de la DGSG participant à l’exécution du PES fera en sorte de réduire au minimum les risques

potentiels associés à une mauvaise compréhension des rôles et une répartition inégale des responsabilités (voir la [recommandation 3 dans la section 3.2](#) relativement à la mise à jour des politiques et directives).

2. Gestion des risques

2.1 Gestion des risques

Critère d’audit : Les risques associés à l’exécution du PES de la DGSPNI sont cernés, évalués et gérés.

Le *Guide de gestion intégrée du risque* du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada fait mention de l’importance de la gestion des risques comme un élément clé d’une administration publique efficace. La gestion efficace des risques contribue à un processus décisionnel amélioré et à une meilleure affectation des ressources. Le Guide énonce qu’un ensemble cohérent et intégré de mécanismes pour cerner et évaluer les risques, y répondre, les communiquer et les surveiller sous la forme d’un processus de gestion des risques peut permettre aux programmes de les gérer d’une façon plus systématique.

Gestion des risques ministériels

Le Cadre de responsabilisation de la DGSPNI définit les responsabilités de l’AC en ce qui a trait à la détermination des risques opérationnels du programme dans les régions et à l’élaboration des stratégies d’atténuation des risques en collaboration avec les régions. Se conformer aux exigences du Cadre de responsabilisation procurerait un niveau de détail respectant une opérationnalisation des activités de gestion des risques.

Le Profil de risque du Ministère (PRM) 2016-2017 de Santé Canada désigne la capacité du Ministère à assurer la prestation continue des services de santé en raison d’un manque d’activités d’entretien de qualité et de réparations en temps opportun des établissements de santé comme un secteur prioritaire de risque pour le Ministère. La DGSPNI est la seule direction générale en mesure d’aborder ce risque. Les mesures d’intervention pour corriger les risques en lien avec l’équipement et l’infrastructure physique vieillissante sont les suivantes :

- aborder les exigences relatives aux ressources en réaffectant des fonds pour s’occuper des rénovations et des réparations prioritaires;
- procéder à une planification fondée sur les données probantes pour appuyer l’agrandissement ou le remplacement d’établissements conformément au Cadre de gestion des immobilisations;
- faire preuve d’innovation en utilisant d’autres méthodes de financement des immobilisations dans les réserves (cette stratégie d’intervention a été retardée en raison du FIS);
- obtenir l’adhésion de partenaires par un suivi accru des Premières Nations aux inspections des établissements.

L'examen semestriel 2016-2017 du PRM montre les progrès réalisés à ce jour par la DGSG dans la mise en œuvre et la mesure de l'efficacité de la stratégie d'atténuation. Par exemple, pour la réaffectation de fonds afin de donner suite aux rénovations et aux réparations prioritaires, la DGSPNI signale que le financement de 135 projets mineurs a été approuvé. En ce qui concerne l'agrandissement ou le remplacement d'établissements conformément au Cadre de gestion des immobilisations, 37 des 42 projets respectent l'échéancier. Du côté du perfectionnement des pratiques du programme d'immobilisations en vue d'accroître l'engagement des collectivités des Premières Nations dans le suivi des inspections d'établissements, un nouveau plan d'action a été préparé pour que les établissements soient inspectés sur un cycle de trois ans.

L'ébauche du registre des risques 2016-2017 de la DGSPNI est alignée sur le PRM et cerne deux interventions d'atténuation clés. La première consiste à mettre en œuvre un calendrier d'inspections pour les postes de soins infirmiers dans les collectivités des Premières Nations; la deuxième consiste à appuyer la construction, la rénovation et la réparation d'établissements de santé de collectivités des Premières Nations. La cible établie comprend 100 inspections à réaliser d'ici le 31 mars 2019, la rénovation de huit immeubles existants pour respecter les besoins de santé et sécurité d'ici le 31 mars 2018 et le remplacement de 24 immeubles existants d'ici le 31 mars 2018.

La détermination des risques et les mesures d'atténuation associées à ces risques dans les documents sur les risques au niveau de la Direction générale et du Ministère, comme mentionné ci-dessus, est liée aux résultats stratégiques globaux du Ministère et de la Direction générale. Cette méthode axée sur la gestion des risques ministériels est solide et conforme aux attentes du Conseil du Trésor.

Gestion des risques de projet

Les auditeurs ont vérifié 35 dossiers de projet et mené des entrevues avec la direction régionale de la DGSG et de la DGSPNI. Ils ont conclu que les risques de projet individuel sont abordés et étudiés lorsque les activités de gestion et de prestation de programme sont menées. Par exemple, la participation de gestionnaires et de fonctionnaires d'établissement dans les équipes de gestion de projet d'envergure; l'exigence d'ouvrir des comptes bancaires distincts pour le financement de projet d'immobilisations important et la classification des flux de trésorerie pour les immobilisations sont des essentiels pour que les fonds ne soient pas retenus en raison d'un retard dans la production de rapports liés à d'autres programmes. Ce dernier point pourrait mettre à risque les projets d'immobilisations en raison d'échéanciers serrés, particulièrement dans les régions éloignées dont l'accès est restreint.

L'audit a permis de conclure que bien que les risques de projet soient examinés de manière informelle, tel que décrit dans le paragraphe précédent, lorsque sont entreprises les activités de programme, aucun processus de gestion des risques officiel et bien documenté n'est en place pour améliorer le développement, la mise en œuvre et la surveillance d'activités de gestion des risques précises et pour contribuer à se concentrer sur les efforts, l'efficacité et l'efficacité des ressources. (La recommandation 5 du présent rapport relative à la surveillance et à la production de rapport porte sur ce problème.)

3. Contrôles internes

3.1 Planification opérationnelle et investissement du Programme des établissements de santé

Critère d’audit : Les plans d’affectation de fonds du PES sont élaborés en s’appuyant sur des renseignements adéquats et sont fondés sur les risques.

Planification de l’investissement

La planification de l’investissement dans le contexte du PES fait référence aux processus en place pour prendre des décisions sur l’attribution des fonds en vue d’aborder les besoins en projets d’immobilisations et en fonctionnement et entretien. Dans ce contexte, la planification de l’investissement propose un cadre pour s’assurer d’être bien informé, d’établir les priorités et de prendre des décisions fondées sur les risques lors de l’affectation des fonds d’immobilisations.

Financement de projets d’immobilisations

Le financement d’investissement en immobilisations dans le cadre du PES est appuyé par un processus de planification des immobilisations à long terme. Le plan d’immobilisations à long terme (PILT) consolide les plans régionaux avec un horizon de cinq ans. Les plans régionaux sont préparés et mis à jour annuellement, à l’aide de modèles standard, et ils sont approuvés par les cadres régionaux de la DGSPNI. Les PILT sont fondés sur des priorités nationales et régionales en mettant l’accent sur les projets de santé et sécurité et sur des établissements offrant des soins primaires. Ils comprennent des renseignements clés, notamment : l’âge de l’établissement; l’estimation des coûts et des flux de trésorerie; l’état d’avancement des projets en cours; et des commentaires fournissant un contexte sur la nécessité du projet. Les PILT comprennent également des listes régionales de projets non financés en ordre de priorités et, par conséquent, servent de répertoire des projets cernés au cours des années futures ou en cours si du financement devenait disponible.

En conclusion, un processus de planification de l’investissement est en place pour les projets d’immobilisations en vue d’aborder les besoins les plus urgents dans chaque région individuelle. Il est appuyé par une méthodologie approuvée et transparente d’affectation des fonds aux régions, et les comités nationaux offrent un forum adéquat pour en discuter davantage et réaffecter les fonds.

Financement des activités de fonctionnement et d’entretien

Le financement des activités de fonctionnement et d’entretien est affecté aux régions en fonction de formules et d’une méthodologie en place depuis longtemps. En retour, les régions fournissent les fonds de F et E aux bénéficiaires des établissements de santé dans le cadre d’ententes consolidées.

Il y a un manque important de financement pour répondre correctement aux besoins de mise à niveau et aux besoins courants de F et E. La direction de programme de la DGSPNI et de la

DGSG a reconnu ce fait. Par exemple, le financement global actuel fourni par le PES au cours des deux derniers exercices financiers a dépassé largement les dépenses planifiées, l'écart étant financé par la réaffectation de fonds provenant d'autres programmes pour aborder les priorités en matière d'immobilisations et de F et E.

Un exercice de modèle d'établissement de coûts a été mené par le programme en 2012-2013. Cet exercice a permis de recueillir des données sur les coûts liés à l'exploitation des postes de soins infirmiers et des centres de santé dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées en Ontario et au Manitoba. Par contre, les données recueillies étaient insuffisantes pour aider à cerner les tendances ou pour mettre à jour les formules de financement de F et E, et elles n'ont pas été communiquées aux régions.

