

RAPPORT DU

Vérificateur général du Nouveau-Brunswick

Volume I
audit de performance

2024

AUDITOR GENERAL
OF NEW BRUNSWICK



VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL
DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Publié par:
Le Bureau du vérificateur général
Province du Nouveau-Brunswick

Juin 2024

ISBN: 978-1-4605-3914-9 (Édition imprimée bilingue)

ISBN: 978-1-4605-3915-6 (Version anglaise en ligne)

ISBN: 978-1-4605-3916-3 (Version français en ligne)

ISSN 0382-1420



Président de l'Assemblée législative
Province du Nouveau-Brunswick

Monsieur le Président,

Conformément au paragraphe 15(1) de la *Loi sur le vérificateur général*, j'ai l'honneur de soumettre le volume I du rapport 2024 de mon bureau à l'Assemblée législative.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments respectueux,

Paul Martin, FCPA, FCA
Vérificateur général

Fredericton (N.-B.)
Juin 2024

Table des matières

Chapitre 1 : Message du Vérificateur général	1
Chapitre 2 : Contrats de soins infirmiers itinérants	2
Faits saillants du chapitre.....	3
À propos de l’audit.....	4
Ministère du Développement social	6
Contexte.....	7
Les besoins particuliers n’étaient pas bien documentés.....	7
Aucune demande de propositions.....	10
Documentation insuffisante à l’appui de la sélection des fournisseurs.....	10
Les contrats ne faisaient pas l’objet d’un examen juridique.....	12
Cession de responsabilité non valide.....	16
Paiements effectués sans diligence raisonnable.....	17
Aucun examen postérieur à la mise en œuvre.....	21
Réseau de santé Horizon	22
Contexte.....	23
Les besoins étaient bien documentés.....	24
Non-conformité à l’exigence relative aux signataires.....	26
Documentation insuffisante à l’appui de la sélection des fournisseurs.....	26
Préoccupations soulevées au sujet des contrats.....	29
Paiements effectués sans diligence raisonnable.....	31
Plan de réduction du recours au personnel infirmier itinérant.....	33
Réseau de santé Vitalité	35
Les renseignements demandés n’ont pas été fournis.....	36
Contexte.....	37
Les besoins étaient bien documentés.....	38
Non-conformité à l’exigence relative aux signataires.....	40
Documentation insuffisante à l’appui de la sélection des fournisseurs.....	41
Préoccupations soulevées au sujet des contrats.....	45
Cession de responsabilité non valide.....	48

Paielements effectués sans diligence raisonnable.....	48
Possibilité de recouvrer la TVH.....	50
Le recours au personnel infirmier itinérant continue.....	51
Annexe I : Recommandations et réponses.....	53
Annexe II : Objectif et critères de l’audit.....	79
Annexe III : Rapport d’assurance indépendant.....	80
Chapitre 3 : Transport scolaire.....	81
Faits saillants du chapitre.....	82
À propos de l’audit.....	84
Contexte.....	86
Examen de la conformité.....	87
Stratégies pour assurer des niveaux de dotation suffisants.....	98
Annexe I : Recommandations et réponses.....	100
Annexe II : Objectifs et critères de l’audit.....	106
Annexe III : Rapport d’assurance indépendant.....	107
Chapitre 4 : Stratégie de logement du N.-B.....	108
Faits saillants du chapitre.....	109
À propos de l’audit.....	111
Contexte.....	113
Des cibles clairement établis.....	115
Les mesures ne sont pas clairement liées aux cibles.....	116
Les niveaux de revenu ciblés ne sont pas définis.....	117
Les mesures ne sont pas clairement liées pour les niveaux de revenu moyens à élevés.....	118
Améliorations requises pour assurer la transparence.....	118
Les plans de projet pourraient être améliorés.....	120
Absence d’une stratégie de production de rapports publics.....	121
Annexe I : Recommandations et réponses.....	123
Annexe II : Objectif et critères de l’audit.....	129
Annexe III : Rapport d'assurance indépendant.....	130

Chapitre 5 : Fonds en fiducie n° 9	131
Faits saillants du chapitre.....	132
À propos de l'audit.....	134
Contexte.....	136
Manque d'efforts déployés en temps opportun de la part du ministère de la Santé.....	136
La Fiducie est administrée de manière efficace par le ministère des Finances et du Conseil du Trésor.....	138
Annexe I : Recommandation et réponse.....	140
Annexe II : Objectif et critères de l'audit.....	141
Annexe III : Rapport d'assurance indépendant.....	142

Chapitre 1 – Commentaires du Vérificateur général

Notre rapport de 2024 sur le Volume I comprend quatre chapitres sur les audits de performance :

- Contrats de soins infirmiers itinérants
- Transport scolaire
- Stratégie de logement du Nouveau-Brunswick : Un logement pour tous
- Fonds en fiducie n° 9 de la santé mentale

Contrats de soins infirmiers itinérants

Entre février 2022 et février 2024, le ministère du Développement social, le Réseau de santé Horizon et le Réseau de santé Vitalité ont eu recours à des contrats de soins infirmiers itinérants pour fournir des services d'une valeur totalisant plus de 173 millions de dollars. Nos travaux ont révélé qu'une absence de processus de sélection des fournisseurs clairement définis, une surveillance déficiente des contrats et que des lacunes dans les processus d'examen des paiements ont entraîné un risque indu pour la Province. La réalisation d'améliorations dans ces domaines permettra de faire en sorte que les contrats protègent les intérêts de la Province et d'accroître l'efficacité des processus afin de s'assurer que les services facturés sont bel et bien reçus.

Transport scolaire

Étant donné que la sécurité des élèves des écoles publiques du Nouveau-Brunswick est importante pour les parents et les tuteurs dans l'ensemble de la province, nous avons choisi d'effectuer un audit de la surveillance par le Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance de la conformité des districts scolaires aux lois et aux politiques relatives au transport des élèves, ainsi que des stratégies du Ministère pour garantir un niveau de dotation suffisant de chauffeurs d'autobus. Notre audit a révélé des lacunes au niveau de la surveillance et du suivi ministériels des districts, ainsi que des cas de non-conformité aux lois et aux politiques.

Stratégie de logement du Nouveau-Brunswick : Un logement pour tous

La Société d'habitation du Nouveau-Brunswick a publié la *Stratégie de logement du Nouveau-Brunswick : Un logement pour tous* en juin 2023, dans laquelle sont énoncés quatre objectifs globaux et 22 mesures visant à résoudre la crise du logement dans la province. Nous avons constaté que même si la Société d'habitation du Nouveau-Brunswick a établi des objectifs et des mesures évaluables, des améliorations doivent être apportées sur les plans de la transparence, de la surveillance et de la production de rapports d'étape.

Fonds en fiducie n° 9 de la santé mentale

Créé en 1977, le Fonds en fiducie n° 9 de la santé mentale est désigné pour le traitement en psychanalyse des Néo-Brunswickois admissibles. En vertu des modalités énoncées, la responsabilité de la fiducie incombe au ministère de la Santé et des Finances et du Conseil du Trésor. Notre audit a révélé que le ministère des Finances et du Conseil du Trésor s'est acquitté efficacement de leurs obligations à l'égard de la fiducie, mais pas le ministère de la Santé, qui n'utilise pas les ressources financières mises à sa disposition depuis plus de 46 ans pour répondre à un besoin sociétal pressant.

Remerciements

Nous tenons à souligner le travail accompli par le personnel des ministères dans le cadre du présent rapport. Je tiens également à remercier mon équipe d'audit pour son dévouement et son professionnalisme dans l'exécution du mandat du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick.



Paul Martin, FCPA, CPA
Vérificateur général

Contrats de soins infirmiers itinérants

Ministère du Développement social, Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité



Table des matières

Faits saillants du chapitre.....	3
À propos de l’audit.....	4
Ministère du Développement social.....	6
Contexte.....	7
Les besoins particuliers n’étaient pas bien documentés	7
Aucune demande de propositions	10
Documentation insuffisante à l’appui de la sélection des fournisseurs	10
Les contrats ne faisaient pas l’objet d’un examen juridique.....	12
Cession de responsabilité non valide	16
Paiements effectués sans diligence raisonnable	17
Aucun examen postérieur à la mise en œuvre	21
Réseau de santé Horizon.....	22
Contexte.....	23
Les besoins étaient bien documentés.....	24
Non-conformité à l’exigence relative aux signataires	26
Documentation insuffisante à l’appui de la sélection des fournisseurs	26
Préoccupations soulevées au sujet des contrats.....	29
Paiements effectués sans diligence raisonnable	31
Plan de réduction du recours au personnel infirmier itinérant	33
Réseau de santé Vitalité.....	35
Les renseignements demandés n’ont pas été fournis	36
Contexte.....	37
Les besoins étaient bien documentés.....	38
Non-conformité à l’exigence relative aux signataires	40
Documentation insuffisante à l’appui de la sélection des fournisseurs	41
Préoccupations soulevées au sujet des contrats.....	45
Cession de responsabilité non valide	48
Paiements effectués sans diligence raisonnable	48
Possibilité de recouvrer la TVH.....	50
Le recours au personnel infirmier itinérant continue.....	51
Annexe I : Recommandations et réponses	53
Annexe II : Objectif et critères de l’audit	79
Annexe III : Rapport d’assurance indépendant.....	80



2024 volume I

Faits saillants du chapitre 2

Manque de surveillance	Risques indus pour la province	Absence de processus de sélection des fournisseurs
En date du 29 février 2024, le gouvernement a dépensé plus de 173 millions de dollars en contrats de soins infirmiers itinérants		

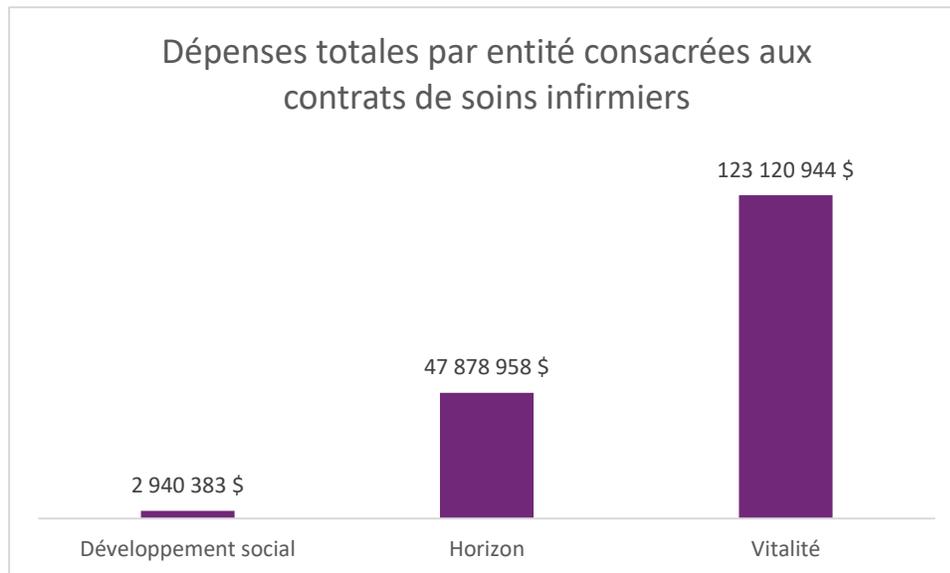
Thèmes généraux

Les thèmes généraux mentionnés dans nos travaux étaient les suivants :

- la COVID-19 a exacerbé la pénurie de main-d'œuvre déjà marquée dans le secteur des soins de santé
- la piètre documentation relative aux processus de sélection des fournisseurs
- les risques relevés pour le gouvernement en ce qui concerne l'élaboration, le contenu et l'exécution des contrats
- le manque d'optimisation des ressources démontrée
- le suivi inadéquat des contrats
- l'absence de processus pour s'assurer que les biens et services payés ont été reçus

À propos de l’audit

- 2.1** La signature de contrats avec des entreprises privées pour la prestation de services de soins infirmiers au Nouveau-Brunswick a débuté en février 2022. Au 29 février 2024, le gouvernement a versé 173 940 285 \$ à ces entreprises pour le recrutement d’infirmières immatriculées (II), d’infirmières auxiliaires autorisées (IAA), de préposés aux services de soutien personnel (PSSP) et de divers autres employés dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée.
- 2.2** Le ministère de la Santé n’a conclu aucun contrat pour recruter des infirmières itinérantes au cours de notre période d’audit. Le graphique suivant montre le total des dépenses contractuelles en soins infirmiers itinérants par organisation au 29 février 2024 :



Pourquoi avons-nous choisi ce sujet

- 2.3** Des contrats d’une grande valeur monétaire ont été signés de manière accélérée pendant la pandémie de COVID-19. L’intérêt public est élevé dans ce dossier, car les contribuables veulent assurer le meilleur rapport qualité-prix.

Entité auditée

2.4 Les entités auditées étaient :

- le ministère du Développement social
- les régies régionales de la santé
 - le Réseau de santé Horizon
 - le Réseau de santé Vitalité

Objectif de l'audit

2.5 Notre audit visait à déterminer si les contrats gouvernementaux conclus avec des organismes privés de soins infirmiers reflétaient les pratiques exemplaires et témoignaient d'un bon rapport qualité-prix.

Étendue de l'audit

2.6 Nous avons examiné les contrats de soins infirmiers itinérants, les factures et les informations fournies dans le cadre de ces contrats, les rapports sur les postes vacants et de nombreux autres documents.

2.7 L'audit a porté sur la période allant du 1^{er} janvier 2022 au 29 février 2024. Des renseignements en dehors de cette période ont également été recueillis et examinés au besoin. Dans le cadre de nos travaux, nous avons interrogé des employés occupant des postes clés au sein du ministère et des régies régionales de la santé, et examiné tous les contrats et autres documents, au besoin. Nous n'avons pas interrogé les fournisseurs, car nos travaux portaient sur les responsabilités du gouvernement.

2.8 Notre audit n'englobait que les contrats conclus dans le but de fournir des soins dans le secteur des soins de longue durée et au sein des régies régionales de la santé.

2.9 Les annexes II et III fournissent plus de renseignements sur les objectifs, les critères, l'étendue et l'approche de l'audit.

Conclusion

2.10 Notre travail d'audit a permis de conclure que les contrats conclus avec des organismes privés de soins infirmiers ne reflétaient pas les pratiques exemplaires et ne témoignaient pas d'un bon rapport qualité-prix.

Aperçu des résultats – Développement social

Manque de diligence raisonnable



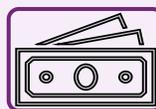
Constatations



Le Ministère a limité le recours au personnel infirmier itinérant pour répondre aux besoins à court terme seulement



Il n'y a **aucune** corrélation entre les dépenses du personnel infirmier itinérant et les postes vacants ou les cas de COVID-19



Aucun processus de sélection des fournisseurs, un modèle de tarification des contrats représentant **3,6 X** le taux de l'autre



Absence d'examen juridique des contrats se traduit par un risque excessif pour le gouvernement du Nouveau-Brunswick



Absence de preuves de la tenue de vérifications des casiers judiciaires et des antécédents en vue d'un travail auprès des personnes vulnérables



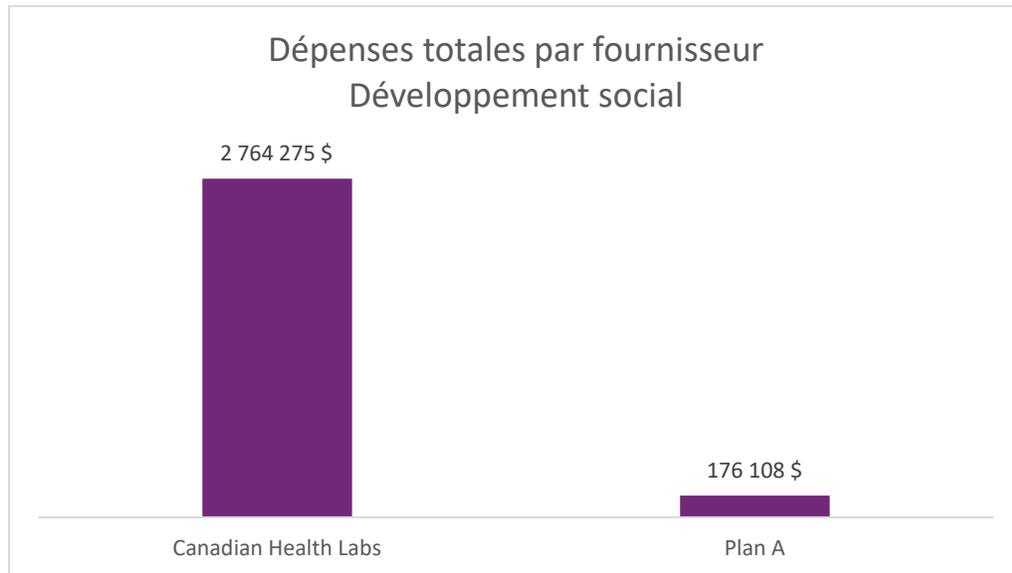
Assurance responsabilité civile **non** prévue de façon appropriée dans un contrat



Paiements pour des biens et des services effectués **sans** examen et sans preuves à l'appui

Contexte

- 2.11** Le ministère du Développement social (DS) a signé des contrats avec Plan A et Canadian Health Labs (CHL) le 11 février 2022 et le 15 février 2022 respectivement, afin de fournir des services de soins dans les foyers de soins de longue durée et de soins spéciaux. DS a cessé de recourir à du personnel infirmier itinérant en juillet 2022. Le tableau ci-dessous présente les dépenses totales par fournisseur au cours de la période de 6 mois allant de février à juillet 2022.



Les besoins particuliers n’étaient pas bien documentés

Une meilleure analyse des données faciliterait la prise de décisions

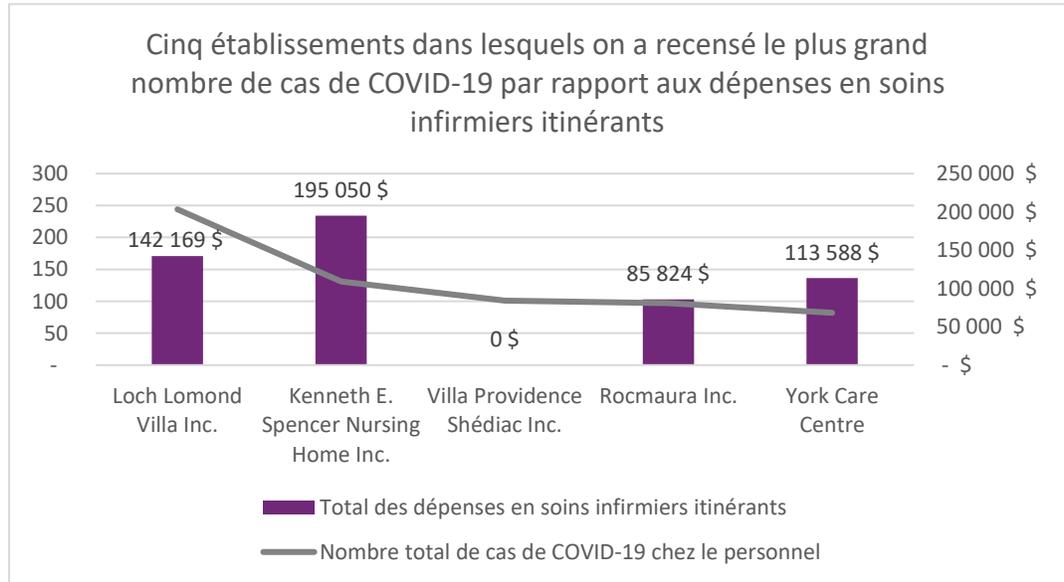
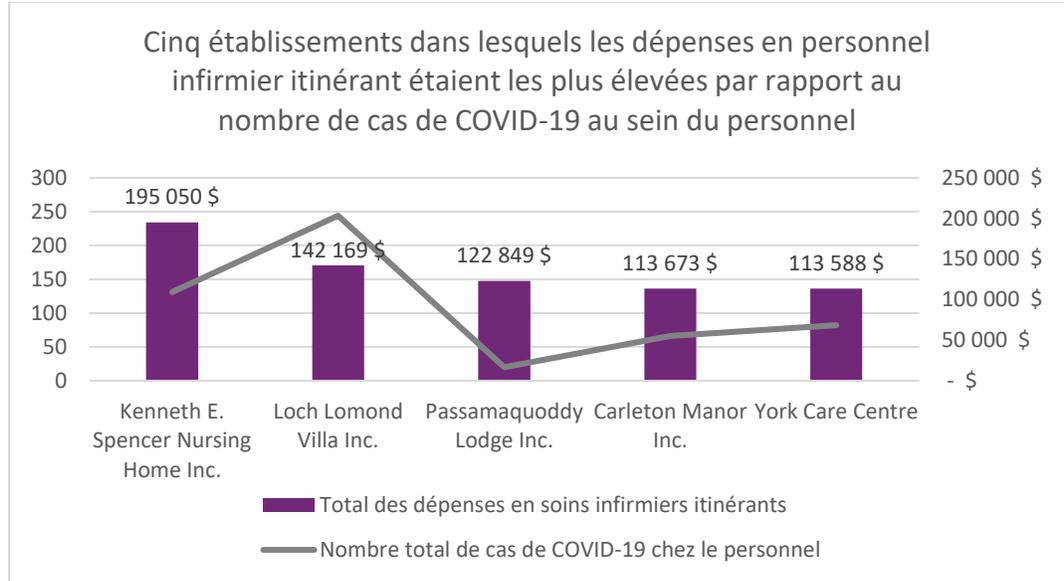
- 2.12** Le personnel du ministère nous a informés du besoin criant de personnel soignant, surtout pendant les périodes de pointe de la Covid-19. Le ministère faisait le suivi du nombre de décès et d’éclosions par établissement et par région.
- 2.13** Toutefois, le manque d’information a empêché de déterminer quels établissements avaient besoin d’aide et l’étendue du soutien requis, ainsi que la meilleure façon de répondre à ces besoins à court et à long terme. Bien que

certaines pénuries de personnel aient été attribuables à la COVID-19, le ministère reconnaît qu'il persiste un problème systémique de longue date dans le domaine du recrutement et du maintien en poste du personnel de soins dans le secteur des soins de longue durée.