Depuis 2012-2013, peu d'efforts systématiques ont été déployés pour obtenir les renseignements requis et pour évaluer les coûts de F et E par établissement, même pour les plus grandes composantes de F et E (carburant et électricité). Bien que certaines régions aient commencé à demander de tels renseignements aux bénéficiaires, il s'agit actuellement d'un effort ponctuel. Afin de pouvoir cerner avec plus de précision ce manque, le programme doit déployer un effort concerté en vue d'obtenir ces renseignements auprès de collectivités des Premières Nations.

L'examen des projets financés dans les différentes régions a également permis de relever des incohérences sur la manière dont les dépenses sont codées dans le SAP. Par exemple, une région a classé dans la catégorie (F et E) certains projets de mise à niveau qui comprenaient la rénovation de l'espace existant et la construction d'un nouveau système de traitement des eaux usées, ce qui englobait une dépense importante de 250 000 \$ et plus. Dans une autre région, des dépenses mineures liées à l'installation d'un câble de déglacage sur le toit et de remplacement de quelques carreaux de plancher coûtant 10 000 \$ ou moins ont été codés comme des projets d'immobilisation¹.

En conclusion, la planification et l'affectation du financement des activités de F et E ne sont pas fondées sur une méthodologie d'affectation à jour et les données actuelles, sur lesquelles l'affectation était fondée, n'ont pas été mises à jour depuis 2005. De plus, l'audit a révélé des incohérences dans le codage, lesquelles peuvent accroître le risque que les fonds de F et E ne soient pas équitables ou alignés de manière optimale sur les exigences actuelles en raison du manque d'uniformité dans la production de rapports. (Voir la section [Recommandation 2 ci-dessous](#) relativement à la planification opérationnelle et des investissements.)

Critère d'audit : La DGSPNI dispose de la capacité et des ressources suffisantes pour gérer le programme et élabore des plans opérationnels en vue d'appuyer l'utilisation efficace et efficiente des ressources destinées à la prestation des principales activités de programme.

¹ Les dépenses en capital secondaires sont classées comme étant les dépenses liées à la construction ou à la réparation d'un établissement, évaluées à un certain seuil monétaire. Les dépenses de fonctionnement et d'entretien (F et E) englobent les réparations mineures effectuées dans les établissements en place.

Planification opérationnelle de gestion

La gestion opérationnelle fait référence aux pratiques ministérielles en place servant de contrôles pour appuyer une utilisation efficace et efficiente des ressources dans la prestation des activités de programme et dans l’atteinte des jalons prédéfinis.

L’audit a permis de confirmer qu’un processus de planification annuelle normalisée au sein de la Direction générale était en place et qu’il comprenait la préparation des plans opérationnels de gestion au niveau régional. Les plans opérationnels sont examinés et approuvés par la haute direction au niveau régional et national. Un processus de mise à jour durant l’année sert de moyen efficace pour demander et réaffecter les ressources entre les projets et les régions.

Un examen des plans opérationnels régionaux a permis de déterminer qu’ils intégraient tous les programmes offerts par les régions, y compris le PES, et qu’ils présentent des renseignements de haut niveau propres à chaque programme en deux ou trois lignes. Toutefois, ils ne comprennent pas suffisamment de détails pour constituer un outil pratique afin de diriger et de gérer les efforts opérationnels et d’appuyer l’alignement des ressources sur les activités opérationnelles.

La composante du PES des Plans de gestion opérationnelle (PGO) met l’accent sur la détermination et l’affectation d’un financement sous forme de contribution pour les immobilisations, d’un budget de F et E pour l’entretien des établissements dans les réserves et d’un budget de fonctionnement pour les postes comme les déplacements. Même si les documents sont structurés de manière à cerner les livrables et les jalons pour chaque trimestre, cela est également fait à un niveau très élevé en utilisant une terminologie générale pour décrire ces livrables et jalons. Dans certains cas, les jalons trimestriels n’ont pas été cernés. Les secteurs déterminés pour lesquels des détails additionnels pourraient améliorer l’utilité des documents pour la planification opérationnelle comprennent notamment : activités plus spécifiques à entreprendre et jalons à atteindre; identification des ressources consacrées aux activités individuelles; et indicateurs adéquats pour mesurer le rendement par rapport aux activités opérationnelles planifiées.

De telles précisions pourraient être exposées dans un autre document opérationnel. Cependant, bien que des demandes aient été faites à l’égard de plans opérationnels plus détaillés qui appuieraient les PGO, aucune documentation n’a été fournie aux vérificateurs.

Utilisation des ressources

Les décisions liées aux ressources humaines et financières consacrées à la gestion et à l’exécution du programme sont prises au niveau régional. Les régions reçoivent un budget global et les cadres régionaux prennent les décisions d’affectation des ressources au sein de leur région. Les ressources liées à la gestion et à l’exécution du PES financent principalement les activités des bureaux de la DGSG dans les régions, dans la mesure où ils soutiennent la prestation de projets d’immobilisations et les activités liées au F et E.

L’audit a révélé que l’affectation des fonds aux régions pour l’exécution du PES n’est pas appuyée par une analyse de l’AC pour déterminer les besoins régionaux en matière de ressources. L’affectation de ressources aux régions a été largement fondée sur de vieilles méthodologies et des affectations historiques.

Une analyse comparative des renseignements sur les ressources a permis de déterminer qu’il existe un écart entre les régions en ce qui a trait à l’affectation des ressources humaines touchant les budgets d’immobilisations et les établissements de santé. Par exemple :

- une région dont les dépenses de programme s’élèvent à 3,4 MM \$ (2014-2015), ne disposant d’aucun poste de soins infirmiers et d’établissements à proximité de centres urbains ne dispose que de quatre postes d’agents et gestionnaires d’immobilisations au sein du Soutien technologique et scientifique (EG);
- une autre région dont les dépenses en immobilisations sont sept fois plus importantes dans la même année (environ 25 MM \$) et ayant plus d’établissements, y compris des postes de soins infirmiers dans des collectivités isolées et éloignées, n’a que deux employés d’EG;
- une troisième région ayant deux fois plus de dépenses (7,7 MM \$) n’a qu’un seul gestionnaire d’établissement dans la classification Services administratifs (AS).

En outre, les deux dernières régions se partagent un directeur régional de la DGSG, tandis que d’autres régions disposent chacune d’une ressource dans ce poste.

Des entrevues ont été menées avec les cadres régionaux de la DGSPNI et de la DGSG afin de déterminer les processus de planification opérationnelle et d’affectation des ressources en place et pour cerner les risques et les défis éventuels. Les agents en immobilisations régionaux ont noté que l’obtention de ressources était un problème, particulièrement dans les régions où les dépenses en immobilisations sont importantes, dans les collectivités éloignées et isolées et chez les Premières Nations ayant le plus besoin d’aide. Cela a eu des répercussions sur la capacité de planifier et d’entreprendre des activités de renforcement des capacités et des inspections d’établissements ainsi que sur la réalisation d’un examen adéquat de la documentation et de l’administration des dossiers.

L’audit a aussi constaté que des régions se penchent actuellement sur le besoin de ressources additionnelles de prestation au moyen du fonds de stimulation du FIS. Toutefois, ces régions en sont rendues à différentes étapes de préparation. Bien que certaines régions aient soit achevé la dotation, soit en sont rendues aux dernières étapes du processus de dotation, d’autres ont indiqué que le processus n’avait pas encore commencé.

En conclusion, l’absence d’analyses et de plans opérationnels détaillés pour le programme, s’appuyant sur la construction d’immobilisations et les activités de F et E planifiées dans les régions, a contribué à une affectation de ressources ne répondant possiblement pas aux exigences réelles. Le fonds de stimulation et les augmentations connexes de l’activité de construction d’immobilisations accroissent l’importance de mettre en place un processus de planification opérationnelle et un examen de l’affectation des ressources spécifiques au PES.

Recommandation 2

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint principal et le sous-ministre adjoint, Opérations régionales, DGSPNI, et le sous-ministre adjoint, DGSG, s’assurent :

- qu’un processus systématique de collecte et d’analyse de données actuelles liées aux exigences de F et E des établissements soit mis en œuvre et que le financement de F et E consenti aux bénéficiaires soit uniforme et consigné avec précision pour appuyer la prise de décisions;
- qu’un examen des ressources soit entrepris de façon à garantir que les plans opérationnels régionaux du PES élaborés reflètent de manière optimale le meilleur alignement et la meilleure affectation des ressources internes pour appuyer adéquatement les activités d’exécution du programme.

Réponse de la direction

La DGSPNI utilisera les données du SGISC 2016-2017 ainsi que les données du SAP pour déterminer les attributions de fonctionnement et d’entretien et procéder à une analyse quantitative. L’analyse, qui doit inclure l’identification des opérations mal codées et des recommandations pour les corrections, servira à préparer la mise en œuvre de la planification et de la production de rapports concernant le F et E.

La DGSPNI doit mettre en œuvre un volet de planification, d’analyse et de production de rapports concernant le fonctionnement et l’entretien dans le processus de planification des immobilisations à long terme. Le modèle de collecte et de fourniture de données doit être élaboré et mis en œuvre au début du prochain cycle de planification du PILT débutant à l’automne de 2017.