- 2.14** Le ministère ne tient pas à jour les données sur les postes vacants dans le secteur des soins de longue durée et ne pouvait donc pas utiliser ces renseignements au moment d'affecter des ressources contractuelles.
- 2.15** DS nous a informés que même s'il ne disposait pas de données officielles permettant de déterminer quels étaient les foyers de soins infirmiers et de soins spéciaux aux prises avec de graves pénuries de personnel, de nombreux rapports verbaux lui avaient été transmis par des membres du personnel de première ligne, lui permettant de bien cerner les besoins. Au cours de la 5^e vague de COVID-19, DS a conclu qu'il n'y avait pas d'autre option que de conclure des ententes avec des entreprises privées pour recruter du personnel de soins à court terme.

Aide fournie sur demande

- 2.16** Les foyers de soins infirmiers et de soins spéciaux pouvaient communiquer avec l'équipe ministérielle d'intervention sur la COVID-19 (EIC) pour demander qu'on leur fournisse du personnel contractuel. L'EIC s'assurait que toutes les autres options de ressourcement avaient été épuisées avant de communiquer avec les planificateurs de DS, qui affectaient des ressources contractuelles à l'établissement.
- 2.17** Nous avons déterminé que la prestation de personnel contractuel s'effectuait sur demande. Quel que soit l'établissement ou la demande, le ministère étudiait toutes les demandes d'aide. Il n'y avait pas beaucoup d'information décrivant en détail les pénuries systémiques et/ou les postes vacants liés à la COVID-19 par rapport au nombre de cas ou d'éclosions de COVID-19. Cela aurait aidé le ministère à s'assurer que ses décisions de fournir des services de soins étaient fondées sur des données plutôt que sur des demandes verbales seulement.
- 2.18** Des données sur les postes vacants auraient aidé le ministère à planifier et à s'assurer que le personnel contractuel était affecté là où les risques étaient les plus élevés. Les graphiques ci-dessous comparent les dépenses en personnel contractuel affectées aux cas de COVID-19, ce qui montre qu'il n'y avait pas de corrélation entre les deux.



2.19 De plus, nous avons examiné les rapports d’inspection des foyers de soins qui décrivaient en détail l’incapacité répétée de satisfaire aux exigences législatives en matière de dotation. Au moment de notre audit, le ministère n’avait pas établi de stratégie globale de recrutement et de maintien en poste du personnel de soins de longue durée, ce qui a contribué à la prise de décisions en mode de crise.

Recommandation

- 2.20** Nous recommandons au ministère du Développement social d’élaborer une stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel de soins de longue durée pour s’assurer que les exigences législatives en matière de dotation sont respectées. Les données sur les postes vacants doivent être analysées pour déterminer les secteurs les plus à risque.

Aucune demande de propositions

Recours aux exemptions d’urgence

- 2.21** Le ministère nous ont informés qu’en raison de la situation précaire dans les établissements de soins de longue durée, ils n’avaient pas lancé de demande de propositions; ils ont plutôt choisi d’invoquer les exemptions d’urgence figurant à l’alinéa 158(2)a) de la *Règlement du Nouveau-Brunswick 2014-93* pris en vertu de la *Loi sur la passation des marchés publics*.
- 2.22** Sachant que les établissements avaient un urgent besoin d’aide clinique, nous avons relevé divers points à améliorer pour assurer une valeur ajoutée aux contribuables.

Documentation insuffisante à l’appui de la sélection des fournisseurs

Les structures de tarification variaient considérablement

- 2.23** Bien que le recours à l’exemption d’approvisionnement était permis en vertu de la loi, nous n’avons trouvé aucun document à l’appui justifiant la sélection de CHL et de Plan A. Nous n’avons relevé aucune ligne directrice, aucun critère de sélection, ni aucune matrice de notation. Les structures de tarification et le modèle de prestation de services variaient considérablement d’un contrat à l’autre et aucune analyse comparative n’a été effectuée pour appuyer l’utilisation stratégique d’une entreprise par rapport à une autre.

2.24 Plan A offrait des services de soins individuels aux taux horaires suivants :

- II (89,50 \$)
- IAA (59,50 \$)
- PSSP (39,50 \$)

2.25 CHL n’offrait qu’un modèle de tarification groupée (comprenant des IA, des IAA et des PSSP), au taux de 9 995 \$/équipe/jour, selon les modalités suivantes :

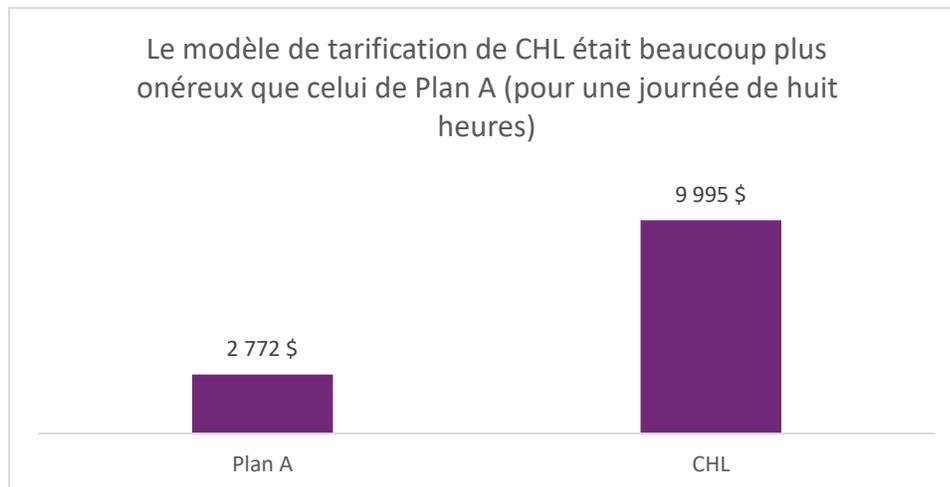
- Une journée de travail pour une équipe peut atteindre huit heures par jour.
- Une équipe est composée des personnes suivantes :
 - Personnel virtuel :
 - ½ chef d’équipe
 - ½ responsable clinique
 - 1 planificateur
 - En personne :
 - 1 gestionnaire de la logistique
 - 5 PSSP certifiés
 - 1 II
 - 1 IAA

2.26 Le ministère nous ont informés que plusieurs des catégories de ressources fournies dans le modèle de tarification groupée étaient superflues, car le Ministère dispose de ses propres planificateurs, gestionnaires de la logistique et responsables cliniques.

2.27 Nous avons comparé les coûts quotidiens pour la prestation du niveau de soins suivant :

- 5 préposés aux services de soutien à la personne
- 1 infirmière immatriculée
- 1 infirmière auxiliaire autorisée

2.28 Comme le montre le tableau ci-dessous, le modèle de tarification de CHL était beaucoup plus onéreux que celui de Plan A (pour une journée de huit heures) :



Recommandation

- 2.29** Nous recommandons au ministère du Développement social de s’assurer qu’un processus de sélection documenté (comprenant notamment des critères de sélection et des matrices de notation) est en place pour appuyer l’attribution des contrats.

Les contrats ne faisaient pas l’objet d’un examen juridique

Les contrats étaient préparés par le fournisseur

- 2.30** Le Ministère utilisait et signait des contrats fournis par les fournisseurs, qui favorisaient fortement leur propre entreprise, donnant lieu à un risque indu pour la province. Le Ministère nous a informés qu’un examen juridique des contrats n’avait pas été effectué.

Contrats non conformes au modèle format du GNB

- 2.31** Les contrats signés comportaient des écarts importants par rapport aux contrats types du GNB et aux exigences relatives aux ententes de service normalisées de DS. Voici des exemples de problèmes relevés :

- un contrat n’avait pas de date de fin
- un contrat n’avait pas de plafond de dépenses
- on dénotait un manque de clarté quant au niveau d’information à consigner sur les factures
- il n’y avait qu’un seul contrat en vertu duquel la province était autorisée à auditer le fournisseur de services

- 2.32** Il y avait un manque de clarté concernant les exigences en matière de santé et de sécurité. L’un des contrats exigeait la conformité aux politiques et aux normes de santé et de sécurité du GNB, mais ne renfermait aucun détail à ce sujet, mis à part un lien vers le site sur l’approvisionnement électronique du GNB (www.gnb.ca/nbon). Nous n’avons pas été en mesure de trouver de l’information sur les exigences en matière de santé et de sécurité dans le lien fourni, et nous avons également noté que l’utilisation d’une adresse URL comme source

d’information comportait certains risques, étant donné que les renseignements qui s’y trouvent peuvent faire l’objet de modifications.

- 2.33** Nous avons également constaté qu’un contrat avait été signé par le Ministère le lendemain de la date d’entrée en vigueur du marché.

Recommandation

- 2.34** Nous recommandons au ministère du Développement social de veiller à ce que les contrats d’une valeur monétaire prédéterminée fassent l’objet d’un examen par les Services juridiques.

Des équipes pouvaient être déployées, indépendamment des besoins

- 2.35** Les contrats conclus avec CHL donnaient à l’entreprise le droit de déployer un nombre minimal d’équipes, quels que soient les besoins réels.
- 2.36** Le contrat, qui prévoyait l’embauche d’II, d’IAA et de PSSP, comprenait les modalités suivantes :
- durée : 14 février 2022 au 31 mars 2023
 - plafond de dépenses : 1,3 M\$ (dépenses, remboursements et TVH en sus)
 - CHL a le droit de déployer du personnel totalisant 1 624 jours de travail en équipe pendant la durée de l’entente
 - le contrat permettait au Ministère de résilier le contrat sans motif moyennant un préavis écrit de quatre semaines; le Ministère s’est prévalu de cette option en date du 13 mai 2022

Recommandation

- 2.37** Nous recommandons au ministère du Développement social de s’assurer que les modalités des contrats reflètent les besoins réels en matière de services.

Absence de preuves de la tenue de vérifications des casiers judiciaires et des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables

2.38 DS exige que les employés qui interagissent avec les patients fassent l'objet d'une vérification de leurs casiers judiciaires et de leurs antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables. Conformément aux contrats qui ont été conclus :

- Plan A était tenu de fournir à DS des copies des récentes vérifications des casiers judiciaires et des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables.
- dans le cas de CHL, le contrat stipulait ce qui suit : « Il incombe au ministère de faciliter la formation et la tenue des vérifications des antécédents conformément aux exigences du ministère; cela inclut la tenue de vérifications des casiers judiciaires et de vérifications du dossier de DS. » Le contrat ne prévoyait aucune exigence quant à la tenue de vérifications des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables.

2.39 Le Ministère n'a pas demandé ni reçu de copies des vérifications des casiers judiciaires ou des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables se rapportant à l'un ou l'autre des contrats.

Il n'y a pas eu de vérification du dossier de DS

2.40 En plus des vérifications des casiers judiciaires et des antécédents en vue d'un travail de personnes vulnérables, le Ministère exige que le personnel travaillant dans les établissements de soins de longue durée et de soins spéciaux se soumette à une vérification du dossier de DS. Le document portant sur la vérification de dossier de DS stipule ce qui suit :

La vérification du dossier de DS a pour objet d'examiner les dossiers du ministère du Développement social pour déterminer si le demandeur a été nommé dans l'un des documents suivants :

- a) une ordonnance de la cour fondée sur la constatation de la cour qu'une personne a menacé la sécurité ou le développement d'un enfant tel que décrit aux alinéas 31(1)(a) à (g) de la Loi ou la sécurité d'une personne tel que décrit aux alinéas 37.1(1)(a) à (g) de la Loi;*
- b) une constatation du ministre, résultant d'une enquête menée par le ministre, indiquant que la personne a menacé la sécurité ou le développement d'un enfant tel que décrit aux alinéas 31(1)(a) à (g) de la Loi;*

- c) *une constatation du ministre, résultant d'une enquête menée par le ministre, indiquant que la personne a menacé la sécurité d'une autre personne tel que décrit aux alinéas 37.1(1)(a) to (g) de la Loi;*
- d) *une constatation du ministre, en vertu de l'alinéa 27(4)(d) de la Loi, indiquant que la ressource a exploité un centre de placement communautaire d'une façon dangereuse, destructive ou dommageable pour un usager, lorsque la ressource a reçu l'ordre du ministre de cesser l'exploitation de ce centre.*

- 2.41** Le contrat avec Plan A n'exigeait pas la tenue d'une vérification du dossier de DS. Le contrat conclu avec CHL stipulait ce qui suit : « Il incombe au ministère de faciliter la formation et la tenue des vérifications des antécédents conformément aux exigences du ministère; cela inclut la tenue de vérifications des antécédents criminels et de vérifications du dossier de DS. »
- 2.42** Plan A a présenté 237 vérifications du dossier de DS, dont six ont été jugées inacceptables. DS nous a informés qu'il n'avait reçu aucune vérification du dossier de DS pour les employés de CHL, en dépit de l'exigence contractuelle stipulant que le Ministère allait faciliter la tenue de telles vérifications.

Recommandation

- 2.43** Nous recommandons au ministère du Développement social de veiller à ce que des vérifications appropriées des casiers judiciaires, des antécédents en vue d'un travail auprès des personnes vulnérables et du dossier de DS soient effectuées pour le personnel de soins qui travaille dans le secteur des soins de longue durée.

La province n'est pas partie au contrat

- 2.44** Le contrat avec Plan A a été signé par le sous-ministre (intérimaire) du Développement social de l'époque. Nous avons toutefois remarqué que la province n'était pas partie au contrat, car c'est le nom du sous-ministre adjoint (SMA) de l'époque qui y figurait.

Recommandation

- 2.45** Nous recommandons que le ministère du Développement social s'assure que la province est partie à tous les contrats de Développement social.

Les signataires du contrat disposaient d'autorisations de dépenser adéquates

- 2.46** Nous avons demandé au Ministère de fournir des documents détaillant les limites des autorisations de dépenser et nous avons déterminé que les signataires des deux contrats disposaient d'un pouvoir de dépenser suffisant pour signer les contrats avec Plan A et CHL.

Cession de responsabilité non valide

- 2.47** Plan A devait souscrire sa propre assurance responsabilité. Toutefois, le contrat conclu par DS avec CHL (rédigé par le fournisseur) stipulait que le ministère doit fournir une protection au fournisseur dans le cadre d'un régime d'assurance subventionné par le gouvernement.
- 2.48** Nous avons passé en revue le régime d'assurance du gouvernement et constaté que Développement social est une entité non inscrite au régime. Pour être couvert par le régime, il faut d'abord obtenir l'approbation du gestionnaire et du président du régime.
- 2.49** De plus, les fournisseurs tiers sont expressément exclus du régime et il n'est pas possible d'ajouter des entités ou des organisations comme assurés légitimes en vertu du régime par contrat seulement.

Recommandation

- 2.50** Nous recommandons au ministère du Développement social de s'assurer que les contrats de service sont assortis d'une assurance responsabilité valide et appropriée.

Paiements effectués sans diligence raisonnable

Les contrats n’exigeaient pas la présentation de preuves à l’appui adéquates pour le versement de paiements

2.51 Ni l’un ni l’autre des contrats ne documentait adéquatement la nécessité de fournir un niveau approprié de preuves à l’appui aux fins du paiement des factures. Nous reconnaissons que la COVID-19 a amené avec elle son lot de défis uniques pour le secteur des soins de santé, mais le manque de surveillance dont a fait preuve le ministère du Développement social par rapport au paiement des factures dans le cadre des deux contrats nous préoccupe grandement. Les personnes qui approuvaient les paiements étaient des directeurs et des sous-ministres adjoints. Les factures ont été payées sans qu’il soit nécessaire de prouver que les biens ou les services avaient été reçus, et que la tarification était conforme aux modalités du contrat.

2.52 Voici un exemple de facture de CHL qui ne comprend ni les noms des employés, ni les noms des établissements, ni les dates auxquelles les services ont été rendus.

9059822 Canada Inc. O/A Canadian Health Labs [REDACTED]		 Canadian Health Labs		
INVOICE		INVOICE		
BILL TO [REDACTED] Assistant Deputy Minister Department of Social Development Sartin MacDonald Building P.O. Box 6000 Fredericton, NB E3B 5H1 Email: [REDACTED] Phone: [REDACTED]		DATE TERMS DUE DATE [REDACTED]		
DATE	DESCRIPTION	QTY	RATE	AMOUNT
18/02/2022	Long term home services LTC services provided by CHL	1	9,995.00	9,995.00
19/02/2022	Long term home services LTC services provided by CHL	1	9,995.00	9,995.00
20/02/2022	Long term home services LTC services provided by CHL	1	9,995.00	9,995.00
21/02/2022	Long term home services LTC services provided by CHL	2	9,995.00	19,990.00
22/02/2022	Long term home services LTC services provided by CHL	3	9,995.00	29,985.00
23/02/2022	Long term home services LTC services provided by CHL	4	9,995.00	39,980.00
24/02/2022	Long term home services LTC services provided by CHL	4	9,995.00	39,980.00
25/02/2022	Long term home services LTC services provided by CHL	4	9,995.00	39,980.00
26/02/2022	Long term home services LTC services provided by CHL	4	9,995.00	39,980.00
27/02/2022	Long term home services LTC services provided by CHL	4	9,995.00	39,980.00
SUBTOTAL				279,860.00
GST/HST @ 15%				41,979.00
TOTAL				321,839.00
BALANCE DUE				\$321,839.00

Recommandation

2.53 Nous recommandons au ministère du Développement social d'établir des attentes quant aux preuves à l'appui des factures à fournir, préalablement à l'approbation des paiements lors de la passation de marchés de biens et de services.

Il n'y a aucun processus de vérification des services reçus

2.54 Le Ministère ne disposait d'aucun processus pour s'assurer que les services facturés avaient été reçus. Les factures de Plan A renfermaient bien des détails sur les établissements dans lesquels les services avaient été rendus et les noms des employés, mais le Ministère n'a jamais demandé au fournisseur de lui remettre des feuilles de temps et n'a jamais effectué de suivi auprès des établissements pour s'assurer de la légitimité des frais.

2.55 Les factures de CHL ne contenaient pas de renseignements détaillés et n'indiquaient pas le nom des employés, le nom de l'établissement et la date des services. Les fonctionnaires qui approuvaient les paiements n'ont demandé aucun renseignement supplémentaire au fournisseur et n'ont pas fait de suivi auprès des établissements pour déterminer quels étaient réellement les calendriers d'affectation des ressources, afin de confirmer le nombre d'heures de travail. Les factures étaient payées telles que présentées au Ministère.

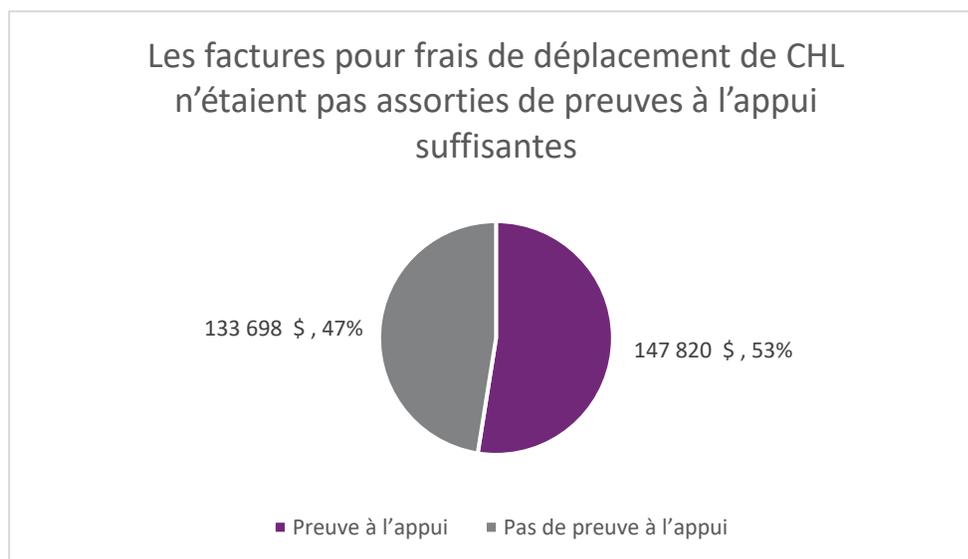
Absence de documents justificatifs pour le paiement des frais de déplacement

2.56 Les factures liées aux déplacements étaient approuvées et payées, et ce, même lorsque les preuves à l'appui étaient incomplètes ou manquantes pour justifier le paiement. Plan A a présenté 20 factures pour des déplacements et seulement deux s'accompagnaient de reçus adéquats. Notre analyse détaillée a révélé ce qui suit :

- neuf cas dans lesquels des confirmations de réservation ont été fournies comme preuves à l'appui pour le remboursement de frais d'hôtel, plutôt que des reçus indiquant le paiement
- quatre cas dans lesquels aucun reçu ou ni aucun document n'a été fourni pour justifier le remboursement de frais d'hôtel
- une facture comportait une nuitée supplémentaire à l'hôtel ne correspondant pas aux quarts de travail consignés

- trois factures comportaient des frais non admissibles en vertu du contrat, sans reçu ni preuve à l’appui

2.57 CHL a présenté un total de douze factures pour des déplacements et aucune ne s’accompagnaient de reçus adéquats. 47 % des frais de déplacement ont été payés par DS sans preuve à l’appui, tel qu’indiqué ci-dessous :



2.58 Notre analyse détaillée a révélé les exemples suivants de paiements pour déplacements versés sans preuves à l’appui suffisantes :

- des locations de voitures ont été payées sans l’approbation du ministre, comme l’exige le contrat
- sept cas dans lesquels des frais d’hébergement et des billets d’avion ont été payés sans reçu ni preuve à l’appui
- les frais pour une même chambre d’hôtel figuraient dans plus d’une facture, ce qui a donné lieu à une double facturation
- DS a payé une facture pour un séjour de sept nuits à l’hôtel alors que le reçu indiquait un séjour de trois nuits seulement; de plus, la facture a été payée deux fois
- de multiples chambres d’hôtel ont été réservées pour la même personne, dans un même hôtel ou dans des hôtels différents pour les mêmes dates
- deux billets d’avion ont été facturés et payés pour un trajet de Halifax à Terre-Neuve (aucune preuve n’indique que ces personnes ont travaillé au Nouveau-Brunswick)

- dans de nombreux cas, les noms ne figuraient pas dans les documents de réservation de vol
- des billets d’avion ont été payés en fonction des itinéraires de voyage, sans tenir compte du véritable coût des billets achetés
- des cartes-cadeaux ont été achetées en coupures de 100 \$ et de 250 \$ pour un total de 6 405 \$
- des denrées alimentaires étaient imputées aux factures d’hôtel

Recommandation

2.59 Nous recommandons au ministère du Développement social de veiller à ce que les documents justificatifs obtenus soient suffisants, fassent l’objet d’un examen et soient conformes aux modalités du contrat avant d’effectuer le paiement.

Aucune mesure incitant à la réalisation d’économies

2.60 Nous avons relevé des cas dans lesquels les décisions prises ne semblaient pas les plus économiques. Les véhicules loués n’étaient pas de classe économique comme celles généralement utilisées par les employés du gouvernement. Nous avons également recensé certaines dépenses, comme des frais de taxi totalisant 100 \$ par trajet.

Développement social n’a pas procédé à l’audit du fournisseur de services

2.61 Le contrat conclu avec CHL conférait au ministre le pouvoir d’auditer le fournisseur de services.

2.62 Même s’il avait la capacité de le faire, DS n’a pas audité CHL et n’a pas non plus évalué les coûts-avantages d’un tel examen. Le contrat conclu avec Plan A ne conférait pas au ministre le pouvoir de procéder à un audit.

Recommandation

- 2.63** Nous recommandons au ministère du Développement social de veiller à ce que les contrats lui octroient le pouvoir de procéder à l’audit des fournisseurs de services.
- 2.64** Nous recommandons au ministère du Développement social d’envisager la possibilité d’auditer les fournisseurs de services contractuels, en notant les coûts et les avantages de le faire.

Aucun examen postérieur à la mise en œuvre

- 2.65** Au moment de notre audit, le ministère n’avait pas effectué d’examen postérieur à la mise en œuvre ni envisagé de le faire, en vue de déterminer la valeur ajoutée ou les leçons tirées du processus de passation de contrats et du recours à du personnel infirmier itinérant.

Recommandation

- 2.66** Nous recommandons au ministère du Développement social d’effectuer un examen postérieur à la mise en œuvre sur le processus de passation de contrats et le recours au personnel infirmier itinérant.

Aperçu des résultats – Réseau de santé Horizon

Diligence raisonnable accrue requise



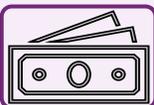
Constatations



Les besoins ont bien été cernés dans l'ensemble; l'accent a été mis sur le recours à court terme au personnel infirmier itinérant



Contrats **n'ont pas** été signés aux niveaux appropriés



Des lignes directrices ont été établies par rapport au processus de sélection des fournisseurs, mais il **n'y a pas** de critères de sélection ni de matrice de notation



Deux marchés **n'exigeaient pas** la tenue de vérifications des antécédents en vue d'un travail auprès des personnes vulnérables.



Des processus adéquats sont en place pour s'assurer que les services ont été reçus.



Frais de déplacement payés **sans** preuve à l'appui adéquate

Contexte

Gouvernance

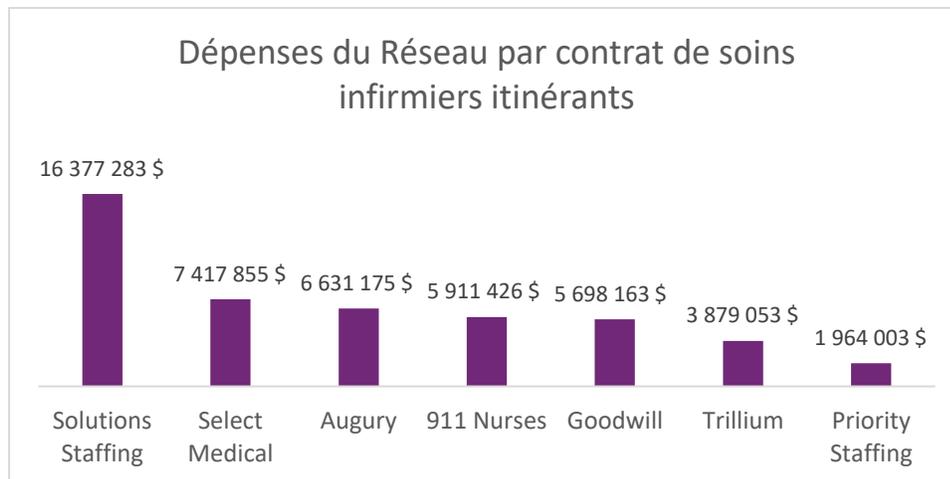
- 2.67** Un nouveau conseil d’administration a été nommé au Réseau de santé Horizon (le « RSH ») le 11 juin 2021. Le conseil d’administration a été dissous par le gouvernement et un fiduciaire intérimaire a été nommé le 15 juillet 2022. Un chef de la direction par intérim a également été nommé à ce moment-là. Un nouveau conseil d’administration, composé uniquement de personnes nommées par le gouvernement, a été mis sur pied le 1^{er} juillet 2023.

Marchés

- 2.68** Le RSH a conclu des contrats avec les sept entreprises suivantes :

Fournisseur	Date de signature du contrat
Goodwill	25 août 2022
Priority	2 septembre 2022
Trillium	16 septembre 2022
911	30 novembre 2022
Augury	15 mars 2023
Select	2 septembre 2022
Solutions Staffing	Contrat non signé

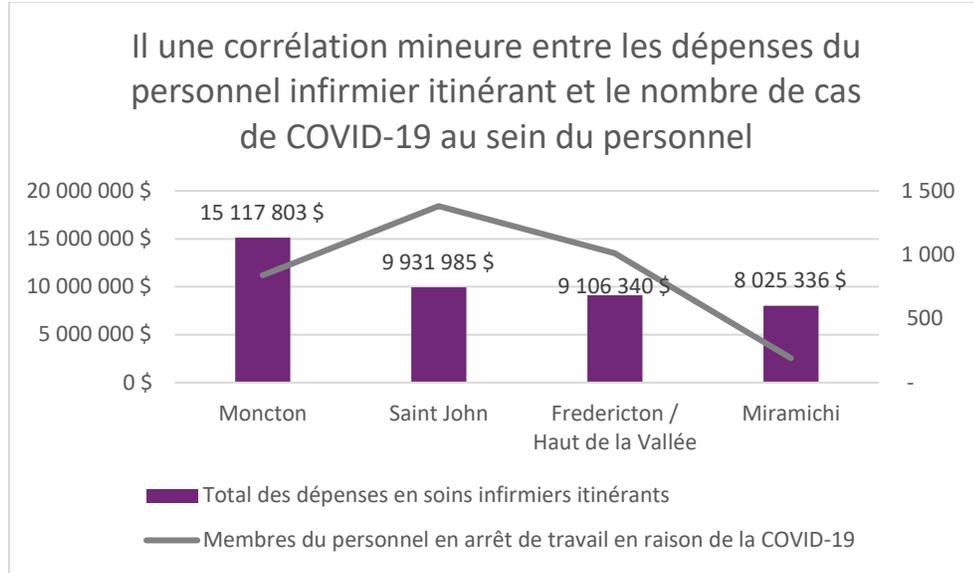
- 2.69** Les dépenses totales par contrat au cours de la période d’audit étaient les suivantes :



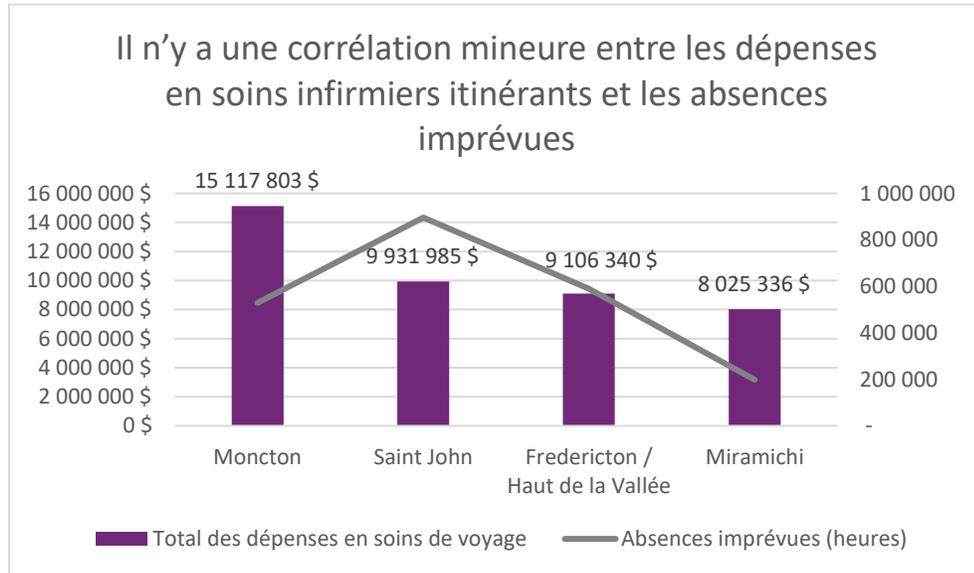
Les besoins étaient bien documentés

Utilisation de rapports fondés sur des données

- 2.70** Les hauts fonctionnaires du RSH ont été en mesure de nous fournir des rapports fondés sur des données qui décrivaient les lacunes en matière de dotation et signalaient les risques par établissement. Dans un document préparé par le RSH pour la réunion de son conseil d’administration, il est indiqué que « le nombre de postes vacants en soins infirmiers a triplé au cours des cinq dernières années. » Malgré les pénuries systémiques de main-d’œuvre bien connues, le RSH nous a informés que sa stratégie était de faire appel à du personnel infirmier itinérant pendant une courte période et de se concentrer sur des stratégies de recrutement et de maintien en poste à long terme.
- 2.71** Au total, le RSH a eu recours à des services de soins infirmiers itinérants pour une période d’un peu plus de 17 mois. Seules des infirmières immatriculées (II) et les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) ont été embauchées.
- 2.72** Le fiduciaire et le conseil d’administration ont reçu des exposés détaillés, notamment en ce qui concerne la dotation des postes vacants par établissement, le nombre d’infirmières itinérantes demandé et les taux de postes vacants avant et après l’embauche de personnel itinérant. La justification et les avantages du recours au personnel infirmier itinérant étaient bien documentés, de même que les répercussions qui s’en seraient suivies si aucune ou seulement la moitié des infirmières itinérantes avait été embauchée.
- 2.73** Les données ont été utilisées dans la prise de décisions, y compris en ce qui concerne la dotation des postes vacants par établissement et les unités clés. Nous avons examiné les dépenses du personnel infirmier itinérant par région (voir ci-dessous) et constaté qu’il existe une corrélation mineure entre les dépenses engagées par le personnel infirmier itinérant et le nombre de cas de COVID-19 au sein du personnel.



2.74 De même, lorsque nous avons comparé les dépenses du personnel infirmier itinérant aux absences imprévues, il y avait également une corrélation mineure.



Non-conformité à l'exigence relative aux signataires

2.75 Le RSH est défini comme étant une entité de l'annexe B de la *Loi sur la passation des marchés publics*. Le paragraphe 138(1) du Règlement 2014-93 pris en vertu de la *Loi sur la passation des marchés publics* stipule ce qui suit :

L'attribution d'un marché d'une valeur égale ou supérieure à 500 000 \$ doit être approuvée par le ministre ou dans le cas d'une entité de l'annexe B, par son chef dirigeant.

2.76 Nous avons examiné tous les contrats et constaté qu'ils avaient été signés par des membres du personnel à l'échelon de vice-président ou de directeur. Aucun contrat n'a été signé par le chef de la direction comme l'exige la *Loi*.

Recommandation

2.77 Nous recommandons au Réseau de santé Horizon de se conformer aux dispositions de la *Loi* concernant la signature de contrats.

Documentation insuffisante à l'appui de la sélection des fournisseurs

Des lignes directrices ont été établies pour la négociation des contrats

2.78 Le RSH a été en mesure de nous présenter les lignes directrices détaillées qui ont été utilisées dans la négociation des contrats, afin d'« assurer une approche juste, équitable et financièrement responsable en matière d'achat de services. » Voici quelques extraits du contenu de ces lignes directrices :

- *Ne pas limiter le nombre de propositions à recevoir.*
- *Respecter la politique du GNB sur les voyages pour le remboursement des frais de déplacement, sauf pour les voitures de location. Les véhicules de location ne doivent être utilisés qu'avec l'approbation du gestionnaire de l'acquisition des talents, en consultation avec le gestionnaire du service d'arrivée.*

- *Ne pas conclure d’entente qui exigerait la rémunération de personnel de soutien pour des infirmières itinérantes (p. ex., planificateurs ou gestionnaires).*
- *Les contrats doivent être examinés par un avocat du Bureau du procureur général.*

Exemple de contrat non conforme aux lignes directrices du RSH

2.79 Malgré les directives du RSH concernant le non-remboursement des voitures de location, sauf sur approbation du gestionnaire de l’acquisition des talents, en consultation avec le gestionnaire du service d’arrivée, trois contrats sur sept permettaient l’utilisation de véhicules de location sans l’obtention des autorisations appropriées.

Aucun processus de sélection, critère ou matrice de notation officiel

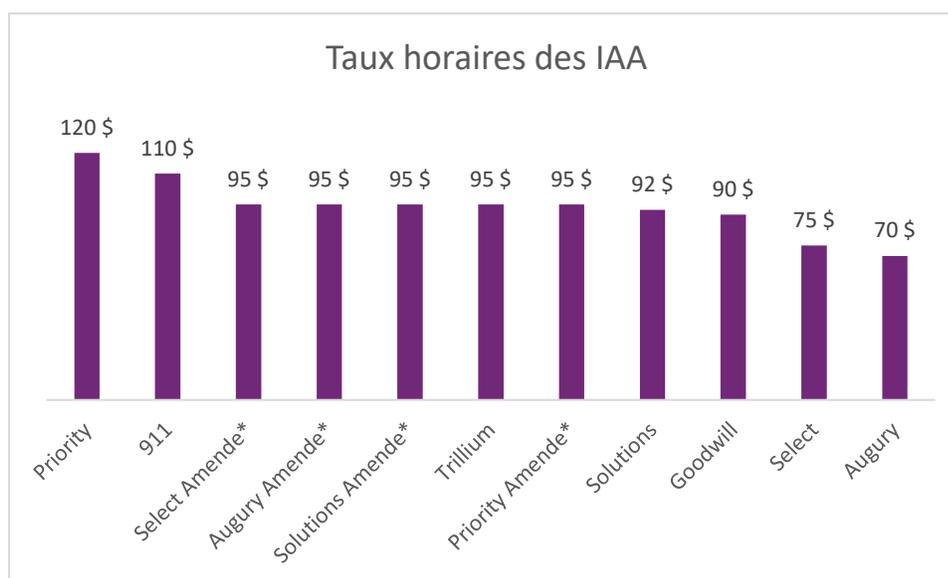
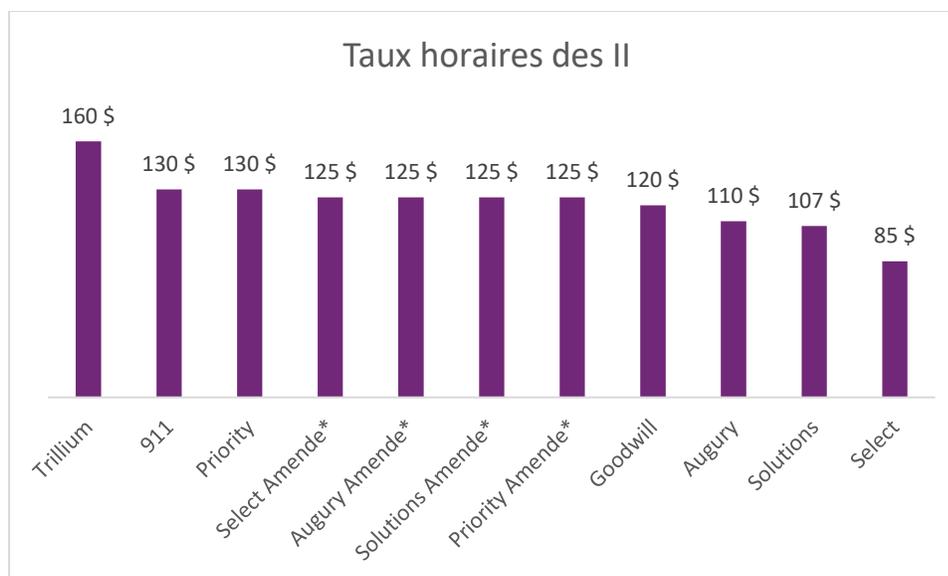
2.80 Au total, 37 organismes ont soumis des propositions à l’équipe d’acquisition des talents du RSH pour fournir des services de soins infirmiers itinérants. Bien que le RSH ait été en mesure de nous fournir une description du processus utilisé, il ne disposait pas de critères ou de matrice de notation pour appuyer ses décisions. Le processus documenté se limitait aux éléments suivants :

- les premières conversations avec les organismes pour discuter des services et des tarifs
- l’examen des ébauches de contrats pour déterminer si l’entente était conforme aux valeurs du RSH
- la sélection des meilleures agences de soins infirmiers itinérants pour travailler avec le RSH
- l’examen des contrats par le Bureau du procureur général

2.81 Il n’y avait aucun document expliquant comment ou pourquoi les fournisseurs ont été sélectionnés. Le personnel du RSH nous a informés qu’il avait rencontré CHL pour discuter des services qu’il pouvait offrir, mais qu’il n’avait pas reçu de proposition de CHL et qu’il n’avait pas communiqué avec l’entreprise.