La DGSPNI, en collaboration avec la DGSG, mettra au point un protocole d’entente indiquant notamment le niveau de service attendu, d’après une analyse du soutien régional, afin de s’assurer que tout concorde.

3.2 Politiques/directives, processus et systèmes

Critère d’audit : La DGSPNI dispose de politiques, manuels de directives et systèmes actuels pour l’exécution du Programme des établissements de santé de la DGSPNI.

Des directives et des politiques efficaces soutiennent la direction et le personnel pour s’acquitter de leurs responsabilités conformément aux attentes. Des systèmes efficaces permettent de saisir, d’analyser et de signaler les renseignements qui facilitent et améliorent la prise de décisions, la mesure du rendement et la responsabilisation.

Politiques et directives

L'élaboration de normes, de politiques et de directives est une responsabilité nationale qui appartient à l'AC du DGSG et de la DGSPNI. L'ensemble de documents préparé et en place pour établir les normes et donner des directives sur la prestation et la gestion du PES est présenté dans la section 1.2 de ce rapport, notamment : le *Cadre de planification et de gestion des contributions pour dépenses en capital de la DGSPNI* (mars 2016), le *Livre des connaissances* (février 2012) et le *Protocole sur l'infrastructure de santé et l'immobilisation* (février 2015).

Cet ensemble comprend également d'autres protocoles et guides, notamment un protocole pour mener des vérifications intégrées des établissements (VIE), des directives de conception et de planification pour les établissements de santé financés par la DGSPNI et des guides pour faire des audits des bénéficiaires et pour produire des rapports sur les bénéficiaires.

Un examen des documents cernés a relevé que des sections de certains documents sont désuètes ou ne reflètent pas l'environnement entourant les ententes de contribution, les processus ministériels et la structure organisationnelle actuels; ces documents offrent des directives qui ne sont pas uniformes et qui peuvent être sujettes à des interprétations variées par les agents responsables des immobilisations.

Processus en matière de projet

L'audit a porté sur 35 dossiers d'immobilisations, notamment des projets achevés ou commencés au cours de la période d'avril 2014 à octobre 2016 dans trois régions, et elle comprenait des entrevues avec des agents de programme pour mettre à l'essai les processus liés à la mise en œuvre de projets d'immobilisations dans le domaine des études de faisabilité techniques, des plans fonctionnels, des évaluations environnementales, de l'appel d'offres, des frais d'administration des projets et de la démonstration de diligence raisonnable et de l'administration des dossiers.

Les études de faisabilité techniques sont des études préparées par des ingénieurs ou architectes professionnels et portent sur le mérite relatif et la faisabilité d'une ou plusieurs options de rénovation, de construction ou de conception pour les projets proposés. Le protocole précise que l'agent responsable des immobilisations peut demander qu'une étude de faisabilité soit réalisée à tout moment.

La mise à l'essai des dossiers et les entrevues ont révélé qu'il existe des variations entre les régions. Alors que dans une région, les agents responsables des immobilisations ont indiqué que les études de faisabilité étaient toujours envisagées et réalisées sur une base régulière; dans une autre région, les agents responsables de deux dossiers d'immobilisations importants mis à l'essai ont révélé que les études de faisabilité n'étaient pas réalisées d'ordinaire, car elles n'avaient aucune valeur du fait que la nécessité et la portée du projet étaient connus par le Ministère.

Les plans fonctionnels soulignent la justification liée au besoin d'espace pour de nouveaux établissements en se fondant principalement sur les types de programmes de santé financés

qui sont fournis dans ces établissements. Dans le *Livre des connaissances*, il est mentionné que « [traduction] pour veiller à respecter les exigences, le plan fonctionnel et le bon d'acheminement doivent être signés par tous les programmes applicables ».

Un examen des dossiers de projet a révélé que certains plans fonctionnels étaient complets, d'autres avaient différentes versions et pour certains, l'espace de l'établissement ne correspondait pas au plan. Les agents responsables des immobilisations ont confirmé que des programmes étaient consultés et, dans certains cas, des courriels ont été présentés comme preuve. Toutefois, parmi les dossiers applicables mis à l'essai, seuls 40 % des plans fonctionnels contenaient des signatures d'autorisation officielles des différents représentants de programmes de santé pour indiquer leur contribution ou leur acceptation du plan.

De plus, l'audit a dévoilé des différences sur la manière dont la détermination des exigences d'espace est interprétée et appliquée. Dans une région, il a été indiqué que, lors de la conception des établissements, on n'avait pas « réserver d'espace de construction » pour tenir compte de la croissance future de la collectivité. Deux autres régions ont indiqué tenir compte de la croissance future lors de la détermination des exigences d'espace et dans la conception des établissements de santé.

Les évaluations environnementales sont des outils utilisés par le gouvernement fédéral pour évaluer les possibles répercussions environnementales des projets proposés. Elles permettent de s'assurer que toute répercussion environnementale négative est cernée et que des mesures sont prises pour atténuer ces répercussions. Idéalement, les évaluations environnementales sont amorcées le plus rapidement possible dans le processus de planification d'un projet.

Un examen des dossiers de projet et des entrevues avec les agents responsables des immobilisations ont permis d'établir qu'il y avait des différences de compréhension sur la manière d'aborder les préoccupations environnementales et de documenter les décisions connexes. Dans les cas où les préoccupations environnementales étaient abordées par des consultants au nom du bénéficiaire, il n'y avait aucune preuve documentée de l'examen ou de l'acceptation de l'opinion du consultant soit par les agents responsables des immobilisations, soit par un agent / responsable environnemental au sein de la DGSPNI ou la DGSG. Les agents interrogés ont mentionné que le bénéficiaire et le consultant du projet étaient chargés de déterminer le besoin d'une évaluation environnementale. Toutefois, étant donné que les exigences des évaluations environnementales n'étaient pas clairement comprises et que les mêmes consultants sont souvent utilisés par les Premières Nations, il y a un risque que les préoccupations environnementales ne soient pas traitées uniformément ou adéquatement et ne soient pas prises en compte dans les projets futurs.

L'appel d'offres (offre de contrat concurrentielle) est une pratique de contrôle solide qui démontre l'application de l'équité et de la meilleure valeur dans l'approvisionnement de biens et services. Les directives du *Livre des connaissances* indiquent qu'il s'agit d'une pratique opérationnelle exemplaire et une condition pour que les bénéficiaires de financement soient en mesure d'octroyer des contrats de manière concurrentielle pour les services d'un consultant (architecte) ou d'un entrepreneur. Elles énoncent également qu'un appel d'offres concurrentiel doit toujours être une pratique exemplaire suivie par les Premières Nations pour les contrats

dépassant 100 000 \$, et que lorsque le processus concurrentiel est contourné, la décision doit être appuyée par une justification par écrit.

Parmi l’échantillon de projets pour des services de construction, l’audit a révélé que 60 % des projets étaient accordés conformément aux exigences; cependant, la documentation était considérée comme faible.

En ce qui concerne l’échantillon de dossiers pour les services d’architecture, 64 % des dossiers ne contenaient pas de preuve sur le suivi d’un processus d’appel d’offres, et pour les services de gestion de projet, seuls 8 % des dossiers contenaient une preuve d’appel d’offres.

Des agents responsables des immobilisations ont confirmé ces observations et ont mentionné que même si les bénéficiaires pouvaient solliciter des conseils ou des suggestions auprès d’eux par rapport aux appels d’offres concurrentiels, la décision est ultimement celle du bénéficiaire, et cette dernière dépend souvent du niveau d’association précédent entre le bénéficiaire et le gestionnaire de projet ou le consultant et/ou de la non disponibilité du service dans la région.

Frais d’administration des projets

Il est énoncé dans les modalités de l’autorisation relative au soutien de l’infrastructure de la santé qui régit le programme que : « [Traduction] habituellement, les dépenses admissibles comprendront l’administration des programmes, les salaires du personnel et les avantages ». Les frais/coûts d’administration ne sont pas traités comme une dépense admissible pour le programme et l’absence de directives à cet égard a donné lieu à un large éventail de pratiques dans ce domaine.

La mise à l’essai des dossiers de projet a révélé que les frais d’administration pour les Premières Nations bénéficiaires ou les conseils de bande/organisations d’autorité sanitaire connexes faisaient partie des budgets des projets financés. Ces frais variaient de deux à dix pour cent du total des coûts du projet et, dans certains cas, comportaient plus d’un niveau d’administration; ce qui veut dire que les budgets affectaient des coûts à l’administration par la collectivité des Premières Nations, par un conseil tribal ou une organisation d’autorité technique connexe.