Les tarifs varient d’un entrepreneur à l’autre

2.82 Les graphiques ci-dessous montrent les différents taux horaires des II et des IAA des fournisseurs de soins infirmiers itinérants dont les services ont été retenus par le RSH. Certains entrepreneurs ont modifié leurs tarifs pendant la durée du contrat.



* Amende est utilisé pour indiquer les tarifs modifiés

Recommandation

2.83 Nous recommandons au Réseau de santé Horizon de veiller à ce que des critères de sélection soient établis et assortis de matrices de notation lors de l’évaluation des propositions des fournisseurs de services, à l’appui des processus décisionnels lors de la sélection.

Préoccupations soulevées au sujet des contrats

La plupart des contrats examinés par le Bureau du procureur général

- 2.84** Le RSH a été en mesure de nous fournir des documents montrant que tous les contrats, sauf un, avaient été examinés par le Bureau du procureur général (BPG) avant leur signature.

Contrats non conformes aux normes du GNB

- 2.85** Nous avons relevé les exemples suivants de lacunes dans la documentation des contrats par rapport au modèle de contrat type du gouvernement du Nouveau-Brunswick (GNB) :

- trois contrats sur sept n’avaient pas de date d’entrée en vigueur
- aucun contrat n’avait de plafond de dépenses
- cinq contrats sur sept ne permettaient pas au gouvernement de procéder à un audit du fournisseur de services
- cinq contrats sur sept ne fournissaient pas d’exigences détaillées en matière de facturation

- 2.86** Nous avons également remarqué que les lois provinciales citées comme régissant les ententes variaient d’un cas à l’autre, allant du Nouveau-Brunswick à l’Ontario, en passant par la Colombie-Britannique. De plus, l’un des contrats exigeait l’obtention d’un permis d’II en Ontario.

- 2.87** Les exigences en matière d’assurance responsabilité n’étaient pas énoncées de manière détaillée :

- deux contrats sur sept ne précisaient aucun montant d’assurance responsabilité
- les montants d’assurance responsabilité s’établissaient entre cinq à dix millions de dollars, ou à un million de dollars par incident

Recommandation

2.88 Nous recommandons que le Réseau de santé Horizon veille à ce que les contrats soient conformes aux normes du GNB et que les écarts par rapport à ces normes soient rationalisés.

Contrat non signé

2.89 Le contrat avec Solutions Staffing n’a pas été signé par le RSH ou le fournisseur. Plus de 16 millions de dollars ont été versés à cette entreprise, selon des modalités qui n’ont pas été approuvées par l’une ou l’autre des parties.

Recommandation

2.90 Nous recommandons au Réseau de santé Horizon de s’assurer que tous les contrats sont signés par les deux parties.

Les signataires de contrats ne disposent pas des autorisations de dépenser

2.91 Aucun des signataires du RSH ne disposait des autorisations de dépenser adéquates pour signer les contrats qui ont été conclus, si l’on se fie aux dépenses réelles. Aucun des contrats ne comportait de plafond de dépenses et l’analyse globale des dépenses projetées n’était pas effectuée ou utilisée pour déterminer les niveaux d’autorisation requis. Les membres du personnel nous ont informés qu’ils ne savaient pas à combien s’élèveraient les dépenses et qu’ils ont seulement pris en compte les taux horaires contractuels aux fins de la détermination des autorisations de dépenser.

Recommandation

2.92 Nous recommandons au Réseau de santé Horizon de veiller à ce que les contrats soient signés par un membre du personnel à l’échelon approprié et disposant des autorisations de dépenser nécessaires.

Absence d'exigence de vérification des casiers judiciaires et des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables

- 2.93** Le RSH exige que les employés qui interagissent avec les patients fassent l'objet d'une vérification de leurs casiers judiciaires et des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables.
- 2.94** Des sept contrats signés par le RSH :
- deux contrats ne présentaient aucune exigence en matière de vérification des casiers judiciaires ou des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables
 - deux contrats utilisaient une terminologie plutôt floue stipulant que l'entreprise de recrutement effectuerait des vérifications des antécédents criminels et des qualifications
 - un contrat prévoyait la tenue d'une vérification du casier judiciaires seulement
 - deux contrats prévoyaient la tenue de vérifications des antécédents criminels ou des antécédents en vue d'un travail auprès des personnes vulnérables

Recommandation

- 2.95** Nous recommandons au Réseau de santé Horizon de s'assurer que les contrats sont assortis de l'exigence pour les travailleurs contractuels qui interagissent avec les patients de se soumettre à une vérification de casier judiciaire et des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables avant leur premier jour de travail.

Paiements effectués sans diligence raisonnable

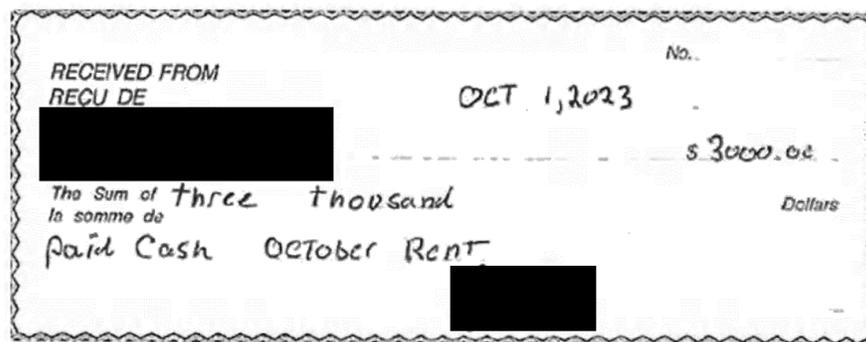
Processus adéquats pour s'assurer que les services payés ont été reçus

- 2.96** Bien que le niveau de détail des factures varie, les cadres supérieurs du RSH nous ont informés qu'ils avaient établi des processus pour s'assurer que les services payés avaient été reçus. Nous avons constaté que les méthodes

utilisées pour justifier le paiement des factures comprenaient la vérification des courriels des superviseurs et/ou des feuilles de temps. Pour trois des 111 factures vérifiées, nous avons constaté que les preuves à l'appui étaient insuffisantes pour justifier le nombre d'heures facturées.

Preuves à l'appui insuffisantes quant au remboursement des frais de déplacement

- 2.97** Comme le RSH n'utilisait pas de code de compte distinct pour les frais de soins et de déplacement, nous n'avons pas été en mesure de déterminer les dépenses totales pour chaque secteur.
- 2.98** Nous avons examiné 200 réclamations de remboursement de frais de déplacement et constaté que seulement 122 (61 %) d'entre elles comprenaient des preuves à l'appui aux fins de remboursement.
- 2.99** Dans les cas où des preuves à l'appui étaient fournies, celles-ci étaient souvent inadéquates. Voici quelques exemples :
- un Jeep Wrangler a été loué pour un mois et la seule preuve à l'appui fournie était une feuille de temps pour une période de sept jours
 - des frais d'hébergement ont été remboursés pour une période de 33 nuits et la seule preuve à l'appui fournie était une feuille de temps pour une période de quatre jours
 - des frais d'hébergement totalisant 2 837 \$ ont été facturés et remboursés, alors que la seule preuve à l'appui fournie était une feuille de temps de deux heures
 - des frais d'hébergement mensuels de 2 900 \$ ont été facturés et payés deux fois
 - un reçu de frais d'hébergement totalisant 3 000 \$ ne comportait aucun détail sur le lieu d'hébergement, comme il est indiqué ci-dessous



Recommandation

2.100 Nous recommandons au Réseau de santé Horizon de veiller à ce que des preuves à l'appui adéquates soient fournies pour toutes les factures et à ce que des vérifications adéquates soient effectuées avant l'émission d'un paiement.

Certains paiements ne respectaient pas les modalités du contrat

2.101 Nous avons examiné 111 factures pour nous assurer que les frais et les taux utilisés étaient conformes aux modalités des contrats. Dans cet échantillon, 41 % des factures comprenaient des cas de non-conformité aux modalités du contrat. Par exemple, nous avons constaté ce qui suit :

- dans les factures de soins de Solutions Staffing, nous avons relevé quatorze instances dans lesquelles les taux facturés étaient supérieurs aux taux admissibles en vertu du contrat;
- dans un cas en particulier, des frais d'hébergement supplémentaires de 200 \$ ont été facturés pour des animaux de compagnie.

Recommandation

2.102 Nous recommandons au Réseau de santé Horizon de s'assurer que les taux facturés sont conformes aux modalités et aux taux du contrat.

Plan de réduction du recours au personnel infirmier itinérant

2.103 En septembre 2023, le RSH a lancé ce qu'elle appelle un plan de réduction progressive du recours au personnel infirmier itinérant. Des modifications ont été apportées au plan en octobre. Cela nous a permis d'obtenir des détails sur les échéances du plan de réduction du recours au personnel infirmier itinérant selon lesquels le recours au personnel infirmier itinérant cesserait d'ici le 31 mars 2024, à moins d'obtenir l'approbation de l'équipe de la haute direction.

2.104 À l'heure actuelle, il n'est pas prévu d'effectuer un examen officiel du recours au personnel infirmier itinérant pour en déterminer la valeur ajoutée ou en tirer des leçons.

Recommandation

2.105 Nous recommandons au Réseau de santé Horizon de procéder à un examen postérieur à la mise en œuvre du projet de recours à du personnel infirmier itinérant à contrat. Cet examen devrait permettre de trouver des solutions de rechange pour faire face aux pénuries de personnel à court et à long terme.

Aperçu des résultats – Réseau de santé Vitalité

Diligence raisonnable accrue requise



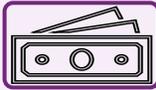
Constatations



N'a pas fourni les informations telles que demandées par le Bureau du vérificateur général.



Les besoins ont bien été cernés dans l'ensemble, mais il n'y a **aucune** corrélation entre les dépenses en soins infirmiers itinérants et les besoins par établissements.



Aucun document à l'appui de la sélection des fournisseurs; plus de **98 millions de dollars** ont été consacrés à l'entrepreneur dont la structure de prix est la plus élevée.



L'absence d'examen juridique des contrats se traduit par un risque indu.



Certains contrats prévoyaient le déploiement d'équipes sans tenir compte des besoins réels.



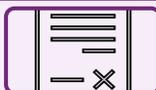
Un contrat comprenait une clause de renouvellement automatique présentant une obligation financière potentielle importante.



Les contrats **n'exigeaient pas** de vérifications des antécédents en vue d'un travail auprès des personnes vulnérables.



Les processus permettant de s'assurer que les services ont été reçus sont **inadéquats**.



Seulement **1 des 4** entrepreneurs était tenu de fournir des services en français.

Les renseignements demandés n'ont pas été fournis

Non-conformité à la *Loi sur le vérificateur général*

- 2.106** Le Réseau de santé Vitalité (Vitalité) nous a informés que son personnel avait rempli trois rapports d'audit interne concernant le contrat avec Canadian Health Labs (CHL). Le 17 avril 2024, notre Bureau a officiellement demandé l'accès aux rapports d'audit et la demande a été refusée.
- 2.107** L'article 13(a) de la *Loi sur le vérificateur général* stipule que « le vérificateur général a le droit : à toute heure convenable, d'avoir libre accès aux renseignements se rapportant à l'exercice de ses responsabilités, y compris, même s'ils sont confidentiels ou privés, tous dossiers, documents, registres, accords et contrats. »
- 2.108** En raison du manque de collaboration de Vitalité, les risques qu'ils ont relevés dans les rapports d'audit et la mesure dans laquelle ces risques ont été atténués ne sont pas connus.
- 2.109** L'article 13.2(1) de la *Loi sur le vérificateur général* stipule qu'il « est interdit d'entraver le vérificateur général, une personne employée au Bureau du vérificateur général ou une personne que nomme le vérificateur général au titre d'un contrat de service professionnel dans l'exercice effectif ou censé tel des pouvoirs ou des fonctions que lui attribue la présente loi ou toute autre loi et de dissimuler ou de détruire tout document que le vérificateur général considère nécessaire à l'application de la présente loi ou de toute autre loi. » En outre, « quiconque contrevient ou omet de se conformer au paragraphe (1) commet une infraction punissable en vertu de la partie 2 de la *Loi sur la procédure applicable aux infractions provinciales* à titre d'infraction de la classe F. »
- 2.110** Il est essentiel que les organismes gouvernementaux comprennent les pouvoirs du vérificateur général et se conforment à la *Loi sur le vérificateur général*.

Contexte

Gouvernance

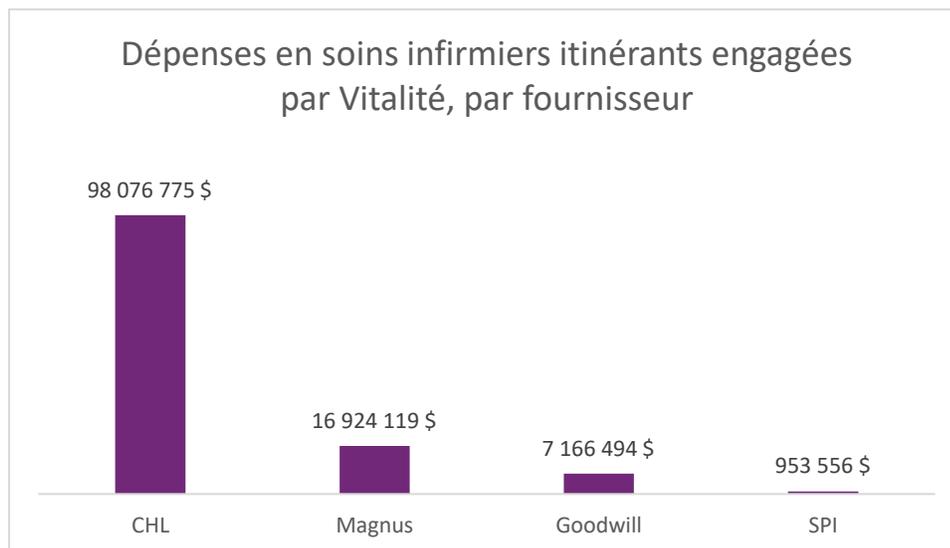
2.111 L’actuel PDG de Vitalité a été nommé le 30 novembre 2020. Le conseil d’administration a été dissous par le gouvernement et un fiduciaire intérimaire a été nommé le 15 juillet 2022. Un nouveau conseil d’administration, composé uniquement de personnes nommées par le gouvernement, a été mis sur pied le 1^{er} juillet 2023.

Contrats

2.112 Vitalité a conclu six contrats avec quatre entreprises comme suit :

Fournisseur	Date de signature du contrat
Goodwill	2 juin 2022
CHL (1)	29 juillet 2022
SPI	25 juillet 2022
CHL (2)	16 novembre 2022
CHL (3)	2 décembre 2022
Magnus	16 décembre 2022

2.113 Les dépenses totales consacrées aux soins infirmiers itinérants par fournisseur au cours de notre période d’audit s’établissent comme suit :



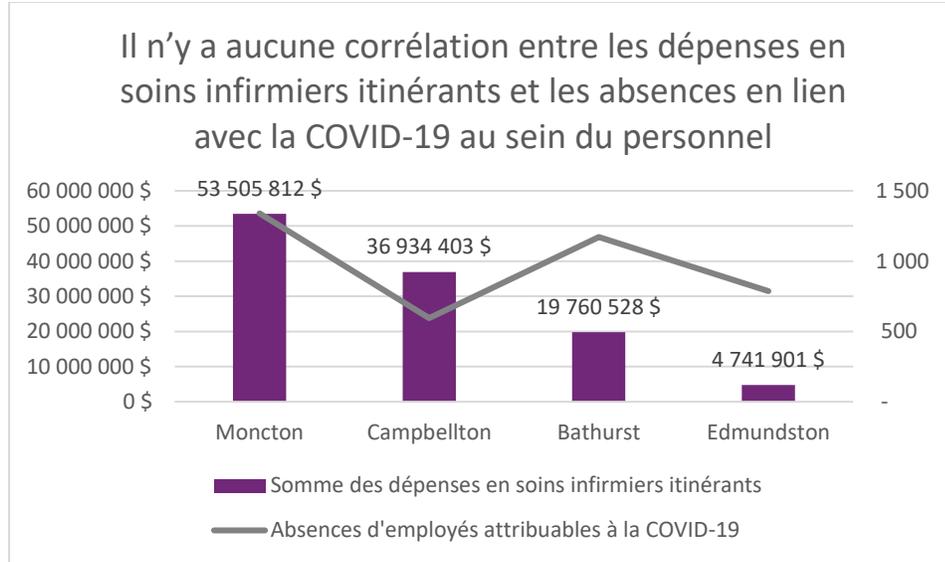
Les besoins étaient bien documentés

Rapports axés sur les données utilisés pour déterminer les besoins globaux

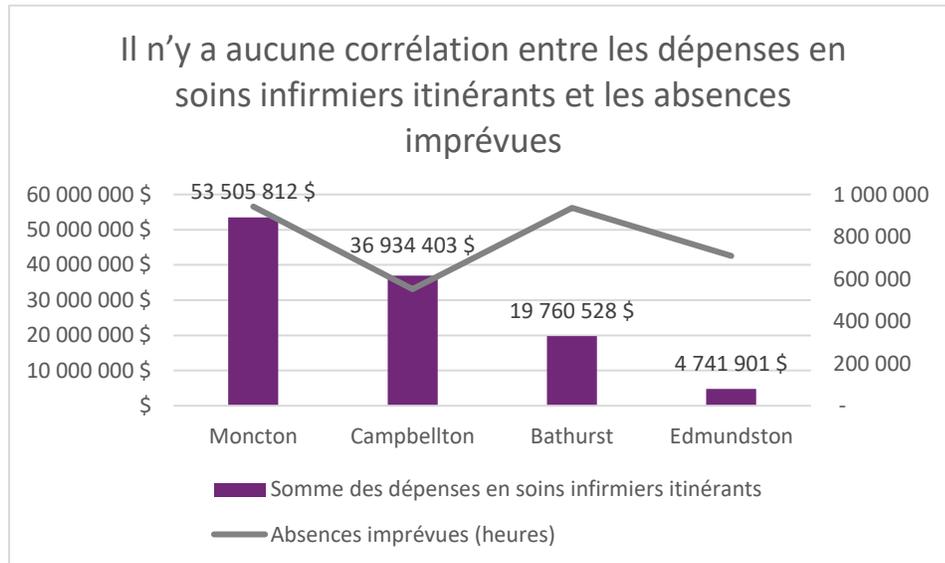
- 2.114** Vitalité nous a fourni des renseignements détaillés sur ses pénuries de main-d'œuvre par région. Les pénuries de main-d'œuvre étaient systémiques, ainsi que liées à la COVID-19 quand des employés obtenaient un résultat positif au test de dépistage. Nous avons été informés qu'un grand nombre d'employés s'absentaient pour d'autres raisons, y compris le stress et la fatigue, et qu'un certain nombre de travailleurs de la santé ont choisi de quitter définitivement la profession.
- 2.115** Bien que DS et le RSH aient eu recours à du personnel infirmier itinérant pendant de plus courtes périodes, Vitalité et son conseil d'administration appuient le recours au personnel infirmier itinérant jusqu'en 2026. Les cadres supérieurs nous ont informés qu'ils ne pensaient pas que le gouvernement appuie les fermetures et que selon eux, le recours au personnel infirmier itinérant représente leur seul autre choix. Nous n'avons pas vérifié la validité de leurs assertions; nous fournissons cette information à des fins de mise en contexte seulement.

Les dépenses en soins infirmiers itinérants ne visent pas toujours les secteurs où les besoins sont les plus grands

- 2.116** Nous avons obtenu des données nous permettant de déterminer si des soins infirmiers itinérants étaient fournis dans les régions où les besoins étaient les plus grands, en fonction des absences d'employés attribuables à la COVID-19 et des absences imprévues pour d'autres raisons.
- 2.117** Le graphique ci-dessous montre que les dépenses en soins infirmiers itinérants ne correspondent pas aux absences d'employés en lien avec la COVID-19.



2.118 Le graphique ci-dessous montre que les dépenses en soins infirmiers itinérants ne correspondent pas aux absences imprévues du personnel.



Recommandation

2.119 Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité de s’appuyer sur des données pour s’assurer que les ressources en personnel sont affectées aux établissements qui font face aux plus grands risques.

Non-conformité à l’exigence relative aux signataires

Conformité à la législation

2.120 Vitalité est définie comme une entité de l’annexe B de la *Loi sur la passation des marchés publics*. Le paragraphe 138(1) du Règlement 2014-93 pris en vertu de la *Loi sur la passation des marchés publics* stipule ce qui suit :

L’attribution d’un marché d’une valeur égale ou supérieure à 500 000 \$ doit être approuvée par le ministre ou dans le cas d’une entité de l’annexe B, par son chef dirigeant.

2.121 Au cours de nos travaux, nous avons constaté que le signataire de tous les contrats était le chef de la direction, conformément à la loi.

Non-conformité à la politique du conseil d’administration

2.122 La Politique du Conseil de Vitalité – Limite d’autorisation de dépenses (en vigueur depuis le 24 juillet 2022) stipule que les contrats représentant un engagement de plus de 5 000 000 \$ par année doivent être approuvés par le conseil d’administration.

2.123 Le conseil a été dissous en juillet 2022 et un fiduciaire a été désigné, lequel a hérité de toutes les fonctions et de tous les pouvoirs du conseil. Des contrats ont été signés avec CHL, Magnus et Goodwill qui, compte tenu de leur niveau de dépenses, auraient dû être approuvés par le conseil d’administration ou le fiduciaire conformément à la politique, mais aucune approbation documentée de contrats spécifiques n’a été obtenue.

Recommandation

2.124 Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité de s’obtenir l’approbation du conseil d’administration lors de la signature de contrats, conformément à la Politique du conseil d’administration – Limite d’autorisation de dépenses.

Documentation insuffisante à l'appui de la sélection des fournisseurs

Absence de lignes directrices, de critères de sélection ou de matrices de notation – Vitalité n'a pas exigé des services en français dans tous ses établissements

- 2.125** Vitalité n'a pas établi de lignes directrices, de critères de sélection ou de matrices de notation qui appuieraient la sélection des fournisseurs.
- 2.126** La prestation de services en français n'était pas une exigence pour Vitalité dans ses contrats, sauf dans celui conclu avec CHL. Les cadres supérieurs nous ont informés que la raison pour laquelle CHL a été sélectionné et s'est vu confier la majeure partie du travail était sa capacité à fournir des services en français.
- 2.127** Toutefois, dans les contrats conclus avec CHL, les exigences se limitaient à ce qui suit :
- **Contrat 1** (29 juillet 2022) pour des II/IAA :
 - Au moins 0 % du personnel déployé à Campbellton sera francophone/bilingue
 - À aucun moment une équipe déployée à Dumont ne sera composée de moins de 50 % d'employés bilingues (fonctionnel)
 - **Contrat 2** (16 novembre 2022) pour des PSSP :
 - Au moins 0 % du personnel déployé à Campbellton et à Bathurst sera francophone/bilingue
 - À aucun moment une équipe déployée à Dumont et à Edmundston ne sera composée de moins de 80 % d'employés bilingues (fonctionnel)
 - **Contrat 3** (2 décembre 2022) pour des II/IAA :
 - Au moins 0 % du personnel déployé à Campbellton et à Bathurst sera francophone/bilingue
 - À aucun moment une équipe déployée à Dumont et à Edmundston ne sera composée de moins de 90 % d'employés bilingues (fonctionnel)

- 2.128** En février 2024, les dépenses consacrées à CHL s'élevaient à plus de 98 millions de dollars. Toutefois, les montants totaux dépensés pour la prestation de services à Dumont et à Edmundston n'ont totalisé que 55 278 993 \$, ce qui inclut l'ensemble des fournisseurs de services et non seulement CHL.
- 2.129** Le contrat conclu avec CHL représentait plus de 80 % des dépenses totales en soins infirmiers itinérants. Pourtant, des services en français n'étaient requis que dans deux établissements. Les dépenses totales pour la prestation de soins infirmiers itinérants en anglais seulement s'élevaient à 42 797 782 \$.
- 2.130** Vitalité a exprimé des préoccupations concernant le niveau de services en français qui étaient fournis; toutefois, comme il a été mentionné précédemment, Vitalité nous a refusé l'accès à ses rapports d'audit interne.

Les tarifs varient d'un fournisseur à l'autre

- 2.131** Bien que tous les autres fournisseurs offraient du personnel de soins individuels à un taux horaire, CHL n'offrait qu'un modèle de tarification groupée. Vitalité a signé deux contrats avec CHL pour le recours aux services d'II et d'IAA, et le modèle de tarification était le suivant :
- Une équipe pouvait fournir jusqu'à 12 heures de services par jour
 - 18 043,42 \$ par équipe/jour (contrat avec CHL signé le 29 juillet 2022)
 - 18 403,42 \$ par équipe/jour (contrat avec CHL signé le 2 décembre 2022)
 - Une équipe est composée des personnes suivantes :
 - Personnel virtuel
 - 1 responsable de l'exploitation
 - 1 responsable clinique
 - 0,44 planificateur
 - En personne
 - 0,22 responsable de la logistique
 - 2 IAA
 - 3 II
- 2.132** En incluant tous les coûts non directs pour la prestation de soins, le coût horaire (fondé sur les taux en vigueur au 2 décembre 2022) pour compter sur la présence d'un membre du personnel clinique (IAA/II) à l'étage était de 306 \$ de l'heure. Conformément aux conventions collectives du GNB (en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2023), les IA et les IAA sont rémunérés à l'heure comme suit :
- II – Classe A, échelons A à G (36,41 \$ à 46,13 \$)
 - IAA – Échelons A à C (30,22 \$ à 32,46 \$)

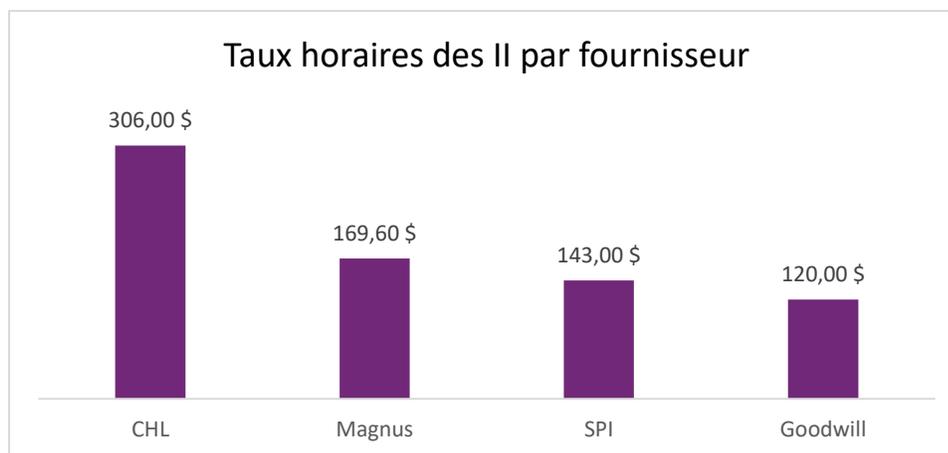
2.133 Vitalité a conclu un contrat avec CHL pour la prestation de PSSP et le modèle de tarification était le suivant :

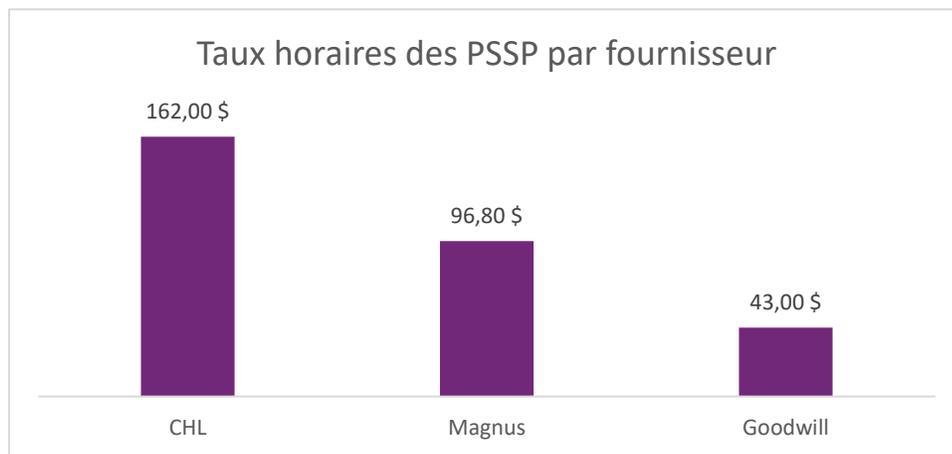
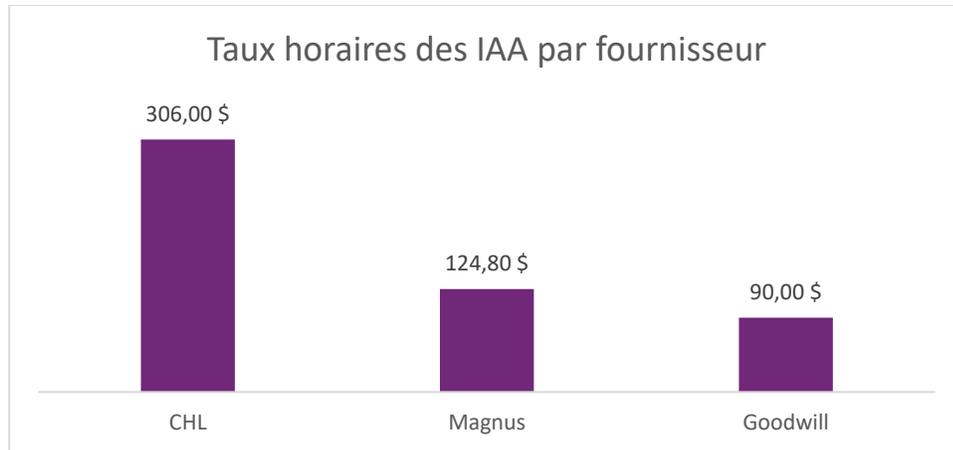
- Une équipe pouvait fournir jusqu'à 12 heures de services par jour
- 13 632 \$ par équipe/jour (contrat avec CHL signé le 16 novembre 2022)
- Une équipe est composée des personnes suivantes :
 - Personnel virtuel
 - 1 responsable des opérations
 - 1 responsable clinique
 - ½ planificateur
 - En personne
 - ½ responsable de la logistique
 - 7 PSSP

2.134 En incluant tous les coûts non directs pour la prestation de soins, le coût horaire pour compter sur la présence d'un PSSP à l'étage était de 162 \$ de l'heure. Conformément aux conventions collectives du GNB, un employé occupant cet échelon devrait être rémunéré entre 22,61 \$ et 24,24 \$ de l'heure.

2.135 Le contrat avec CHL stipulait qu'en cas de déploiement d'une équipe partielle, fournisseur ne facturerait que les coûts associés à une équipe partielle. Le contrat ne précisait toutefois pas en quoi consisterait cette facturation partielle. Nous avons relevé des situations dans lesquelles Vitalité a payé plus de 18 000 \$ en tarification groupée, et ce, même si certains employés ne faisaient pas 12 heures et que certains travaillaient aussi peu que 3,5 heures.

2.136 Les coûts pour les II, les IAA et les PSSP par entrepreneur sont indiqués ci-dessous. Certains entrepreneurs ont modifié leurs tarifs pendant la durée du contrat.





Recommandation

2.137 Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité d’élaborer et d’utiliser des lignes directrices et des critères de sélection à l’appui de la sélection des fournisseurs.

Préoccupations soulevées au sujet des contrats

Aucun examen juridique des contrats

2.138 Vitalité n'a effectué aucun examen juridique pour les contrats qui ont été signés.

Contrats non conformes au modèle standard du GNB

2.139 Parmi les six contrats signés, nous avons relevé les exemples suivants de lacunes dans la documentation des contrats par rapport au modèle de contrat standard du GNB :

- Deux contrats n'avaient pas de date d'entrée en vigueur
- Trois contrats n'avaient pas de plafond de dépenses
- Trois contrats ne permettaient pas de procéder à un audit du fournisseur de services

2.140 Un contrat indiquait que les lois provinciales régissant l'entente étaient celles de l'Ontario.

Recommandation

2.141 Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité de veiller à ce que les contrats importants d'une valeur monétaire prédéterminée soient examinés par un conseiller juridique.

Des équipes peuvent être déployées, et ce, quels que soient les besoins

2.142 Les contrats conclus avec CHL donnaient à l'entreprise le droit de déployer un nombre minimal d'équipes, quels que soient les besoins réels, ce qui équivaut approximativement au plafond du contrat. Les contrats avec CHL comprenaient les modalités suivantes :

- Contrat pour la prestation de PSSP
 - Terme : 21 novembre 2022 au 31 mai 2024
 - Plafond du contrat : 45 M\$ (dépenses, remboursements et TVH en sus)

- CHL a le droit de déployer du personnel totalisant 3 262 jours de travail en équipe pendant la durée de l'entente, ce qui équivaut à 44 467 584 \$ (dépenses, remboursements et TVH en sus).
- Contrat pour la prestation d'II/IAA
 - Terme : 5 décembre 2022 au 5 février 2026
 - Plafond du contrat : 93 M\$ (dépenses, remboursements et TVH en sus)
 - CHL a le droit de déployer du personnel totalisant 4 620 jours de travail pendant la durée de l'entente, ce qui équivaut à 85 021 952 \$ (dépenses, remboursements et TVH en sus).

Recommandation

2.143 Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité de s'assurer que les modalités contractuelles tiennent compte des exigences réelles en matière de niveau de service.

Clause de renouvellement automatique

2.144 Le contrat conclu avec CHL pour la prestation d'II/IAA expire le 5 février 2026. Le contrat stipule ce qui suit : « Si l'entrepreneur atteint un taux d'exécution francophone/bilingue de 100 % pour une période continue de 12 mois, Vitalité convient que la présente entente de services continuera automatiquement de se renouveler chaque année jusqu'à un maximum de cinq renouvellements, pourvu que le fournisseur continue de respecter ses obligations en matière d'exécution et ses obligations linguistiques en vertu de la présente entente. »

Recommandation

2.145 Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité de s'assurer que les contrats ne comportent pas de clause de renouvellement automatique.

Contrat non signé

2.146 Le contrat avec Goodwill a été signé par le fournisseur mais pas par Vitalité. Plus de 7 M\$ ont été versés à cette entreprise, en vertu d'un contrat qui n'a pas été signé par les deux parties.

Recommandation

2.147 Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité de s'assurer que tous les contrats sont signés par les deux parties.

Vérifications des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables non requises

2.148 Vitalité exige que les employés qui interagissent avec les patients fassent l'objet d'une vérification de leurs casiers judiciaires et de leurs antécédents en vue d'un travail auprès des personnes vulnérables.

2.149 Nous avons examiné les modalités du contrat pour déterminer si une vérification des casiers judiciaires et des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables était une exigence et avons constaté ce qui suit :

- une vérification du casier judiciaire ou des vérifications des antécédents était requise dans les six contrats
- aucun contrat n'exigeait la tenue de vérifications des antécédents en vue d'un travail auprès des personnes vulnérables

2.150 Aucun contrat ne précisait exactement à quel moment ces vérifications auraient lieu, alors que la politique de Vitalité stipule que le résultat des vérifications doit être fourni au plus tard le premier jour de travail. Comme l'expression « vérification des antécédents » n'est pas bien définie et peut se limiter aux antécédents professionnels, aux études, à l'accession à la propriété, etc., l'exigence d'effectuer une vérification des casiers judiciaires et des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables devrait être clairement précisée.

Recommandation

2.151 Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité de s'assurer que les contrats exigent que les travailleurs contractuels en contact avec les patients fassent l'objet d'une vérification du casier judiciaire et des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables avant leur premier jour de travail.

Cession de responsabilité non valide

2.152 Tous les fournisseurs, à l'exception de CHL, devaient fournir leur propre assurance responsabilité. Le contrat conclu par Vitalité avec CHL (rédigé par CHL) stipulait que le Réseau de santé Vitalité doit fournir une protection au fournisseur en cadre du régime d'assurance du gouvernement.

2.153 Toutefois, les entrepreneurs tiers sont expressément exclus du régime et, selon le gestionnaire du régime, « il n'est pas possible d'ajouter des entités ou des organisations comme assurés légitimes en vertu du régime par contrat seulement ».

Recommandation

2.154 Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité de s'assurer que les contrats de services sont assortis d'une assurance responsabilité valide et appropriée.

Paiements effectués sans diligence raisonnable

Les processus établis ne fonctionnent pas comme prévu

2.155 Vitalité nous a informés que le personnel de surveillance approuvait le nombre réel d'heures de travail comme méthode de vérification de l'obtention des services. Bien que le processus ait été établi, il ne fonctionnait pas toujours comme prévu. Nous avons vérifié des factures équivalant à plus de 23 millions de dollars en prestation de services de personnel clinique et constaté que 28 % de ces factures n'avaient pas été signées par un membre du personnel de surveillance.

Frais de déplacement remboursés sans preuves à l'appui adéquates

2.156 85 % des frais de déplacement que nous avons examinés comprenaient une forme quelconque de soutien à la rémunération.

2.157 Voici des exemples de cas où des dépenses ont été payées sans aucune preuve à l'appui :

- Location de voiture Hertz (1 818,97 \$)
- Air Canada (1 749,90 \$)
- Air Canada (517,38 \$)
- Location d'une maison à Moncton (3 500 \$)

2.158 Nous avons également relevé des cas où des frais de logement avaient été remboursés, sans que des preuves à l'appui suffisantes aient été fournies pour justifier le paiement. Voici quelques exemples :

- Des frais d'hébergement de 2 700 \$ pour un mois de loyer; ont été justifiés par une feuille de temps pour trois jours de travail.
- Des frais d'hébergement de 2 205 \$ indiqués comme étant pour la période du 1^{er} au 15 octobre 2023 ont été justifiés par une feuille de temps pour le travail effectué entre le 23 septembre et le 6 octobre 2023.

2.159 Nous avons constaté que des indemnités de repas étaient souvent facturées et versées sans preuve à l'appui suffisante. Lors de notre examen portant sur 64 factures, nous avons constaté que des indemnités de repas pour des factures soumises par CHL avaient été versées sans preuve à l'appui adéquate, pour un montant totalisant 281 640 \$. Les indemnités de repas étaient souvent payées au double ou au triple de ce que le soutien fourni aurait permis.

Des taux élevés pour des locations de voiture payées sans soutien adéquat

2.160 Le contrat de Vitalité avec CHL permettait la location de véhicules auprès de Canadian EV Labs ou d'une entreprise affiliée. Nous avons déterminé que le chef de la direction de CHL est également le seul directeur de Canadian EV Labs et de Canadian Sustainability Labs.

2.161 Le contrat stipulait également que les coûts de location ne devaient pas dépasser les taux actuels du marché. Dans le cadre de notre audit, nous avons relevé des factures de location de véhicules électriques (VE) et de recharge de VE émises par Canadian Sustainability Labs. Les tarifs de location de véhicules électriques variaient de 184 \$ à 345 \$ par jour; des véhicules ont été fournis aux PSSP, aux IAA, aux II et au personnel de la logistique.

2.162 La politique gouvernementale sur les voyages stipule que les tarifs négociés pour les employés du gouvernement auprès d'entreprises de location de voitures sont de 62,66 \$ à 82,66 \$ par jour.

2.163 Voici des exemples de frais engagés par Canadian EV Labs et Canadian Sustainability Labs qui méritent d'être signalées :

- un facture ont été payées sans preuve à l'appui ni description de l'objet ni mention du nom de l'employé, totalisant 11 305 \$;
- une facture a été payée qui regroupait 43 locations de voiture, totalisant 63 910 \$ pour une semaine.