Les agents responsables des immobilisations ont mentionné que les frais d’administration sont déterminés sur la base des projets individuels, en tenant compte du degré d’administration qui serait requis selon la nature du projet. Toutefois, il n’existait aucune preuve documentée dans les dossiers qui justifiait ou indiquait la manière dont le montant des frais d’administration était calculé. Par exemple, pour deux projets relativement identiques de l’échantillon, gérés par le même bureau régional et supervisés par le même gestionnaire d’établissement, les frais d’administration s’élevaient pour un à environ 41 000 \$ alors qu’ils étaient de 11 000 \$ pour l’autre, et le total des coûts accessoires (non-construction) était de 100 000 \$ et de 30 000 \$ respectivement.

Démonstration de diligence raisonnable et de l’administration des dossiers

Une liste de vérification d’auto-évaluation d’un projet d’immobilisations est requise pour appuyer le maintien d’une structure de dossiers uniforme pour chaque projet d’immobilisations, de sa mise en œuvre à son achèvement. L’examen des dossiers de projet a révélé que des listes de vérification n’étaient pas utilisées.

Les listes de vérification aident à documenter la mesure dans laquelle l’agent responsable des immobilisations fait preuve de diligence raisonnable en ce qui a trait à la supervision du projet pour veiller à ce que les exigences de documentation clés soient cernées et respectées selon une structure de dossiers uniforme. L’audit a révélé que des ordres de changement et la documentation sur l’appel d’offres à l’entrepreneur n’étaient pas placés dans le dossier de manière uniforme.

Les agents responsables des immobilisations ont confirmé qu’ils manquaient des documents dans des dossiers, ils s’attendaient à les trouver en possession du gestionnaire de projet, car il s’agit principalement de la responsabilité de ce dernier. Pour toutes les régions visitées, les agents responsables des immobilisations ont mentionné qu’il n’y avait pas de directive régionale précise en ce qui a trait à la manière de démontrer qu’ils avaient fait l’examen avec diligence raisonnable sur l’exécution de projets d’immobilisations ou d’attentes précises pour la documentation des dossiers, et que l’AC de la DGSG n’avait envoyé aucune directive en ce sens.

En conclusion, les observations mentionnées ci-dessus peuvent indiquer que les agents responsables des immobilisations n’ont pas une compréhension claire ou commune des attentes spécifiques relatives à certains aspects de la mise en œuvre de projets d’immobilisations. Ne pas suivre toutes les étapes requises augmente le risque que les projets ne soient pas entrepris conformément aux exigences du programme, et des différences dans la mise en œuvre peuvent se traduire par des inefficacités dans l’exécution de projet ou par un financement de projet inéquitable. L’absence d’une compréhension commune des attentes pour démontrer la diligence raisonnable dans le soutien et la surveillance des projets d’immobilisations, tel que souligné dans les politiques et les manuels de directives, augmente le risque du programme. Finalement, il est nécessaire de s’assurer que toutes les étapes entreprises sont documentées pour démontrer qu’elles ont été réalisées à des fins de diligence raisonnable.

Recommandation 3

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint principal et le sous-ministre adjoint, Opérations régionales, DGSPNI, s’assurent :

- **que les politiques, documents d’orientation et directives sur la mise en œuvre et la surveillance de projets soient mis à jour et communiqués, et que les rôles et responsabilités applicables soient précisés.**

Réponse de la direction

Le bon fonctionnement d’un programme tel que le Programme des établissements de santé et des immobilisations exige des documents clairs et à jour. En 2015-2016, la DGSPNI a mis à jour son cadre de planification et gestion des contributions d’immobilisation et son protocole d’infrastructure de santé et d’immobilisation.

La DGSPNI doit examiner et mettre à jour tous les documents clés (tel que décrits ci-dessous) associés à l’exécution du Programme des établissements de santé et des immobilisations, y compris le renforcement des rôles et des responsabilités. Elle doit notamment mettre à jour les documents du cadre et du protocole et terminer une ébauche d’énoncé de projet qui a été élaborée en 2016-2017 ainsi qu’un projet de document d’analyse de rentabilisation. Enfin, la DGSPNI doit réviser le *Manuel de planification et de gestion des immobilisations* (MPGI) afin de tenir compte des changements dans les politiques.

Systemes

Il y a deux systèmes de gestion de l’information clés en place pour appuyer la prestation et la gestion du PES.

Le **Système intégré de gestion des biens immobiliers (SIGBI)** est en place pour saisir et gérer les renseignements liés aux établissements de santé. Le programme reconnaît que depuis longtemps il est nécessaire de mettre au point un système de remplacement, besoin identifié dès 2010, et il était noté dans le rapport *Programme des Établissements de santé et immobilisations - Évaluation du groupe* de la DGSPNI de Santé Canada en 2012. Les entrevues menées auprès des représentants du programme au niveau régional et national ont confirmé que : le système est fondé sur une plateforme Lotus, qui n’est plus prise en charge, manque de la fonctionnalité requise, et qu’il y a un risque que les renseignements ne soient pas précis ou complets. Des préoccupations ont également été exprimées concernant un risque important de mauvais fonctionnement et de perte de données en raison de l’instabilité du système. Les préoccupations notées et le manque de fonctionnalité ont forcé chaque région à préparer des bases de données/feuilles de calculs, ce qui s’est traduit par des inefficacités potentielles et des incohérences dans la saisie de données.

Il est noté que le programme devait fonctionner à l’intérieur des contraintes du processus d’investissement en gestion de l’information/technologie de l’information et les priorités connexes. La direction du PES de l’AC a mentionné que cela a jusqu’à maintenant empêché l’achat d’un système de remplacement en temps opportun.

Le plan opérationnel de la direction de la DGSPNI 2016-2017 a affecté à une fin particulière une somme de 250 000 \$ pour la mise en œuvre d’un nouveau système de gestion de données en remplacement du SIGBI. À ce jour, le PES travaille avec la Division des services de gestion de l’information (DSGI) et SPC pour élaborer les exigences ministérielles ainsi que pour faire l’analyse des options.

Le **Système de gestion de l’information sur les subventions et contributions (SGISC)** a été adopté par le Ministère aux fins d’utilisation au début de l’exercice financier 2015-2016. Le système automatise les processus ministériels des paiements de transfert et gère les accords de financement et les renseignements sur ces derniers. Sa fonctionnalité offre des avantages clés qui visent à améliorer la responsabilisation globale, notamment :

- la création et la gestion des ententes de financement, les modifications et ajustements, y compris les contrôles intégrés à l’utilisation de modèles de l’EC et le suivi des processus d’approbation;
- la gestion des transactions financières et la production de rapports;
- la soumission, l’examen et l’approbation des exigences relatives à la production de rapports du bénéficiaire.

Les entrevues avec les utilisateurs se sont traduites par des opinions variées, notamment des utilisateurs qui mentionnent avoir relevé des défis liés au système, mais attribués à première vue à sa nouveauté, et que les défis ont été résolus à mesure qu’ils se sont familiarisés avec le système.

En conclusion, le SGISC a été adopté et intégré pour appuyer la gestion du financement de contributions du PES. Par contre, en raison de sa fonctionnalité et de son instabilité, le SGISC représente des risques importants liés à la perte de données et à la gestion efficace des renseignements sur l’établissement. De plus, la création de feuilles de calculs dans les régions pour saisir les données pose un risque de manque de fiabilité des données et d’inefficacités pour recueillir les données qui peuvent être saisies différemment d’une région à l’autre.

Recommandation 4

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint principal et le sous-ministre adjoint, Opérations régionales, DGSPNI, s’assurent :

- **qu’un système de remplacement de l’ancien système de gestion de l’information des établissements soit mis au point et;**
- **qu’en l’absence d’un système intégré de gestion des biens immobiliers entièrement fonctionnel, une stratégie d’atténuation provisoire soit mise en place pour saisir les renseignements administratifs par région.**

Réponse de la direction

La DGSPNI reconnaît qu’un système d’information de gestion des biens immobiliers entièrement fonctionnel est nécessaire et travaille pour en arriver à une solution, et en même temps reconnaître la nécessité de travailler au sein de la liste des priorités de Santé Canada-Services partagés Canada (en mars 2016, le projet était classé 42e sur 59 sur la liste des priorités).

La DGSPNI doit, par l’entremise du processus de planification des investissements du Ministère, continuer à rechercher un système de remplacement approprié pour l’actuel système

intégré de gestion des biens immobiliers (SIGBI). Les efforts seront concentrés sur l’élaboration d’options et d’une analyse de rentabilisation qui reflétera une portée de projet qui a évolué et qui inclut maintenant les différents types d’actifs des différents secteurs du programme [p. ex. Programme d’aide préscolaire aux Autochtones des réserves et Programme national de lutte contre l’abus de l’alcool et des drogues chez les Autochtones]. Il faudra cependant adopter une approche cohérente entre les régions et les différents programmes relativement à la production de rapports. Les besoins en financement des TI du gouvernement du Canada ont changé depuis le début du projet et, selon l’option choisie, cela aura des conséquences sur les étapes et le calendrier du projet.