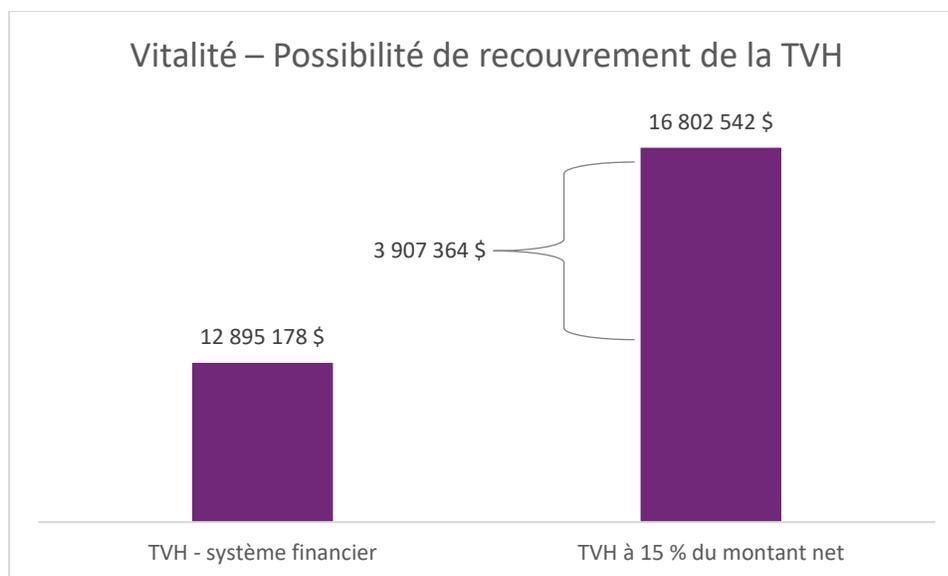
2.164 Les factures de location de VE indiquaient le nom de l'employé (parfois son prénom, parfois son prénom et son nom de famille), mais ne précisaient ni la date ni le lieu de travail. Dans certains cas, des feuilles de temps avaient été jointes aux factures de location, mais pas de manière consistante. La grande majorité des véhicules étaient loués pour une période de sept jours et il n'y avait aucune preuve de validation pour assurer la légitimité des frais.

Recommandation

2.165 Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité de s'assurer d'obtenir des preuves à l'appui suffisantes pour toutes les factures et que les frais sont conformes aux modalités du contrat avant d'émettre les paiements.

Possibilité de recouvrer la TVH

- 2.166** Lors de notre examen des factures des quatre fournisseurs embauchés par Vitalité, nous avons relevé des cas où les factures n'indiquaient pas le montant total de la TVH et n'avaient pas été codées aux fins de recouvrement.
- 2.167** Si 15 % avaient été imputés à toutes les dépenses avant la TVH, une somme de plus de 3 907 364 \$ aurait pu être recouvrée. Bien que certaines dépenses, comme les frais d'hébergement à court ou à long terme (un mois ou plus), ne soient pas assujetties à la TVH, il existe une opportunité potentielle de récupération de la TVH.



2.168 Nous n’avons trouvé aucun élément probant indiquant que les personnes responsables de l’approbation des factures avaient examiné de manière adéquate le traitement de la TVH.

Recommandation

2.169 Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité de s’effectuer un examen détaillé des dépenses payées pour déterminer les possibilités de recouvrement de la TVH.

2.170 Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité d’améliorer ses processus afin d’assurer l’examen du traitement approprié de la TVH avant le traitement et le paiement.

Le recours au personnel infirmier itinérant continue

2.171 Dans une lettre envoyée au Bureau datée du 24 avril 2024, Vitalité a déclaré que « la décision était inévitable à court terme [...] » et « qu’il s’agit d’une solution de fortune que nous retirerons graduellement et que nous prévoyons réduire le recours au personnel infirmier mobile au cours des deux prochaines années. ».

2.172 Vitalité n'avait pas élaboré de plan officiel exhaustif de réduction du recours au personnel infirmier itinérant et n'avait pas encore prévu de procéder à un examen du recours au personnel infirmier itinérant pour en tirer des leçons.

2.173 Nous avons reçu une liste de 53 projets axés sur le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier et d'autres postes. Nous avons constaté que 14 de ces projets étaient terminés. Sur les 39 projets restants, 10 étaient assortis de dates d'achèvement prévues.

Recommandation

2.174 Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité de procéder à un examen post-mise en œuvre du projet de recours à du personnel infirmier itinérant à contrat. Cet examen devrait permettre de trouver des solutions de rechange pour faire face aux pénuries de personnel à court et à long terme.

Annexe I : Recommandations et réponses

Ministère du Développement social

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère du Développement social :			
2.20	d’élaborer une stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel de soins de longue durée pour s’assurer que les exigences législatives en matière de dotation sont respectées. Les données sur les postes vacants doivent être analysées pour déterminer les secteurs les plus à risque.	Le ministère du Développement social (DS) participe à différentes initiatives d’appui à la dotation en personnel des soins de longue durée. Une stratégie globale de recrutement et de maintien en poste des employés sera élaborée en collaboration avec le secteur, tout en tenant compte du fait que DS n’est pas l’employeur direct.	1er avril 2025
2.29	de s’assurer qu’un processus de sélection documenté (comprenant notamment des critères de sélection et des matrices de notation) est en place pour appuyer l’attribution des contrats.	Le ministère approuve cette recommandation et souligne que de tels processus sont déjà en place en ce qui a trait aux processus d’approvisionnement concurrentiels comme les demandes de propositions. Les circonstances qui ont motivé cette recommandation ne correspondent pas aux processus d’approvisionnement et de gestion de contrats habituels.	Déjà en vigueur

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère du Développement social :			
2.34	de veiller à ce que les contrats d’une valeur monétaire prédéterminée fassent l’objet d’un examen par les Services juridiques.	Le ministère approuve cette recommandation. Un processus est en place, dans le cadre duquel le formulaire normalisé de contrat avec le gouvernement du Nouveau-Brunswick ou l’entente de services normalisée de DS est utilisé. Toute modification importante de ces documents doit être examinée par les Services juridiques. Les écarts par rapport aux pratiques contractuelles normalisées étaient liés aux circonstances qui prévalaient à l’époque.	Déjà en vigueur
2.37	de s’assurer que les modalités des contrats reflètent les besoins réels en matière de services.	Le ministère approuve cette recommandation et souligne que les circonstances qui l’ont motivée ne correspondent pas à ses processus d’approvisionnement et de gestion de contrats habituels.	Déjà en vigueur

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère du Développement social :			
2.43	de veiller à ce que des vérifications appropriées des casiers judiciaires, des antécédents en vue d’un travail auprès des personnes vulnérables et du dossier de DS soient effectuées pour le personnel de soins qui travaille dans le secteur des soins de longue durée.	Le ministère approuve cette recommandation et prévoit de l’ajouter dans la loi sur les soins de longue durée qui est actuellement en cours d’élaboration pour remplacer la loi sur les services à la famille et la loi sur les foyers de soins. Le cadre législatif actuel de la loi sur les foyers de soins ne permet pas au ministère du Développement social d’établir des qualifications en matière de personnel, telles que des vérifications obligatoires du casier judiciaire, des secteurs vulnérables et du développement social, mais le ministère du Développement social continuera à promouvoir cette pratique exemplaire auprès des foyers de soins.	Automne 2026
2.45	de s’assurer que la province est partie à tous les contrats de Développement social.	Le ministère approuve cette recommandation dans la mesure où elle s’applique aux contrats de DS et souligne que les circonstances qui l’ont motivée ne correspondent pas à ses processus d’approvisionnement et de gestion de contrats habituels.	Déjà en vigueur

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère du Développement social :			
2.50	de s’assurer que les contrats de service sont assortis d’une assurance responsabilité valide et appropriée.	Le ministère approuve cette recommandation et souligne que les circonstances qui l’ont motivée ne correspondent pas à ses processus d’approvisionnement et de gestion de contrats habituels.	Déjà en vigueur
2.53	d’établir des attentes quant aux preuves à l’appui des factures à fournir, préalablement à l’approbation des paiements lors de la passation de marchés de biens et de services.	Le ministère approuve cette recommandation et souligne que les circonstances qui l’ont motivée ne correspondent pas à son processus d’approbation des factures habituel.	Déjà en vigueur
2.59	de veiller à ce que les documents justificatifs obtenus soient suffisants, fassent l’objet d’un examen et soient conformes aux modalités du contrat avant d’effectuer le paiement.	Le ministère approuve cette recommandation et souligne que les circonstances qui l’ont motivée ne correspondent pas à son processus d’approbation des factures habituel.	Déjà en vigueur
2.63	de veiller à ce que les contrats lui octroient le pouvoir de procéder à l’audit des fournisseurs de services.	Le ministère approuve cette recommandation et souligne que les circonstances qui l’ont motivée ne correspondent pas à ses processus d’approvisionnement et de gestion de contrats habituels.	Déjà en vigueur

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère du Développement social :			
2.64	d’envisager la possibilité d’auditer les fournisseurs de services contractuels, en notant les coûts et les avantages de le faire.	Le ministère approuve cette recommandation et envisagera la possibilité de prévoir un audit de performance des fournisseurs de service contractuels dans ses plans d’audit à venir.	1er avril 2025 (plan d’audit 2025-2026)
2.66	d’effectuer un examen postérieur à la mise en œuvre sur le processus de passation de contrats et le recours au personnel infirmier itinérant.	Le Ministère appliquera les leçons et recommandations issues de l’examen du vérificateur général concernant le recours aux organismes de personnel infirmier itinérant. Toutefois, comme le Ministère n’a pas fait appel aux services de personnel infirmier itinérant depuis plus de deux ans et qu’il se concentre sur le soutien au recrutement et au maintien en poste de personnel permanent dans les foyers de soins, aucun examen postérieur à la mise en œuvre ne sera exécuté pour le moment.	Sans objet

Réseau de santé Horizon

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au Réseau de santé Horizon :			
2.77	de se conformer aux dispositions de la Loi concernant la signature de contrats.	<p>Le Réseau de santé Horizon accepte cette recommandation.</p> <p>Horizon sera responsable de l’incorporation des politiques, des processus et de la vérification à ses pratiques financières pour assurer la conformité aux normes réglementaires qui ont trait à la signature de contrats. Une structure de gouvernance consolidée viendra appuyer le respect de cette exigence à l’avenir.</p>	31 mai 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au Réseau de santé Horizon :			
2.83	de veiller à ce que des critères de sélection soient établis et assortis de matrices de notation lors de l'évaluation des propositions des fournisseurs de services, à l'appui des processus décisionnels lors de la sélection.	<p>Le Réseau de santé Horizon accepte cette recommandation.</p> <p>Notre examen de notre fonctionnement à l'interne et de nos mesures de reddition de comptes sert à vérifier que les critères de sélection d'Horizon ont été compris, mais ce processus n'est pas consigné adéquatement à l'aide de matrices de notation. Une gouvernance consolidée viendra appuyer le respect de cette exigence à l'avenir, y compris la tenue de révisions des politiques, des processus et de la formation pour tous les membres du personnel participant au processus de sélection afin de veiller à la conformité avec les pratiques optimales et les normes de l'industrie des soins de santé.</p>	31 mai 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au Réseau de santé Horizon :			
2.88	veille à ce que les contrats soient conformes aux normes du GNB et que les écarts par rapport à ces normes soient rationalisés.	<p>Le Réseau de santé Horizon accepte cette recommandation.</p> <p>D’après ce que comprend Horizon, l’audit des contrats par le Cabinet du procureur général a indiqué que les contrats approuvés étaient conformes aux normes du GNB. Dorénavant, Horizon fera preuve de diligence raisonnable et mettra en oeuvre des mesures supplémentaires en prévision d’autres audits des contrats. Horizon assurera l’examen des pratiques optimales, des améliorations à la politique financière, des procédures opérationnelles normalisées et des pratiques de vérification interne pour assurer la conformité totale avec les normes du GNB ou veillera à disposer d’une justification documentée pour tout manquement à ces pratiques optimales.</p>	31 mai 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au Réseau de santé Horizon :			
2.90	de s'assurer que tous les contrats sont signés par les deux parties.	<p>Le Réseau de santé Horizon accepte cette recommandation.</p> <p>Horizon a mené un examen des contrats et a veillé à tous les faire signer là où on a remarqué une signature manquante de la part de Solutions Staffing Inc. L’addenda sur Solutions Staffing Inc. ajouté à l’accord-cadre a ensuite été signé par les deux parties. Dans l’immédiat, Horizon passera en revue les politiques, les processus et la formation avec les membres clés du personnel pour assurer une gouvernance consolidée dans tout prochain contrat.</p>	31 mai 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au Réseau de santé Horizon :			
2.92	de veiller à ce que les contrats soient signés par un membre du personnel à l'échelon approprié et disposant des autorisations de dépenser nécessaires.	<p>Le Réseau de santé Horizon accepte cette recommandation.</p> <p>Horizon assurera un examen des politiques quant aux exigences en matière de signatures, à la reddition de comptes adéquate pour la signature de contrats et à la mise à jour et à la communication adéquate des politiques relatives à l'autorisation de dépenser pour tout le personnel qui participe au processus en tant que signataire. Ces améliorations seront consolidées dans notre gouvernance des contrats.</p>	31 mai 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au Réseau de santé Horizon :			
2.95	de s’assurer que les contrats sont assortis de l’exigence pour les travailleurs contractuels qui interagissent avec les patients de se soumettre à une vérification de casier judiciaire et des antécédents en vue d’un travail auprès de personnes vulnérables avant leur premier jour de travail.	<p>Le Réseau de santé Horizon accepte cette recommandation.</p> <p>La politique d’Horizon en matière de vérification d’absence de dossier judiciaire comprend une vérification de casier judiciaire et une vérification de l’aptitude à travailler auprès de personnes vulnérables pour tous les membres du personnel qui travaille directement auprès des patients. La réussite de ces vérifications est obligatoire pour travailler dans nos établissements.</p> <p>L’approbation de la candidature d’une infirmière d’agence devait être assortie d’une garantie qu’une vérification d’absence de dossier judiciaire avait été menée. À l’avenir, Horizon s’assurera d’inclure un langage clair dans ses contrats pour être conforme à ses politiques et mènera des audits et des suivis pour garantir une conformité totale.</p>	31 mai 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au Réseau de santé Horizon :			
2.100	de veiller à ce que des preuves à l’appui adéquates soient fournies pour toutes les factures et à ce que des vérifications adéquates soient effectuées avant l’émission d’un paiement.	<p>Le Réseau de santé Horizon accepte cette recommandation.</p> <p>Horizon passera en revue ses processus internes en matière de finances pour assurer une surveillance adéquate, une diligence raisonnable ainsi que la formation de tout le personnel afin de fournir le soutien nécessaire pour assurer en toute clarté la surveillance, l’examen et l’approbation des paiements aux agences d’infirmières avant l’exécution de ces paiements.</p>	31 mai 2024
2.102	de s’assurer que les taux facturés sont conformes aux modalités et aux taux du contrat.	<p>Le Réseau de santé Horizon accepte cette recommandation.</p> <p>Horizon passera en revue ses documents internes ainsi que le processus d’examen de tous les taux facturés. Horizon assurera une conformité totale aux modalités et aux taux énoncés dans le contrat dans le cadre de tout autre engagement ou paiement de contrat futur.</p>	31 mai 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au Réseau de santé Horizon :			
2.105	de procéder à un examen postérieur à la mise en œuvre du projet de recours à du personnel infirmier itinérant à contrat. Cet examen devrait permettre de trouver des solutions de rechange pour faire face aux pénuries de personnel à court et à long terme.	<p>Le Réseau de santé Horizon accepte cette recommandation.</p> <p>Horizon entamera une évaluation complète des contrats des infirmières d’agence, du processus d’embauche, des modalités de travail et du travail accompli pour mesurer l’efficacité et l’efficience de l’embauche des agences d’infirmières. Cette information servira de manière proactive à guider la prise de décisions et les changements à apporter aux pratiques pour assurer que des pratiques de dotation fondées sur la valeur sont clairement en place, surveillées et examinées pour en mesurer l’incidence. Notre équipe de direction veillera également à ce que toutes les solutions possibles pour remédier aux défis en matière de dotation soient examinées de manière adéquate et proactive pour éviter autant que possible l’embauche d’agences d’infirmières à l’avenir.</p>	Septembre 2024

Réseau de santé Vitalité

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité :				
2.119	de s'appuyer sur des données pour s'assurer que les ressources en personnel sont affectées aux établissements qui font face aux plus grands risques.	<p>La corrélation proposée entre l'absentéisme/les postes vacants dans les établissements et les dépenses en personnel d'agence dans le présent rapport de l'auditeur général du Nouveau-Brunswick est trompeuse et n'est pas représentatif du plus grand risque. De plus, le vérificateur général explique dans la section 2.121 que les absences sont en lien à la Covid-19. Nous devons rectifier cette affirmation, car la Covid-19 a accentué les départs à la retraite augmentant ainsi les répercussions sur le manque de personnel qui était déjà marquant.</p> <p>Le Réseau s'assure que les ressources en personnel itinérant sont affectées aux secteurs qui font face aux plus grands risques dont l'urgence, l'hémodialyse, le bloc opératoire, la chirurgie, le secteur mère-enfant, la médecine, les soins</p>	Déjà en œuvre	<p>Les absences du personnel de soins de santé en raison de la COVID-19 ont été un facteur clé du recours au personnel contractuel.</p> <p>Vitalité n'a pas été en mesure de nous fournir de la documentation démontrant que les absences du personnel en raison de la COVID-19 ont été prises en compte pour offrir du soutien en soins infirmiers itinérants à divers établissements.</p>

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité :				
		<p>prolongés, les soins intensifs et la psychiatrie. Considérant le manque de personnel accru généralisé dans le Réseau dont vous avez pu constater par les rapports demandés en lien avec le rapport d’absentéisme soumis le 17 avril dernier.</p> <p>L’affectation du personnel d’agence nous a permis d’assurer la continuité des services essentiels tout en maintenant un seuil minimum d’heures de soins aux patients afin d’éviter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la fermeture du service d’urgence de l’Hôpital régional de Campbellton • la réduction de 65 % de la capacité de l’urgence du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.- Dumont • qu’aucun service de dialyse d’urgence ne soit disponible • que chaque jour, 60 patients nécessitant une hémodialyse seraient restés sans traitement, avec 		

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité :				
		<p>un risque de décès.</p> <ul style="list-style-type: none"> • la fermeture de 57 lits en médecine, soins prolongés, soins intensifs et programmes mère-enfant (en plus des 100 lits déjà fermés) • la réduction des services de salle d’opération, réduisant le nombre de chirurgies effectuées et augmentant les listes d’attente. • la fermeture du Centre hospitalier Restigouche (centre de psychiatrie légale pour la province) • la réduction importante des services de pédopsychiatrie 		
2.124	de s’obtenir l’approbation du conseil d’administration lors de la signature de contrats, conformément à la Politique du conseil d’administration – Limite d’autorisation de dépenses.	Le fiduciaire, lors de son entretien avec votre bureau à clairement réitérer qu’il avait donné son approbation avant la signature des dits contrats. Il est important de noter que le recours aux personnels d’agence a été supporté par le ministère de la Santé. Plusieurs	Déjà en œuvre	L’approbation documentée de certains contrats, comme l’exige la politique du conseil d’administration, n’a pas été obtenue.