Dans l’intervalle, la DGSPNI continuera à mettre en œuvre des mesures d’atténuation afin de s’assurer que les processus opérationnels puissent faire l’objet d’un suivi et que des renseignements pertinents sont recueillis. On élaborera une stratégie officielle pour examiner :

- 1) l’utilisation des composants appropriés du système actuel, dans la mesure du possible, y compris les applications suivantes : base de données principale de l’information sur les immeubles, FCES et gestion d’actifs; 2) la mise en œuvre de processus et de modèles cohérents au niveau régional en ce qui concerne : l’énoncé de projet, le Plan d’immobilisations à long terme (PILT) et le suivi des vérifications et des inspections. Les solutions de rechange incluent principalement l’utilisation de feuilles de calcul Excel (p. ex. le PILT) et de modèles Word (p. ex. énoncé de projet).

Nota – Même si aucun nouveau développement ne sera fait sur le SIGBI (la plateforme de développement n’est plus supportée), le système sera maintenu et restera actif jusqu’à ce qu’une solution de remplacement soit mise en œuvre.

3.3 Paiements de transfert

Critère d’audit : Les ententes de contribution sont conformes à la *Politique sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor et les directives connexes, et comprennent des clauses pour permettre la gestion ou l’atténuation des risques liés au programme et aux projets au niveau du bénéficiaire.

L’entente de contribution est un contrôle et un document de responsabilisation clé pour la gestion du transfert de fonds de Santé Canada aux bénéficiaires. Par conséquent, les ententes doivent contenir des clauses appropriées pour permettre une gestion efficace des fonds tout en se conformant aux exigences des ententes et des clauses connexes, telles qu’établies par le SCT.

Entrée en vigueur en avril 2015, la DGSPNI a adopté une méthode d’entente de financement uniquement pour ses bénéficiaires des Premières Nations. Selon cette méthode, le financement aux bénéficiaires fourni officiellement dans le cadre d’ententes de contribution en immobilisations spécifiques est maintenant fourni dans le cadre d’une entente consolidée unique avec le bénéficiaire grâce à une modification de l’entente.

L’unité régionale Appui et coordination, Division des modes de financement en matière de santé (DMFS) de l’AC a élaboré des modèles d’entente communs que toutes les régions peuvent utiliser. Un examen détaillé et une comparaison des clauses dans les modèles d’entente et celles soulignées dans la *Politique sur les paiements de transfert* du CT et la directive connexe ont permis d’établir que ces modèles d’entente étaient conformes aux exigences de la directive du SCT.

Dans chaque région, on retrouve une fonction de DMFS qui appuie la préparation et la mise en œuvre des ententes de financement. Cela comporte un examen détaillé et un processus d’assurance de la qualité pour la réalisation de l’entente et des modifications, y compris différentes étapes d’examen par des pairs, des gestionnaires de programme et des représentants de la DGSG et de la DMFS avant la signature des ententes ou des modifications par les cadres régionaux. Depuis la mise en œuvre du SGISC en 2015-2016, des lacunes relevées dans les modèles d’entente sont contrôlées, le système ayant la capacité d’identifier des différences de texte par rapport aux modèles approuvés. Ces lacunes doivent être approuvées par la DMFS de à l’AC.

Un échantillon de 15 ententes a été mis à l’essai. L’essai a révélé qu’elles contiennent toutes les clauses requises pour faciliter une surveillance et une production de rapports efficace en lien avec le financement des immobilisations. Durant les entrevues, les agents de la DGSPNI ont indiqué qu’ils communiquaient avec les agents responsables des immobilisations avant d’émettre les paiements d’immobilisations. Toutefois, ils ont confirmé qu’il n’y avait actuellement aucune exigence d’autorisation officielle. Bien que les fonds de projet puissent être fournis en fonction du calendrier du flux de trésorerie convenu, cela augmente le risque qu’ils soient déboursés à l’avance lorsque le projet ne progresse pas au rythme prévu à l’origine. Les agents de la DGSPNI comme ceux de la DGSG dans les régions ont indiqué qu’ils travaillent actuellement à la mise en œuvre d’un processus d’autorisation officiel pour traiter ce risque.

En conclusion, la migration vers un modèle d’entente de financement unique est conforme à l’initiative générale du gouvernement visant à simplifier, dans la mesure du possible, l’ensemble des processus de financement et à réduire au minimum le fardeau administratif des bénéficiaires et des ministères. De plus, les modèles d’entente préparés sont conformes aux exigences de la *Politique sur les paiements de transfert* du CT et le processus en place pour leur mise en œuvre est bien contrôlé.

3.4 Surveillance et préparation de rapports

Critère d’audit : Un processus systématique est en place pour la surveillance, l’évaluation et la production de rapports de l’état d’avancement des projets d’immobilisations et l’état des établissements de santé financés par la DGSPNI.

La surveillance et la préparation de rapports représentent des composantes clés de tout cadre de gestion. Les deux permettent d’évaluer les activités entreprises et l’atteinte des jalons connexes par rapport aux plans, aux normes et aux attentes. Ces composantes simplifient également la modification des plans et des stratégies et appuient une réaffectation efficace des ressources.

Surveillance de projet

Les agents responsables des immobilisations et les directeurs régionaux de la DGSG participent étroitement aux projets d’envergure tout au long de leur cycle de vie. Ils sont informés des progrès des projets et des défis éventuels de la façon suivante :

- participation en tant que membres sans droit de vote à l’équipe de gestion de projet;
- examen de la documentation clé, y compris les documents de conception de l’établissement, les estimations de coûts et les budgets;
- examen du changement de portée et des rapports de l’ordre de changement fournis par le gestionnaire de projet;
- rapports d’étape mensuels fournis par le gestionnaire de projet qui détaille les coûts réels par rapport au budget et à la description qualitative de l’état du projet;
- interactions avec des agents régionaux de la DGSPNI visitant les collectivités, ainsi que des techniciens d’entretien, des agents de santé environnementale et les membres du personnel en soins infirmiers de Santé Canada résidant dans la collectivité.

Les agents responsables des immobilisations passent en revue les rapports de projet et de F et E. La SGISC fournit un contrôle et une fonctionnalité efficaces pour la saisie et la prestation d’une voie d’audit adéquate sur l’état d’avancement de la production de rapports requise conformément aux ententes de contribution.

La production de rapports sur l’état du projet au niveau régional est réalisée dans le cadre des mises à jour sur l’état du projet qui sont fournies par le directeur régional de la DBIR aux cadres de la DGSPNI, officiellement ou non, durant des réunions bilatérales, à la table de la haute direction régionale ou aux comités d’examen de la répartition des immobilisations (ou l’équivalent). À l’échelle nationale, la haute direction, dans le cadre de réunions du sous-comité des opérations du CHD, reçoit des mises à jour sur l’état du projet dans le cadre du processus d’actualisation du PILT.

État des établissements de santé

L’état des établissements de santé est évalué de manière non officielle lorsque des visites sont faites par des représentants de la DGSPNI, comme des agents environnementaux, des membres du personnel du programme ou des agents responsables des immobilisations. Ils sont également évalués en utilisant deux autres activités d’inspection officielles.

Les **audits intégrés des établissements (AIE)** sont des audits de tiers indépendantes des établissements coordonnées par l’AC qui abordent la condition et la performance de l’infrastructure des établissements de santé et des bâtiments, la performance des opérations de

l'établissement (y compris les éléments de santé et de sécurité et la performance environnementale), et les pratiques de gestion. Un petit nombre d'établissements de santé à travers les régions sont vérifiés chaque année. Ces établissements sont choisis à partir de listes fondées sur les risques fournies par les régions. Un protocole a été élaboré pour encadrer ces audits et guider les entrepreneurs qualifiés qui les réalisent. Il comprend un cadre pour déterminer la priorité des résultats et un modèle de rapport. Les rapports finaux sont examinés par le PES de l'AC pour en vérifier la conformité et l'état d'achèvement, ils sont ensuite distribués aux bureaux régionaux pour les transmettre aux bénéficiaires et aux fins de suivi. Les régions établissent les priorités pour les éléments des rapports concernant les immobilisations et les incluent, le cas échéant, dans leur PILT.

Les rapports sur l'état des établissements (REE) sont produits à la suite des inspections des établissements de santé. Ils mettent l'accent uniquement sur l'état et non sur les secteurs additionnels couverts par les, AIE comme les préoccupations environnementales, les matières dangereuses, la conservation de l'énergie et de l'eau et la gestion des déchets. Ces inspections sont coordonnées à l'échelle régionale et entreprises par les Premières Nations, des autorités techniques associées, des agents responsables des immobilisations ou des entrepreneurs engagés par le bureau régional.

Le Rapport 4 – L'accès aux services de santé pour les communautés éloignées des Premières Nations, du Bureau du vérificateur général du Canada, daté du printemps 2015, révèle que Santé Canada n'a pas entièrement suivi son calendrier pour mener les inspections des postes de soins infirmiers. Le présent audit a révélé que le PES avait donné suite aux recommandations liées au rapport du BVG en faisant ce qui suit :

- établissement d'un cycle de trois ans pour réaliser l'inspection de tous les établissements;
- communication des exigences explicites dans le *Cadre de planification et de gestion des contributions pour dépenses en capital* de la DGSPNI et le *Protocole sur l'infrastructure de santé et l'immobilisation*;
- mise en œuvre d'un mécanisme d'« attestation » utilisant un questionnaire d'auto-évaluation, dans lequel les cadres régionaux attestent qu'il y a un processus en place dans leur région en lien avec les normes. À l'aide des réponses aux 10 questions et des commentaires offrant un contexte pertinent, les cadres régionaux ont indiqué dans quelle mesure leur région est conforme aux normes.

Les régions ont établi des calendriers et travaillent sur la réalisation des REE et à l'atteinte de la cible du cycle de trois ans. Toutefois, certaines personnes interrogées ont exprimé la préoccupation que les restrictions en matière de ressources représentent un défi. Le PES a pris un engagement et des mesures nécessaires pour établir un partenariat avec Affaires autochtones et du Nord Canada en vue de mener conjointement les inspections des établissements, le cas échéant.

Secteurs à améliorer

Nonobstant les constatations précédentes, les conclusions qui suivent de l'audit donnent l'occasion d'améliorer la surveillance des projets d'immobilisations et de l'état des établissements.

- Documentation de dossier non uniforme démontrant la diligence raisonnable des agents responsables des immobilisations pour surveiller et appuyer les projets d’immobilisations (voir la section 3.2).
- Deux audits intégrés d’établissement sont réalisés en moyenne par région annuellement, laissant l’établissement des priorités au niveau régional, ce qui ne reflète pas nécessairement les priorités au niveau national.
- Des réserves ont été exprimées concernant le cycle de trois ans pour réaliser les REE, ce qui semble très ambitieux (la plus grande région, l’Ontario, a récemment commencé à cataloguer, mettre en ordre de priorité et fournir des estimations des coûts pour plus de 4 000 déficiences tirées de plus de 70 rapports d’inspection réalisés il y a trois ans dans le cadre du processus de REE).
- Une analyse des conclusions des audits intégrées des établissements n’a pas été entreprise par la direction du PES, ce qui limite la capacité de cette dernière à maintenir, suivre et analyser les recommandations formulées à la suite de ces audits pour cerner des thèmes ou des problèmes communs ainsi que pour donner une direction additionnelle, au besoin. L’information liée à l’état des établissements et au suivi des conclusions de l’audit a été laissée aux régions individuelles.
- Les agents responsables des immobilisations régionaux créent et mettent à jour leurs propres bases de données régionales pour saisir les renseignements liés à l’état des établissements, lesquels peuvent être maintenus et suivis d’une manière non uniforme.
- Les régions ont confirmé que personne ne sait combien de bénéficiaires des Premières Nations ont établi et mis en œuvre des plans de F et E spécifiques à leurs installations.

Les plans de F et E ne font actuellement pas partie des critères d’inspection des établissements ou des audits intégrés des établissements. La direction du PES a mentionné que comme la capacité des bénéficiaires à cet effet s’améliore, il y a un point de vue à plus long terme pour replacer l’accent et faire la transition d’un processus d’audit intégré des établissements vers un processus d’audit de F et E, en portant une attention particulière sur des aspects précis des plans de F et E des établissements.

Les améliorations et les recommandations exprimées dans ce rapport d’audit concernent la gestion des risques de projet d’une manière plus officielle; la communication efficace de directives plus contraignantes pour les agents responsables des immobilisations; la saisie et l’analyse des coûts réels de F et E des établissements; et le remplacement du système intégré de gestion des biens immobiliers actuels en vue d’appuyer plus efficacement la surveillance et la production de rapports. Toutefois, à la lumière de ces conclusions, il y a toujours un risque que les régions ne soient pas en mesure d’entreprendre de manière uniforme et efficace les activités de surveillance et le suivi liées à la mise en œuvre des projets d’immobilisations et des activités de F et E.

L’audit conclut que pour aborder les secteurs cernés en lien avec la surveillance et dans le cadre de la suggestion d’intégrer officiellement la gestion des risques de projet (section 2.12) et d’appuyer la mise à jour des directives ([recommandation 3](#)), le PES pourrait profiter de la mise en place d’un rôle actif de surveillance, de suivi et d’assurance de la qualité à l’échelle nationale afin de superviser les pratiques régionales. Cette approche permettrait de s’assurer que les directives et les attentes sont comprises de manière uniforme et appliquées équitablement entre les régions et les bénéficiaires à l’égard de ce programme national.

Recommandation 5

Le sous-ministre adjoint principal et le sous-ministre adjoint, Opérations régionales, DGSPNI, doivent s’assurer qu’une fonction d’assurance de la qualité nationale est mise en place pour superviser le financement d’immobilisations régionales et les activités de surveillance, y compris la gestion des risques de projet, afin d’appuyer des pratiques régionales uniformes et équitables et de permettre des améliorations efficaces et en temps opportun aux politiques de programme, le cas échéant.

Réponse de la direction

La DGSPNI intégrera un processus de suivi de fin d’année pour le plan d’immobilisations à long terme, y compris un examen direct des dossiers de projet (échantillon aléatoire de cinq et de deux dossiers capitaux mineurs et majeurs respectivement pour toutes les régions affichant ce volume de projets) et élaborera une liste de vérification des projets d’immobilisations afin de mieux soutenir la gestion des dossiers et de réduire les risques pour le programme.

3.5 Renforcement de la capacité du bénéficiaire

Critère d’audit : La DGSPNI fournit de la formation et du soutien aux bénéficiaires pour augmenter leur capacité à gérer les enjeux environnementaux, de sécurité et d’entretien dans leurs établissements.

Le renforcement de la capacité a été identifié comme l'un des composants ou thèmes clés du modèle logique du PES et de l'ébauche de la stratégie de mesure du rendement. Les activités mentionnées connexes à ce thème comprennent la fourniture de renseignements et de formation liés à la gestion, à l'administration et à l'exécution de projets d'immobilisations et à l'exploitation des établissements.

L'audit a confirmé qu'un certain niveau de soutien est offert aux bénéficiaires. À l'échelle nationale, le *Guide to Developing and Implementing an Operations and Maintenance Plan for Your Health Facility* (Guide pour le développement et la mise en œuvre d'un plan de fonctionnement et d'entretien de votre établissement de santé) a été élaboré à l'attention des bénéficiaires. Au niveau régional, les gestionnaires d'établissement, les agents responsables des immobilisations et les techniciens d'entretien offrent leur appui en participant aux équipes de gestion de projet et fournissent des conseils lorsqu'ils visitent les collectivités ou autrement, à la demande des bénéficiaires. Toutefois, les entrevues menées auprès de ces représentants régionaux ont également confirmé que même si des conseils ponctuels sont formulés, les activités de renforcement des capacités ne sont pas systématiquement entreprises. De plus, il n'y a aucun plan ou aucune initiative spécifique, les ressources connexes ne sont pas identifiées ou affectées et il n'y a aucun mécanisme pour mesurer adéquatement les progrès ou les résultats.

Les gestionnaires et les agents responsables des immobilisations régionaux ont mentionné que le niveau de capacité varie grandement entre les bénéficiaires. Un grand nombre de ces derniers doivent faire face à des défis lors de l'octroi de contrat pour des services relativement simples et pour aborder des exigences de F et E très simples, obligeant dans certains cas que des techniciens en F et E au sein du PES s'occupent de ces services ou contrats en leur nom.

Un rapport d'évaluation sur le PES a révélé des données probantes sur des activités de renforcement de capacité directes dans les régions visitées; toutefois, il a été noté que les collectivités plus petites et éloignées tendent à faire face à des défis plus importants en ce qui a trait à l'augmentation de leur capacité en lien avec les projets d'immobilisations et pour la gestion des activités de F et E.

En conclusion, le PES risque de ne pas atteindre son objectif, précisé dans sa stratégie de mesure du rendement, en vue d'améliorer la capacité des bénéficiaires des Premières Nations dans la gestion, l'administration et la prestation de projets d'immobilisations et l'exploitation des établissements afin de soutenir des établissements de santé sains. L'audit reconnaît qu'en raison des vastes différences entre les ressources qualifiées disponibles dans chaque collectivité et leurs capacités variées à entreprendre des projets d'immobilisations ou à entretenir adéquatement les établissements de santé, une stratégie de renforcement des capacités unique n'est pas réalisable. Par conséquent, une méthode plus systématique, axée sur les activités de renforcement des capacités et de la mesure des résultats connexes améliorera la capacité du PES à gérer le risque cerné.

Au moment de l'audit, le PES était à mettre à jour sa stratégie de mesure du rendement et son modèle logique connexe. Le PES a mentionné que l'alignement des attentes futures liées au renforcement de la capacité sur le modèle logique serait abordé dans le cadre de cet exercice de mise à jour.