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité :				
		<p>rencontres ont eu lieu avec le Ministère où ont eu lieu des discussions au sujet d’infirmières itinérantes. Le fiduciaire était conscient des besoins en main-d’œuvre et l’urgence d’agir rapidement. Il l’a même publiquement signifié à la population du N.-B. en mars dernier lors d’une publication médiatique par écrit.</p> <p>Le Réseau maintient sa position que nous nous sommes conformés à la Politique du conseil d’administration – Limite d’autorisation de dépenses, toutefois nous allons nous assurer de maintenir une preuve documentaire qu’une telle approbation a été obtenue à l’avenir.</p>		
2.137	d’élaborer et d’utiliser des lignes directrices et des critères de sélection à l’appui de la sélection des fournisseurs.	Le Réseau devait agir rapidement pour contrer la pénurie de personnel au niveau des soins infirmiers. Comme mentionné dans notre correspondance du 24 avril dernier, voici les critères de sélection utilisés	Dans le respect de la Loi sur la passation sur les marchés publics des lignes directrices et les	Vitalité n’a pas fourni de lignes directrices, de critères de sélection ou de matrices de notation qui

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité :				
		<p>dans la sélection des fournisseurs. Veuillez noter que seul un nombre très limité d'agences étaient en mesure de fournir les effectifs nécessaires en temps opportun pour maintenir notre offre de services :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité à fournir un volume important et rapidement de ressources humaines • Déployé avec flexibilité et agilité des ressources avec de l'expérience dans des domaines spécialisés (hémodialyse, urgence, ou autres) • Obtenir des ressources francophones ou bilingues <p>Nous tenons à vous faire part que tous les graphiques présentés dans le rapport du vérificateur indiquant les taux horaires des différentes classifications ne permettent par une comparaison entre les différents</p>	<p>critères de sélection sont prévus au niveau du processus de sélection. Le Réseau devait agir rapidement pour contrer la pénurie de personnel au niveau des soins infirmiers. Les contrats étaient directement liés à des services de santé et des services sociaux incluant le besoin en professionnels de la santé dont la Loi sur la passation sur les marchés publics permet certaines exemptions afin d'assurer la continuité des</p>	<p>appuieraient la sélection des fournisseurs.</p> <p>Les graphiques du rapport présentent avec exactitude les hypothèses utilisées et la façon dont les taux horaires ont été calculés. L'analyse visait à mettre en évidence les dépenses d'un modèle groupé pour la dotation en travailleurs de la santé qui fournissent des soins en personne.</p>

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité :				
		fournisseurs. Il est essentiel en termes de comparabilité d'utiliser les mêmes bases et le fait de comparer une tarification par équipe versus une tarification par personne n'est pas équitable, ni même comparable, car le niveau de service offert par le fournisseur n'est pas le même.	services essentiels en maintenant un seuil minimal de sécurité en termes d'heures soins pour les patients.	
2.141	de veiller à ce que les contrats importants d'une valeur monétaire prédéterminée soient examinés par un conseiller juridique.	Tous les contrats ayant une valeur monétaire substantielle sont depuis ce temps examinés par un conseiller juridique.	Déjà en œuvre	D'importants contrats ont été signés sans examen juridique, ce qui a entraîné un risque pour le gouvernement.

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité :				
2.143	de s’assurer que les modalités contractuelles tiennent compte des exigences réelles en matière de niveau de service.	Le niveau de service contracté n’assure que le minimum nécessaire afin d’assurer la continuité des services essentiels en maintenant un seuil minimal de sécurité en termes d’heures soins pour les patients. L’analyse des besoins en matière de niveau de service a été faite avant la signature des contrats. De plus, nous avons la capacité d’évaluer ce besoin à l’échelle de l’unité de soins et cet exercice est mis à jour toutes les deux semaines.	Déjà en œuvre	Le contrat conclu avec CHL exigeait des déploiements d’équipe quotidiens minimaux pour toute la durée du contrat de 3 ans, sans égard pour les besoins réels, garantissant essentiellement au fournisseur le montant plafond du contrat.
2.145	de s’assurer que les contrats ne comportent pas de clause de renouvellement automatique.	Toutes les clauses contractuelles pour les contrats ayant une valeur monétaire substantielle sont depuis ce temps examinées par un conseiller juridique.	Déjà en œuvre	Nous recommandons que les contrats ne comportent aucune clause de renouvellement automatique.

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité :				
2.147	de s’assurer que tous les contrats sont signés par les deux parties.	Tous les contrats du Réseau sont signés par les deux parties. Le contrat indiqué dans le rapport a été envoyé au vérificateur général à titre de preuve le 16 mai 2024, celui-ci refusé de retirer la recommandation malgré notre conformité.	Déjà en œuvre	Le contrat mentionné dans notre rapport n’a pas été signé. L’échéancier ci-joint a été signé, mais pas le contrat lui-même.
2.151	de s’assurer que les contrats exigent que les travailleurs contractuels en contact avec les patients fassent l’objet d’une vérification du casier judiciaire et des antécédents en vue d’un travail auprès de personnes vulnérables avant leur premier jour de travail.	Plusieurs agences nous ont confirmé que lors de la vérification des antécédents criminels, la vérification de l’aptitude à travailler auprès de personnes vulnérables avant leur premier jour de travail est effectuée simultanément. Nous allons demander aux agences d’en effectuer la vérification.	1 ^{er} juin 2024	Nous recommandons des contrats qui exigent une vérification du casier judiciaire et de l’aptitude à travailler auprès de personnes vulnérables.
2.154	de s’assurer que les contrats de services sont assortis d’une assurance responsabilité valide et appropriée.	Nous nous assurons que tous les contrats ayant une valeur monétaire substantielle soient examinés par un conseiller juridique et qu’ils soient assortis d’une assurance	Déjà en œuvre	Aucun contrat d’infirmière itinérante de Vitalité n’a été revu par les services juridiques.

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité :				
		responsabilité valide et appropriée.		Le contrat conclu avec CHL ne comportait pas d’assurance responsabilité appropriée. Le contrat faisait référence à un régime d’assurance parrainé par le gouvernement, auquel les entrepreneurs externes ne sont pas admissibles.
2.165	de s’assurer d’obtenir des preuves à l’appui suffisantes pour toutes les factures et que les frais sont conformes aux modalités du contrat avant d’émettre les paiements.	<p>Pour les contrats Magnus, Goodwill et SPI, les documents justificatifs inclus avec la facturation, sont validés avant le paiement.</p> <p>En ce qui concerne CHL, les pièces justificatives sont mises à la disposition sur demande et non au moment de la facturation. Donc, il y a potentiellement un délai dans les</p>	À partir du 15 juin 2024, CHL devra fournir les pièces justificatives avec les factures ainsi que le montant de TVH applicable	Les paiements pour tous les biens et services ne devraient pas être payés sans un soutien adéquat.

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité :				
		émissions de paiement avec des termes de paiement très serrés (15 jours de la date de facturation). Un processus est train d’être mis en place où une ressource interne sera mandatée pour valider les documents justificatifs, lorsque reçu.		
2.169	de s’effectuer un examen détaillé des dépenses payées pour déterminer les possibilités de recouvrement de la TVH.	<p>Tel que nous avons précisé lors de notre rencontre avec le vérificateur, le recouvrement de la TVH a été complété en mars 2024. La problématique de la TVH s’appliquait seulement avec le fournisseur CHL.</p> <p>En premier lieu, le calcul dans le graphique 2.171 est erroné. Si la dépense estimée avant taxe, selon le graphique, est de 12 895 178\$, la taxe de vente aurait dû avoir été estimée à 1 934 277\$. La valeur récupérée qui a été enregistrée en mars 2024 est de 1 285 997\$.</p> <p>En février 2024, un processus de révision des taxes a été entamé, et</p>	31 mars 2024	Notre audit a permis d’identifier des cas où la TVH n’avait pas été récupérée et de recommander un examen.

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité :				
		<p>qui a été terminé en mars 2024 pour toutes les factures reliées aux périodes identifiées dans cet audit. La règle de l’ARC exige que les pièces justificatives avec No d’enregistrement de taxe de vente soient disponibles afin de pouvoir réclamer les montants de taxe. CHL n’a mis à la disposition de Vitalité les pièces justificatives pour les dates de septembre 2022 à septembre 2023, qu’en octobre 2023, et les factures d’octobre 2023 – janvier 2024 en fin janvier 2024. Par conséquent, le traitement des factures au niveau des payables ne permettait pas de réclamer les taxes de vente en temps opportun.</p>		
2.170	<p>d’améliorer ses processus afin d’assurer l’examen du traitement approprié de la TVH avant le traitement et le paiement.</p>	<p>Tel que nous avons précisé durant notre rencontre avec le vérificateur, le processus de révision des factures est en cours afin d’assurer la prise en compte des taxes de vente lors du traitement des payables pour les factures de CHL. Cependant, on</p>	<p>À partir du 15 juin 2024, CHL devra fournir les pièces justificatives avec les factures ainsi que le montant de</p>	

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité :				
		<p>remarque qu’il y a des délais dans l’obtention des pièces justificatives, qui mettent des pressions sur le respect sur les termes de paiement. Exemple facture # 2551 daté du 9 mai 2024, payable le 24 mai, aucune pièce justificative n’a été reçue en date du 14 mai. Contrairement à ce que le vérificateur indique à la section 2.172, la responsabilité du traitement et de la conformité de la TVH est la responsabilité des comptes payables et non pas celle de l’approbateur de la facture.</p>	TVH applicable	
2.174	<p>de procéder à un examen post-mise en œuvre du projet de recours à du personnel infirmier itinérant à contrat. Cet examen devrait permettre de trouver des solutions de rechange pour faire face aux pénuries de personnel à court et à long terme.</p>	<p>Un examen post-partum est prévu en 2026 après la mise en œuvre du recours à du personnel d’agence. Tel que mentionné pendant l’entrevue avec la PDG, nous avons un plan de travail robuste du côté ressources humaines en termes de planification de recrutement et de rétention du personnel. De plus, nous travaillons présentement sur l’établissement de plans de contingence afin de faire</p>	1 ^{er} avril 2026	

N° du par.	Recommandation	Réponse de la régie de la santé	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons au Réseau de santé Vitalité :				
		<p>face aux pénuries de personnel à court et long terme. J'aimerais également préciser que nous suivons avec le leadership élargi, pendant toutes les sessions stratégiques mensuelles, l'évolution et les résultats du plan de recrutement et de rétention afin de nous assurer de notre capacité à nous sevrer du besoin du personnel d'agence.</p> <p>Nous avons d'ailleurs réussi à renverser les courbes d'arrivée et de départ du personnel en soins infirmiers depuis l'été 2023.</p>		

Annexe II : Objectif et critères de l’audit

L’objectif et les critères de notre audit du ministère du Développement social, du Réseau de santé Horizon et du Réseau de santé Vitalité sont exposés ci-après. Le ministère, les réseaux de santé et leur haute direction ont examiné et accepté l’objectif et les critères connexes.

Objectif	Déterminer si les contrats du gouvernement avec des agences privées de soins infirmiers reflètent les meilleures pratiques et démontrent un bon rapport qualité-prix.
Critère 1	Les besoins en services ont été clairement identifiés sur la base d’objectifs de planification documentés à court et à long terme.
Critère 2	Les services contractuels ont été obtenus au meilleur prix.
Critère 3	Des procédures adéquates ont été mises en place pour justifier le paiement des factures aux contractants, notamment : <ul style="list-style-type: none">• Une vérification que les services ont été reçus pour les paiements effectués• Les montants facturés sont conformes aux accords signés• Les paiements ont été autorisés de manière appropriée
Critère 4	Un examen postérieur à la mise en œuvre a été effectué pour déterminer si le recours à des infirmières itinérantes permet d’atteindre au mieux les niveaux de service requis d’une manière rentable (à court et à long terme)

Annexe III : Rapport d’assurance indépendant

Ce rapport d’assurance indépendant a été préparé par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick (VGNB) et porte sur les contrats de soins infirmiers itinérants conclus par le ministère du Développement social, le Réseau de santé Horizon et le Réseau de santé Vitalité. La responsabilité du VGNB consistait à fournir des renseignements objectifs, des conseils et une assurance pour aider l’Assemblée législative à examiner la gestion des contrats de soins infirmiers itinérants.

Tous les travaux effectués dans le cadre du présent audit ont été réalisés à un niveau d’assurance raisonnable conformément à la Norme canadienne de missions de certification (NCMC) 3001 – Missions d’appréciation directe de Comptables professionnels agréés (CPA Canada), qui est présentée dans le Manuel de CPA Canada – Certification.

Le VGNB applique la Norme canadienne de gestion de qualité (NCGQ) 1, Gestion de la qualité par les cabinets qui réalisent des audits ou des examens d’états financiers, ou d’autres missions de certification ou de services connexes. Cette norme exige que le Bureau conçoive, mette en place et fasse fonctionner un système de gestion de la qualité qui comprend des politiques ou des procédures conformes aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables.

Lors de la réalisation de nos travaux d’audit, nous nous sommes conformés aux règles sur l’indépendance et aux autres règles du Code de déontologie des Comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du Code de conduite professionnelle du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Ces deux codes reposent sur les principes fondamentaux d’intégrité, d’objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de conduite professionnelle.

Conformément à notre processus normal d’audit, nous avons obtenu ce qui suit de la direction :

- la confirmation de sa responsabilité à l’égard de l’objet considéré de l’audit
- la confirmation que les critères étaient valables pour la mission
- la confirmation qu’elle nous a fourni tous les renseignements dont elle avait connaissance et qui lui ont été demandés ou qui pourraient avoir une incidence sur les constatations ou les conclusions
- la confirmation que les constatations figurant dans le présent rapport étaient fondées sur des faits

Période visée par l’audit

L’audit a porté sur la période du 1^{er} janvier 2022 au 29 février 2024. La conclusion vise cette période. Toutefois, afin de mieux comprendre l’objet de l’audit, nous avons aussi examiné certaines questions en dehors de cette période, au besoin.

Date du rapport

Nous avons obtenu des éléments probants appropriés en quantité suffisante sur lesquels repose notre conclusion le 31 mai 2024 à Fredericton, au Nouveau-Brunswick.

Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance – Transport scolaire



Table des matières

Faits saillants du chapitre	82
À propos de l’audit.....	84
Contexte	86
Examen de la conformité.....	87
Stratégies pour assurer des niveaux de dotation suffisants	98
Annexe I : Recommandations et réponses	100
Annexe II : Objectifs et critères de l’audit	106
Annexe III : Rapport d’assurance indépendant.....	107



2024 Volume I

Faits saillants du chapitre 3

Plusieurs cas de non-conformité aux lois et aux politiques	Pour de nombreux autobus, les inspections sont en retard et l'entretien requis n'a pas été effectué	Aucune cible ni aucun objectif n'a été fixé pour le recrutement et le maintien en poste des chauffeurs d'autobus
Absence de mécanismes de surveillance au ministère		

Conclusions générales

Notre audit a permis de conclure que le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance (le Ministère) ne dispose pas de systèmes et de processus efficaces pour assurer la conformité des districts scolaires aux lois et aux politiques ministérielles relatives au transport des élèves. De plus, des stratégies adéquates ne sont pas en place pour assurer un niveau de dotation suffisant de chauffeurs d'autobus.

Ce qui nous préoccupe le plus, c'est que malgré le vaste audit du transport des élèves effectué par notre bureau en 2001, plusieurs écarts persistent dans les niveaux de conformité. Nous constatons peu d'amélioration dans le contexte de la surveillance et du suivi ministériels.

Bien que le Ministère ait commencé à dresser une stratégie de recrutement et de maintien en poste des chauffeurs d'autobus scolaires, aucune cible ni aucun objectif n'a été fixé.

Aperçu des résultats

Transport des élèves

Manque de surveillance ministérielle



Non-conformité à la législation



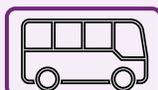
Constatations



46 % des dossiers des chauffeurs n’ont **pas** démontré leur conformité aux exigences relatives aux permis dans le cadre de leur emploi



20 % des chauffeurs n’avaient pas une vérification des casiers judiciaires dans leur dossier



37 % des chauffeurs **n’avaient pas** de preuve d’achèvement de la formation des chauffeurs d’autobus dans leur dossier à l’embauche



42 % des chauffeurs d’autobus n’avaient **pas** de preuve de formation en secourisme à l’embauche



68 % des chauffeurs d’autobus n’ont **pas** fait l’objet d’une évaluation du rendement au cours des 5 dernières années



45 % des rapports dressés à la suite de l’inspection obligatoire des autobus en vertu de la législation sur les véhicules utilitaires ont fait état de lacunes

À propos de l’audit

Introduction à l’audit

- 3.1 Au moment de notre audit de 2001, le Ministère comprenait une Direction du transport des élèves, composée de 4 employés, dont un directeur du transport des élèves. Rebaptisée Direction des installations scolaires et du transport des élèves, on y trouve maintenant deux employés distincts dans le domaine du transport des élèves : un coordonnateur du transport des élèves et un analyste principal des applications et du soutien technique.
- 3.2 Aux termes de son mandat, la Direction « offre une orientation et un soutien aux districts pour la planification et la gestion des installations éducatives et du transport scolaire » dans le but de la « mise en place d’un système de transport scolaire sécuritaire et efficace ».
- 3.3 Le transport des élèves est régi par le *Règlement sur le transport des élèves* pris en vertu de la *Loi sur l’éducation*, ainsi que par un certain nombre de politiques ministérielles, qui sont mises en œuvre par les conseils d’éducation de district et les directeurs généraux et directrices générales de district.
- 3.4 La *Loi sur les véhicules à moteur* renferme des normes concernant les exigences à respecter relativement aux permis et les délais à observer pour les inspections.

Pourquoi avons-nous choisi ce sujet?

- 3.5 En date du 5 avril 2024, plus de 107 000 enfants du Nouveau-Brunswick étaient inscrits au réseau des écoles publiques de la maternelle à la 12^e année, et 78 % de ces enfants sont transportés par autobus. Le non-respect des lois et des politiques ministérielles entourant le transport des élèves pourrait accroître le risque de mise en danger d’une population vulnérable.
- 3.6 Certaines régions de la province éprouvent des difficultés à recruter et à maintenir en poste des chauffeurs d’autobus, contribuant notamment à une hausse du nombre d’autobus en retard et annulés.

Entité auditée

- 3.7 L’entité que nous avons audité était le ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance (le Ministère). Nous avons également demandé des renseignements et obtenu des éléments de preuve du ministère des Transports et Infrastructure (MTI), du ministère de la Justice et de la Sécurité publique (JSP) et des sept districts scolaires de la province.

Objectifs de l’audit

- 3.8** Notre audit avait comme objectifs de déterminer si le ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance :
- a des systèmes et des processus efficaces pour surveiller les districts scolaires et assurer leur conformité aux lois et aux politiques ministérielles relatives au transport des élèves
 - a des stratégies en place pour assurer un nombre suffisant de chauffeurs d’autobus

Étendue de l’audit

- 3.9** La portée de notre audit comprenait le rôle du Ministère d’assurer la conformité aux lois et aux politiques ministérielles relatives au transport des élèves et d’établir des stratégies pour remédier à la pénurie de chauffeurs d’autobus scolaires.
- 3.10** L’audit a porté sur la période allant du 1^{er} janvier 2022 au 1^{er} février 2024. Nous avons également recueilli au besoin des renseignements en dehors de cette période.
- 3.11** Dans le cadre de notre travail, nous avons examiné les dossiers personnels des chauffeurs d’autobus scolaires, les politiques pertinentes, les lois, les contrats et les données d’inspection et d’entretien des autobus scolaires. Nous avons rencontré des membres du personnel du Ministère et des districts ainsi qu’un échantillon de chauffeurs d’autobus scolaires.
- 3.12** Les annexes II et III fournissent plus de renseignements sur les objectifs, les critères, l’étendue et l’approche de l’audit.