3.6 Ententes sur l’échange de renseignements

Critère d’audit : Des données sur le rendement pertinentes existent et sont utilisées pour appuyer la prise de décisions.

La mesure du rendement est un processus et un contrôle clés pour appuyer la responsabilisation et pour fournir des renseignements pertinents à l’appui de la prise de décisions. Elle permet d’assurer la pertinence et l’efficacité des stratégies et des plans opérationnels dans l’atteinte du ou des objectifs de l’ensemble du programme.

Le PES a préparé une ébauche de modèle logique 2016-2017 et une stratégie de mesure du rendement (SMR) qui sont conçues pour servir de processus durable et répétable pour la collecte et l’analyse systématiques des renseignements sur le rendement. Le modèle logique cerne trois composants ou thèmes clés assortis des activités, produits livrables et résultats à long terme, intermédiaires et immédiats connexes. La SMR à l’appui cerne 18 résultats attendus et les indicateurs de rendement connexes.

Dans son rapport ministériel sur le rendement 2015-2016, Santé Canada a fait rapport sur deux indicateurs de rendement du programme, nommément : a) le nombre de recommandations de priorité élevée découlant des audits intégrés des établissements qui sont abordés selon l’échéancier; b) le nombre de bénéficiaires qui ont signé des ententes de contribution commençant en 2011-2012 et qui ont préparé des plans pour la gestion des activités de fonctionnement et d’entretien de leur infrastructure de santé. Au moment de l’audit, Santé Canada effectuait une révision du Cadre de mesure du rendement, y compris des indicateurs des établissements de santé, et avait mis en œuvre une nouvelle exigence pour assurer le suivi des inspections et combler les lacunes. Toutefois, le premier cycle d’établissement de rapports n’était pas encore terminé lors de la période visée par cet audit. C’est pourquoi l’audit n’a pas été en mesure d’évaluer les preuves d’activités systématiques de collecte d’indicateurs de rendement et de production de rapports connexes.

Durant l’audit, la direction et le personnel des régions ont mentionné qu’ils n’avaient pas entrepris d’activités de mesure du rendement par eux-mêmes et, bien que l’AC demande des renseignements sur une base ponctuelle et que les régions tentent de leur en fournir, il ne s’agit pas encore d’un processus officiel et uniforme.

En conclusion, même si le PES ne surveille actuellement pas les résultats sur une base régulière, il est à mettre à jour sa SMR et de l’aligner sur les objectifs de l’ensemble du programme. Au moment de la rédaction du présent rapport, le PES travaillait étroitement avec le Bureau de l’audit et de l’évaluation et le BVG pour mettre à jour sa SMR. La stratégie révisée devrait être approuvée en 2017.

C - Conclusion

L’audit conclut que même si un cadre de contrôle de gestion est en place pour appuyer et surveiller la construction et l’entretien d’établissements de santé dans les collectivités des Premières Nations, il existe des occasions d’améliorer le fonctionnement de la structure de gouvernance du programme, la prestation de directives claires et actuelles et la mise à œuvre uniforme de certains contrôles internes.

Le PES tirerait avantage à revoir les comités de gouvernance en place pour renforcer leur efficacité fonctionnelle; à adopter un processus systématique pour recueillir et analyser les données actuelles liées aux exigences de F et E des établissements; et à veiller à ce que le financement fourni aux bénéficiaires soit codé de manière uniforme. Des plans opérationnels régionaux plus détaillés pourraient être préparés pour appuyer l’exécution du programme et l’alignement sur les ressources internes.

Afin d’aborder les défis qui touchent la portée nationale du programme et le modèle de prestation régional, le programme profiterait aussi de mettre à jour et de communiquer les documents de politique et les directives de manière efficace ainsi que les rôles et responsabilités applicables. Le programme doit continuer de travailler au remplacement du système intégré de gestion des biens immobiliers et s’assurer qu’une stratégie d’atténuation provisoire soit en place pour saisir aussi les renseignements, et une fonction d’assurance de la qualité sur les pratiques régionales devrait être mise en place au niveau national.

Les ententes de contribution régissant le financement du PES fourni aux bénéficiaires et les processus en place pour gérer ces ententes sont conformes aux exigences de la *Politique sur les paiements de transfert* du CT.

Les secteurs d’amélioration qui ont été notés dans le présent rapport d’audit renforceront collectivement l’efficacité des contrôles de gestion du PES.

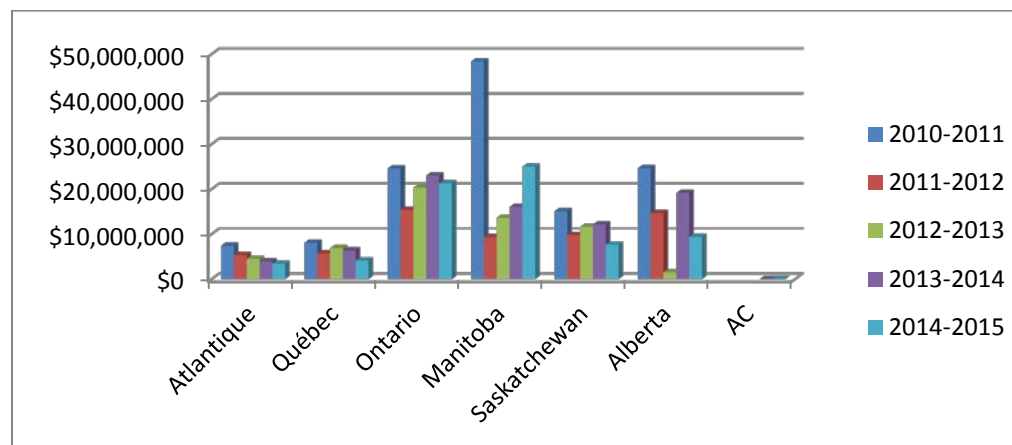
Annexe A – Dépenses du Programme des établissements de santé de la DGSPNI par région²

EF2014-2015	Nombre de cas	Subventions et contributions	Exploitation	Traitements et salaires	Total	%
Manitoba	82	24 982 164 \$	1 033 747 \$	137 409 \$	26 153 320 \$	32.9%
Ontario	152	21 268 708 \$	2 811 565 \$	894 714 \$	24 974 987 \$	31.4%
Alberta	59	9 410 046 \$	1 389 017 \$	98 316 \$	10 897 379 \$	13.7%
Saskatchewan	73	7 692 068 \$	97 215 \$	104 944 \$	7 894 227 \$	9.9%
Québec	38	4 143 222 \$	90 848 \$	100 352 \$	4 334 422 \$	5.5%
Atlantique	58	3 436 079 \$	55 518 \$	97 632 \$	3 589 229 \$	4.5%
AC	1	36 441 \$	482 297 \$	927 658 \$	1 446 396 \$	1.8%
Nord			39 979 \$	146 612 \$	186 591 \$	0.2%
Total	463	70 968 728 \$	6 000 186 \$	2 507 637 \$	79 476 551 \$	
		89%	8%	3%		

*Ce montant comprend 12 875 \$ en dépenses de crédit 5 au Manitoba

² Ces chiffres sont tirés du SAP. Ils comprennent les nouveaux codes KM00, KM01 et KM10. Les totaux sont alignés sur le RMR et les détails financiers fournis à l'évaluation.

Annexe B – Dépenses du Programme des établissements de santé de la DGSPNI par région, de 2010-2011 à 2014-2015



Région	2010-2011*	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Total sur 5 ans
Atlantique	7 432 627 \$	5 367 592 \$	4 562 181 \$	3 933 881 \$	3 436 079 \$	24 732 360 \$
Québec	8 105 667 \$	5 728 530 \$	6 896 887 \$	6 417 788 \$	4 143 222 \$	31 292 094 \$
Ontario	24 637 255 \$	15 401 486 \$	20 346 523 \$	23 023 039 \$	21 268 708 \$	104 677 011 \$
Manitoba	48 383 928 \$	9 373 359 \$	13 673 950 \$	16 051 302 \$	24 982 164 \$	112 464 703 \$
Saskatchewan	14 692 897 \$	9 809 763 \$	11 607 370 \$	12 144 097 \$	7 692 068 \$	55 946 195 \$
Alberta	24 660 157 \$	14 692 897 \$	15 556 034 \$	19 152 349 \$	9 410 046 \$	83 471 483 \$
ACN ³				17 774 \$	36 441 \$	54 215 \$
Totaux⁴	127 912 531 \$	60 373 627 \$	72 642 945 \$	80 740 230 \$	70 968 728 \$	412 638 061 \$

³ Financement de Santé Canada pour les Premières Nations autonomes de la C.-B., lettre d’entente interministérielle de trois ans pour le financement qui sera transféré aux Premières Nations par Affaires autochtones et du Nord Canada (prenant fin en 2015-2016).

⁴La région de la C.-B. a été retirée aux fins de comparaison. Cette région a été transférée sous l’autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) en 2013-2014.

*Dépenses augmentées en raison des activités du Plan d’action économique

Annexe C – Établissements de santé⁵

Au moment de préparer le présent document, la classification des établissements était toujours fondée sur des aspects liés à l’éloignement et à l’isolement :

Postes de soins infirmiers

- Situés dans une collectivité éloignée ou isolée sans accès routier à longueur d’année à d’autres établissements.
- Personnel : Deux infirmières en santé communautaire ou plus, personnel de soutien et personnel de soins de santé primaires.
- Services : Soins d’urgence en tout temps, soins de patients à court terme et santé publique.
- Services de soins en visite : médecin et dentiste.

Centres de santé

- Situés dans des collectivités non isolées ou semi-isolées.
- Personnel : Deux infirmières en santé communautaire ou plus et personnel de soutien.
- Services : Prévention des maladies, promotion de la santé.
- Soins urgents et primaires fournis par des médecins en visitent.

Postes sanitaires

- Situés dans des collectivités non isolées ou semi-isolées.
- Personnel : Infirmières en santé communautaire et personnel de soutien.
- Services : Prévention des maladies, promotion de la santé; peuvent également comprendre des services de soins primaires pour les besoins de santé urgents, mais uniquement les jours de semaine.
- Services de soins en visite : Médecins et dentistes.

Infirmeries

- Espace loué à l’intérieur d’un immeuble polyvalent.
- Soutiennent le travail des représentants en santé communautaire en visitant les infirmières en santé communautaire et d’autres professionnels des soins de santé.

Centres de traitement du Programme national de lutte contre l’abus de l’alcool et des drogues chez les Autochtones

Les Centres de traitement du Programme national de lutte contre l’abus de l’alcool et des drogues chez les Autochtones offrent une gamme de services, y compris de prévention, de traitement, de formation et de recherche.

Hébergement pour le personnel de santé

Hébergement pour les infirmières et le personnel de santé en visite fournis dans les secteurs éloignés lorsque de l’hébergement commercial n’est pas disponible.

⁵ Cadre de planification et de gestion des immobilisations de la DGSPNI (mars 2005), p. 16.

Annexe D – Secteurs d’intérêt et critères

Audit du Programme des établissements de santé	
Titre du critère	Critères d’audit
Champ d’enquête 1 : Gouvernance	
1.1 Approbation du cadre de gouvernance ¹	Un cadre de gouvernance efficace est en place au sein de la DGSPNI et horizontalement à l’échelle de Santé Canada pour atteindre les objectifs du Programme des établissements de santé de la DGSPNI.
1.2 Rôles et responsabilités ^{1, 4}	Les rôles et les responsabilités liés à l’exécution du PES sont clairement définis, documentés et communiqués.
Champ d’enquête 2 : Gestion des risques	
2.1 Gestion des risques ¹	Les risques associés à l’exécution du PES de la DGSPNI sont cernés, évalués et gérés.
Champ d’enquête 3 : Contrôles internes	
3,1 Planification des investissements du Programme des établissements de santé ⁴ Gestion opérationnelle ^{3, 4}	Les plans d’affectation de fonds du PES sont élaborés en s’appuyant sur des renseignements adéquats et sont fondés sur les risques. La DGSPNI dispose de la capacité et des ressources suffisantes pour gérer le programme et prépare des plans opérationnels en vue d’appuyer l’utilisation efficace et efficiente des ressources destinées à la prestation des principales activités de programme.
3.2 Politique, orientation et systèmes ⁴	La DGSPNI dispose de politiques, manuels de directives et systèmes actuels pour l’exécution du Programme des établissements de santé.
3.3 Paiements de transfert ²	Les ententes de contribution sont conformes à la <i>Politique sur les paiements de transfert</i> du Conseil du Trésor et les directives connexes, et comprennent des clauses pour permettre la gestion ou l’atténuation des risques liés au programme et aux projets au niveau du bénéficiaire.
3.4 Surveillance et production de rapports ¹	Un processus systématique est en place pour la surveillance, l’évaluation et la production de rapports de l’état d’avancement des projets d’immobilisations et l’état des établissements de santé financés par la DGSPNI.
3.5 Renforcement de la capacité du bénéficiaire ⁴	La DGSPNI fournit de la formation et du soutien aux bénéficiaires pour augmenter leur capacité à gérer les enjeux environnementaux, de sécurité et d’entretien dans leurs établissements.
3.6 Mesure du rendement ⁴	Des données sur le rendement pertinentes existent et sont utilisées pour appuyer la prise de décisions.

¹ Document du Secteur de la vérification interne du Bureau du contrôleur général intitulé Critères de vérification liés au Cadre de responsabilisation de gestion : outil à l’intention des vérificateurs internes (mars 2011);

² Politique et directive sur les paiements de transfert du Conseil du Trésor;

³ *Loi sur la gestion des finances publiques*;

⁴ Politiques et directives du PES.

Annexe E – Grille d’évaluation

Audit du Programme des établissements de santé			
Critère	Cote	Conclusion	N° de la rec.
Gouvernance			
1.1 Gouvernance		Un cadre de gouvernance établi est en place. Possibilité de renforcer l’efficacité opérationnelle.	1
1.2 Rôles et responsabilités		Les rôles et les responsabilités sont habituellement soulignés dans les documents nationaux et le personnel les connaît. Possibilité de clarifier et d’officialiser les rôles et les responsabilités dans les régions pour aborder certaines différences dans les structures organisationnelles et les environnements de fonctionnement.	3
Gestion du risque			
2.1 Gestion des risques		Un processus de gestion des risques de projet du PES officiel pourrait aider à atténuer ces risques.	5
Contrôles internes			
3.1 Planification de l’investissement du programme		Les fonds de fonctionnement et d’entretien affectés dans le Plan d’investissement sont fondés sur une méthodologie utilisée depuis longtemps et ne sont pas correctement appuyés par les données actuelles.	2
Gestion opérationnelle		Les plans opérationnels ne sont pas assez détaillés pour diriger et surveiller efficacement les activités ainsi que pour appuyer l’affectation et l’alignement des ressources.	2
3.2 Politique et orientation		Mettre à jour certains documents d’orientation est nécessaire pour fournir une orientation plus contraignante liée à la mise en œuvre et à la surveillance de projet d’immobilisations.	3
Systèmes		Le système de gestion de l’information des établissements de santé (SGIES) n’est pas assez fonctionnel, il n’est plus pris en charge et les informations qui y sont stockées ne sont peut-être pas à jour ou complètes.	4
3.3 Paiements de transfert		Les ententes de contribution sont conformes et un cadre de contrôle est en place pour les mettre en œuvre et les gérer.	-
3.4 Surveillance et rapports		Il est possible d’améliorer les secteurs suivants : documentation pour appuyer la diligence raisonnable en lien avec la surveillance de la mise en œuvre des projets d’immobilisations (voir la section 3.2); une surveillance et une évaluation plus directes des activités de fonctionnement et d’entretien et des dépenses connexes, et des processus pour une saisie et une analyse plus efficaces des résultats d’inspection/d’audit des établissements et du suivi.	5
3.5 Renforcement de la capacité du bénéficiaire		Les activités de renforcement de la capacité ne sont pas entreprises d’une manière systématique et planifiée, et il n’y a pas de mécanisme pour mesurer correctement les progrès dans ce domaine.	-
3.6 Mesure du rendement		Le PES n’a pas surveillé les résultats sur une base régulière. Il est à mettre à jour sa SMR et de l’aligner sur les objectifs de l’ensemble du programme.	-

Satisfaisant	Nécessite des améliorations mineures	Nécessite des améliorations modérées	Nécessite des améliorations	Insatisfaisant	Inconnu, ne peut pas être mesuré

Annexe F – Liste des acronymes

BVG	Bureau du vérificateur général
CEPI	Comité d’examen des projets d’immobilisations
CERI	Comité d’examen de la répartition des immobilisations
CHD	Comité de la haute direction
CSA	Association canadienne de normalisation
DBIR	Division des biens immobiliers régionale
DCII	Division de la capacité, de l’infrastructure et de l’imputabilité
DGSG	Direction générale des services de gestion
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
DR	Directeur régional
EC	Entente de contribution
ECI	Entente de contribution en immobilisations
EFS	Ententes de financement en santé
F et E	Fonctionnement et entretien
FIS	Fonds d’infrastructure sociale
KIAB	Livre des connaissances (acronyme en anglais seulement)
OERRB	Outil d’évaluation du risque relatif au bénéficiaire
PES	Programme des établissements de santé
PGO	Plans de gestion opérationnelle
PILT	Plan d’immobilisations à long terme
PRM	Profil de risque ministériel
REI	Rapport sur l’état des établissements
SGISC	Système de gestion de l’information sur les subventions et contributions
SIGBI	Système intégré de gestion des biens immobiliers
SMR	Stratégie de mesure du rendement
SPC	Services partagés Canada