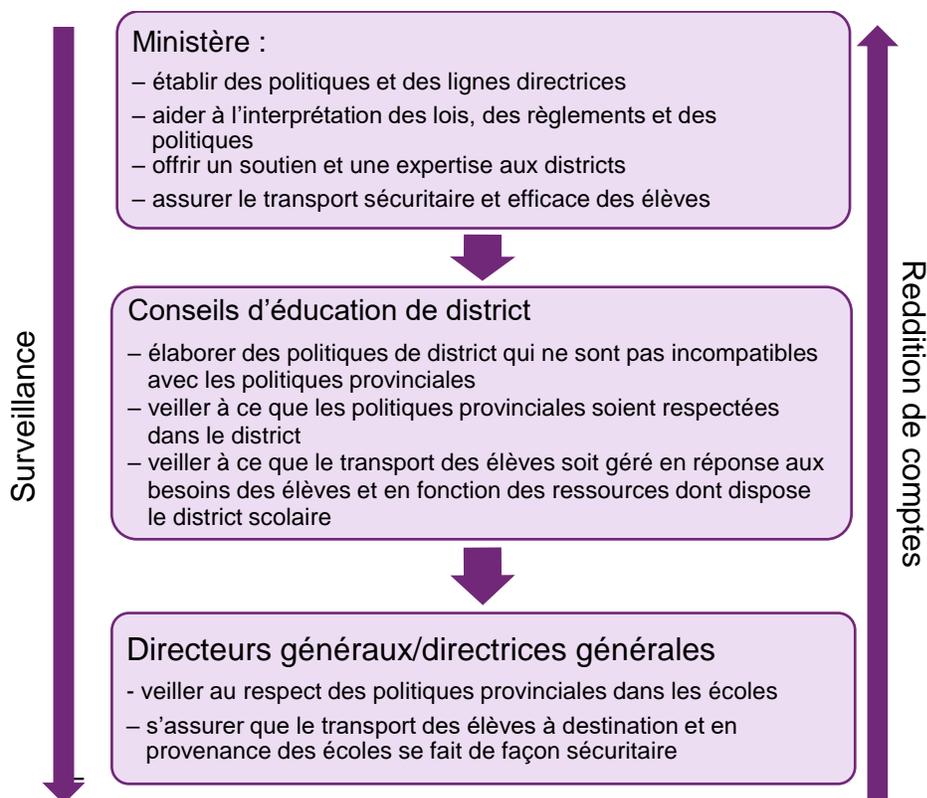
Conclusion

- 3.13** Notre audit a permis de conclure que le Ministère ne dispose pas de systèmes et de processus efficaces pour surveiller le transport des élèves et assurer sa conformité aux lois et aux politiques ministérielles sur cette forme de transport. De plus, le Ministère n’a pas mis en place de stratégies pour garantir un niveau de dotation suffisant de chauffeurs d’autobus. Voici nos constatations générales :
- Il n’y a aucun mécanisme officiel de surveillance de la conformité aux lois et aux politiques relatives au transport des élèves
 - Aucun des districts scolaires examinés n’a démontré une pleine conformité aux lois et aux politiques
 - Nous avons constaté que les inspections de 63 autobus scolaires étaient en retard et que 311 n’avaient pas fait l’objet d’entretien dans les délais exigés

- Le Ministère en est aux premières étapes de l’élaboration d’une stratégie provinciale de recrutement et de maintien en poste, mais il n’a pas :
 - établi des cibles ou des objectifs pour les niveaux de dotation
 - établi un plan d’urgence pour remédier les absences de courte durée

Contexte

- 3.14** Le réseau scolaire public du Nouveau-Brunswick compte sept districts scolaires. Au 26 janvier 2024, 1 067 chauffeurs permanents et 275 chauffeurs occasionnels étaient chargés de conduire 1 304 autobus scolaires appartenant à la province ou loués par elle. Dans certains cas, les districts concluent des contrats pour faire transporter les élèves.
- 3.15** La Direction des installations scolaires et du transport des élèves fournit un soutien aux districts scolaires dans la planification et la gestion du transport des élèves en interprétant les politiques et en fournissant des directives et de l’expertise à ce sujet.
- 3.16** En vertu de sa Politique 514 sur la gestion du transport scolaire, le Ministère « *tient à s’assurer que les élèves soient transportés à destination et en provenance de l’école de façon sécuritaire* » et *croit à la « gestion partagée des écoles avec les conseils d’éducation de district »*.
- 3.17** Nous avons créé le tableau suivant qui décrit les responsabilités du Ministère, des conseils d’éducation de district et des directeurs généraux et directrices générales de chaque district dans le cadre du transport des élèves, telles qu’énoncées dans les politiques, les lois et les sites Web du Ministère.



3.18 Cet audit mettait l’accent sur le rendement du Ministère en tant qu’organisme central de surveillance des districts scolaires, car ce rendement a une incidence directe sur la sécurité et l’efficacité du transport des élèves à l’échelle de la province.

Examen de la conformité

3.19 Nous avons effectué des examens détaillés dans quatre des sept districts scolaires pour évaluer la conformité :

- au *Règlement sur le transport des élèves* pris en vertu de la *Loi sur l’éducation*
- à la *Loi sur les véhicules à moteur*
- aux principales politiques ministérielles relatives au transport des élèves

3.20 Nous avons sélectionné le district scolaire anglophone Sud (ASD-S), le district scolaire anglophone Ouest (ASD-W), le district scolaire anglophone Est (ASD-E) et le district scolaire francophone Sud (DSF-S) pour effectuer des examens détaillés en fonction des facteurs suivants :

- superficie de la région
- nombre de chauffeurs d’autobus scolaires

- dépenses de transport des élèves
- nombre d'élèves
- postes vacants de chauffeurs d'autobus
- utilisation d'autobus privés sous contrat
- couverture des districts anglophones et francophones

3.21 Nous avons examiné les dossiers personnels suivants :

- 60 chauffeurs employés par la province
- 5 chauffeurs contractuels

3.22 Nous avons également procédé à un examen physique de 20 autobus scolaires et interviewé 8 chauffeurs d'autobus pour obtenir des renseignements supplémentaires sur le réseau de transport des élèves.

3.23 Nous avons examiné les données d'inspection et d'entretien de l'Agence de gestion des véhicules (AGV) du ministère des Transports et de l'Infrastructure (MTI) et les inspections supplémentaires effectuées par la Direction de l'application des lois sur les véhicules utilitaires (ALVU) du ministère de la Justice et de la Sécurité publique (JSP) afin d'évaluer la conformité aux exigences en matière d'inspection et d'entretien.

Non-conformité aux normes d'emploi des chauffeurs

3.24 *Le Règlement sur le transport des élèves* et les politiques ministérielles renferment plusieurs exigences à remplir en ce qui concerne les chauffeurs d'autobus scolaires, notamment :

- permis de conduire valide
- extrait du dossier de conduite jugé satisfaisant (historique de conduite)
- vérification du casier judiciaire
- aptitude physique (selon un examen médical)
- formation obligatoire

Absence de permis valides

3.25 Les chauffeurs d'autobus scolaires doivent détenir au minimum un permis de classe 2 avec un endossement B ou C. En examinant 65 dossiers du personnel de chauffeurs, nous avons constaté ce qui suit :

- 38 % (25) n'avaient pas de permis au dossier à l'embauche
- 12 % (8) n'avaient pas de permis au dossier au moment de notre examen
- 8 % (5) avaient un permis dont la classe ou l'endossement était non approprié à l'embauche
- 3 % (2) avaient un permis dont la classe ou l'endossement était non approprié au moment de notre examen

Extraits du dossier de conduite incohérents

3.26 Un extrait du dossier de conduite est un dossier de l'historique de conduite véhiculaire d'une personne. Il renferme toutes les infractions relatives aux véhicules à moteur dans la province ainsi que celles transmises par d'autres administrations qui coopèrent à cet égard au Canada et aux États-Unis. *Le Règlement sur le transport des élèves* stipule que les directeurs généraux doivent obtenir un extrait du dossier de conduite avant l'embauche et à chaque renouvellement de permis. La politique ministérielle 215 (Politique 215) sur le dossier de conduite stipule que le dossier de conduite d'une personne candidate à un emploi ou d'un employé est jugé inacceptable si le chauffeur :

- a subi ou causé, dans les cinq dernières années, trois incidents au cours d'une période de deux années consécutives, aux termes de la *Loi sur les véhicules à moteur*
- a été déclaré coupable d'une infraction reliée à la conduite aux termes du Code criminel
- a subi ou causé un incident qui, par sa gravité ou sa nature, fournit un motif raisonnable de croire que cette personne n'est pas convenable pour un poste de chauffeur de véhicule scolaire

3.27 Durant notre examen des 65 dossiers du personnel des chauffeurs, nous avons constaté ce qui suit :

- 25 % (16) n'avaient pas d'extrait du dossier de conduite au dossier à l'embauche
- 22 % (14) n'avaient pas d'extrait du dossier de conduite au dossier au moment du renouvellement du permis de conduire
- 2 avaient un extrait antérieur du dossier de conduite au dossier (en dehors de notre période d'audit) qui ne répondrait pas aux exigences susmentionnées de la politique

3.28 Nous avons constaté qu'un extrait du dossier de conduite comportait une infraction pour l'utilisation d'un faux autocollant d'inspection. Un autre chauffeur a commis les infractions suivantes selon plusieurs extraits, de sorte que son dossier de conduite serait jugé inacceptable en vertu de la Politique 215 :

- 2001 : excès de vitesse
- 2004 : excès de vitesse
- 2005 : excès de vitesse
- 2005 : excès de vitesse
- 2007 : accident
- 2008 : omission du chauffeur de porter sa ceinture de sécurité
- 2008 : accident
- 2013 : excès de vitesse
- 2015 : collision

- 3.29** Lors de nos examens, nous avons découvert qu’un chauffeur avait fait l’objet de condamnations pour conduite avec facultés affaiblies, la dernière datant 10 ans avant sa date d’embauche à titre de chauffeur d’autobus scolaire.
- 3.30** En vertu de cette politique, il incombe au directeur général de prendre la décision finale sur l’acceptabilité du dossier de conduite. Aucune des cas ne comportait de preuve selon laquelle la direction aurait procédé à un tel examen ou aurait accordé son approbation.

Recommandation

- 3.31** Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance de s’assurer que les districts obtiennent et conservent les éléments suivants pour tous les chauffeurs d’autobus scolaires, tant à l’embauche qu’à chaque renouvellement de permis :
- Permis de conduire de la classe appropriée
 - Un extrait jugé acceptable du dossier de conduite
 - L’approbation par le directeur général ou la directrice générale de tout dossier de conduite en cas de doute sur l’acceptabilité

Absence de vérification des casiers judiciaires

- 3.32** Comme les chauffeurs d’autobus scolaires sont en contact direct avec une population vulnérable, une vérification du casier judiciaire est une exigence prévue par la loi pour pouvoir occuper le poste en vertu du *Règlement sur le transport des élèves*.
- 3.33** Parmi les 65 dossiers personnels de chauffeurs que nous avons examinés, 20 % (13) n’avaient pas fait l’objet d’une vérification des casiers judiciaires. Bien que 7 de ces 13 chauffeurs aient été embauchés avant 2001, nous nous serions quand même attendus à ce que lorsque cette exigence est entrée en vigueur, le district assure une vérification subséquente des dossiers à titre de pratique exemplaire.

Recommandation

3.34 Nous recommandons au ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance de veiller à ce que les districts obtiennent et conservent des vérifications des casiers judiciaires pour tous les chauffeurs d'autobus scolaires.

Améliorations à apporter en ce qui concerne la preuve d'examen médical à fournir pour les chauffeurs d'autobus de plus de 65 ans

3.35 *Le Règlement sur le transport des élèves exige qu'une preuve d'aptitude médicale soit fournie pour les chauffeurs d'autobus scolaires avant leur embauche et lors de chaque renouvellement de permis, et que le chauffeur subisse avec succès un examen médical :*

- tous les 4 ans si la personne est âgée de moins de 45 ans
- tous les 2 ans si la personne est âgée de 45 ou plus mais de moins de 65 ans
- chaque année, si la personne est âgée de 65 ans ou plus

3.36 Des systèmes sont en place pour éviter qu'un chauffeur d'autobus scolaire puisse obtenir ou renouveler son permis sans fournir une preuve d'aptitude médicale à l'examineur du chauffeur. Les districts comptent sur ce contrôle pour s'assurer que les chauffeurs sont en bonne condition physique au moment de l'embauche et du renouvellement du permis, mais ce contrôle ne tient pas compte des examens médicaux requis plus fréquemment en raison de l'âge du chauffeur.

3.37 Nous avons observé que certains districts se basaient sur les avis transmis par le système pour s'assurer que les chauffeurs subissent les examens médicaux appropriés compte tenu de leur âge, bien que ce contrôle n'ait pas été appliqué par tous les districts examinés.

Recommandation

3.38 Nous recommandons au ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance de veiller à ce que les districts établissent des processus pour vérifier que les chauffeurs d'autobus scolaires de plus de 65 ans subissent avec succès les examens médicaux chaque année.

Améliorations requises pour la formation obligatoire

3.39 *Le Règlement sur le transport des élèves en combinaison avec la Politique ministérielle 508 sur le Programme de formation des chauffeurs d'autobus scolaires* renferment les exigences de formation des chauffeurs d'autobus :

- réussite, de façon satisfaisante, du Programme de formation des chauffeurs d'autobus scolaires à l'embauche
- participation annuelle à un cours de recyclage à l'intention des chauffeurs d'autobus scolaires
- titulaire d'un certificat de secourisme valide à l'embauche et à chaque renouvellement de permis

3.40 Au moment de l'examen de 65 dossiers du personnel de chauffeurs, nous avons constaté ce qui suit :

- 37 % (24) n'incluaient pas une preuve selon laquelle le chauffeur avait suivi la formation des chauffeurs d'autobus au moment de l'embauche
- 17 % (11) n'incluaient pas une preuve selon laquelle le chauffeur avait suivi le cours de recyclage annuel
- 42 % (27) n'incluaient pas une preuve selon laquelle le chauffeur avait suivi une formation en secourisme au moment de l'embauche
- 17 % (11) n'incluaient pas de certificat de secourisme valide au moment du renouvellement du permis

Recommandation

3.41 **Nous recommandons au ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance de s'assurer que les districts obtiennent et conservent des preuves que toutes les formations requises ont été suivies par l'ensemble des chauffeurs d'autobus scolaires, notamment :**

- **Programme de formation des chauffeurs d'autobus scolaires, à l'embauche**
- **Cours de recyclage des chauffeurs au moins une fois par année**
- **Formation en secourisme à l'embauche et à chaque renouvellement de permis**

3.42 Nous avons également constaté que *le Règlement 508 sur le Programme de formation des chauffeurs d'autobus scolaires* ne précise pas les sujets que doivent aborder les cours de recyclage annuels. Le Ministère a précisé qu'il n'a aucune attente concernant le contenu des cours de recyclage et qu'il « *laisse les districts décider des sujets qu'il faut aborder durant les cours de recyclage des chauffeurs* »

d’autobus scolaires, puisque ces derniers sont mieux au courant des enjeux actuels ».

- 3.43** Bien que l’adaptation de la formation à leurs besoins par les districts comporte des avantages, il est meilleure pratique de normaliser les principaux éléments de risque et de les inclure chaque année aux sujets abordés.

Recommandation

- 3.44** Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance d’élaborer des lignes directrices normalisées pour la formation de recyclage annuel des chauffeurs d’autobus scolaires.

Manque d’évaluations du rendement

- 3.45** Conformément à la *Loi sur l’éducation*, chaque directeur général ou directrice générale de district doit « *veiller à ce que le rendement du personnel scolaire soit évalué* », et ce personnel comprend les chauffeurs d’autobus scolaires. Bien qu’aucun échéancier n’ait été défini dans la Loi pour les évaluations du rendement, il s’agit d’un outil précieux pour s’assurer que les chauffeurs répondent aux attentes et comprennent leur rôle.
- 3.46** La mise en œuvre de l’exigence législative relative aux évaluations du rendement des chauffeurs d’autobus scolaires variait dans les 4 districts que nous avons examinés :
- l’un de ces districts ne procède pas à des évaluations du rendement dans l’un de ces districts
 - dans un autre, on a commencé à faire des évaluations récemment, pour un petit nombre de chauffeurs
 - dans un district, les évaluations du rendement se font selon un système de décalage sur 5 ans
 - dans un autre, le rendement des chauffeurs permanents se fait selon un système de décalage sur 3 ans
- 3.47** Lors de l’examen des 65 dossiers du personnel des chauffeurs que nous avons vérifiés, nous avons constaté que 68 % (44) des chauffeurs n’avaient pas fait l’objet d’une évaluation du rendement au cours des 5 dernières années.

Recommandation

3.48 Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance de s’assurer que les districts effectuent régulièrement des évaluations du rendement des chauffeurs d’autobus scolaires.

Manque d’uniformité dans la compréhension des responsabilités

- 3.49** Bien que cela ne soit pas exigé par les lois ni les politiques, un examen régulier et la reconnaissance de la compréhension des principales responsabilités constituent une pratique exemplaire, particulièrement pour un poste où il est question de la sécurité d’enfants.
- 3.50** Nous avons constaté que même si tous les districts examinés incluent les lois ou les politiques à la formation initiale et continue des chauffeurs, un seul exigeait que les chauffeurs indiquent chaque année qu’ils avaient lu et compris les politiques clés.
- 3.51** Tous les chauffeurs d’autobus scolaires que nous avons interrogés nous ont dit que la sécurité était leur principale responsabilité et étaient en mesure de démontrer une compréhension détaillée des inspections requises avant le départ, mais ils ne connaissaient pas tous leurs responsabilités particulières en vertu des lois et des politiques ministérielles.

Recommandation

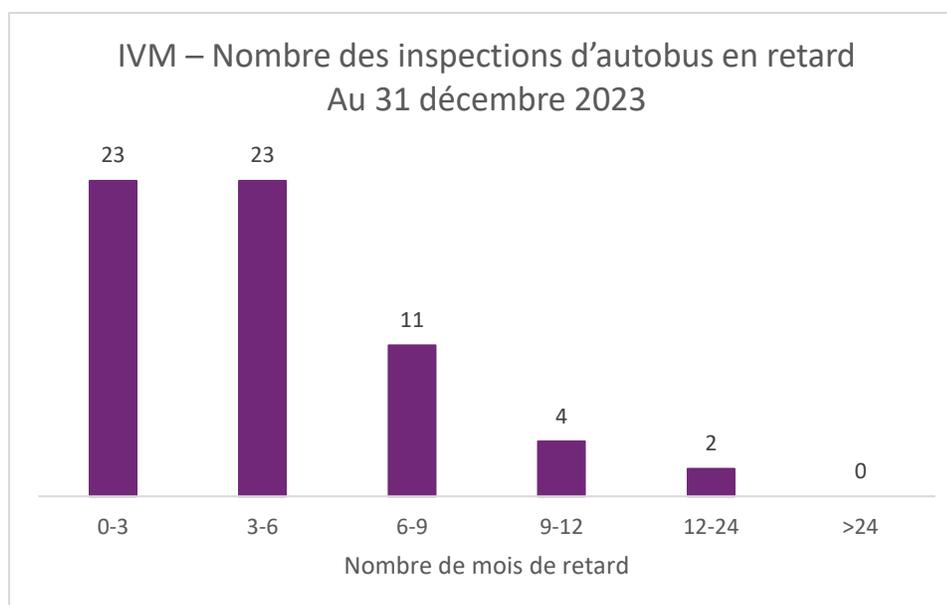
3.52 Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance de s’assurer que les districts demandent à tous les chauffeurs d’autobus scolaires de confirmer sur une base annuelle qu’ils ont lu et compris leurs responsabilités en vertu des politiques et textes de loi suivants :

- *Loi sur l’éducation et Règlement sur le transport des élèves*
- **Politiques propres au transport des élèves :**
 - *Politique 504 – Inspection et entretien des véhicules scolaires et réduction de l’utilisation de la marche au ralenti*
 - *Politique 508 – Programme de formation des chauffeurs d’autobus scolaires*

Inspection et entretien en retard

3.53 Le *Règlement sur l’inspection des véhicules* pris en vertu de la *Loi sur les véhicules à moteur* et la Politique 504 du Ministère sur L’inspection et l’entretien des véhicules scolaires et la réduction de l’utilisation de la marche au ralenti stipulent qu’il faut soumettre, à une inspection des véhicules à moteur tous les 6 mois, les autobus scolaires appartenant à la province ou loués par elle. Chacun des 20 autobus que nous avons examinés avait un autocollant d’inspection à jour.

3.54 Toutefois, lorsque nous avons examiné les données d’inspection de l’AGV, nous avons constaté que les inspections de 63 autobus étaient en retard au 31 décembre 2023. Le tableau suivant montre les retards accusés à l’égard de ces inspections :



3.55 En plus des inspections des véhicules à moteur, le Ministère a conclu un contrat avec Application des lois sur les véhicules utilitaires (ALCU) pour soumettre un échantillon d’environ 200 autobus scolaires à des inspections mécaniques supplémentaires chaque année. Selon le Ministère, ces inspections sont exhaustives et effectuées au hasard et sans préavis.

3.56 Nous avons examiné toutes les inspections effectuées par ALCU au cours de notre période d’audit (330) et avons constaté que 45 % (150) des rapports d’inspection faisaient état d’au moins une défektivité. Ces défauts vont de problèmes mineurs à des problèmes nécessitant la mise hors service d’un autobus scolaire jusqu’à ce qu’ils soient corrigés. Nous avons constaté que 18 autobus avaient été retirés du service à la suite de ces inspections.

3.57 Nous avons constaté que 311 défauts individuels étaient signalés dans 150 rapports d'inspection. Voici quelques défauts à noter :

- 35 cas de fuites d'air du système de freinage à air
- 20 sorties de secours qui ne fonctionnent pas correctement
- 17 cas où les lumières ne fonctionnent pas correctement
- 1 autobus scolaire ayant un trou dans le plancher

3.58 L'ampleur et la gravité des défauts relevés dans le cadre de ces inspections supplémentaires soulignent la nécessité d'effectuer des inspections complètes et en temps opportuns des véhicules à moteur.

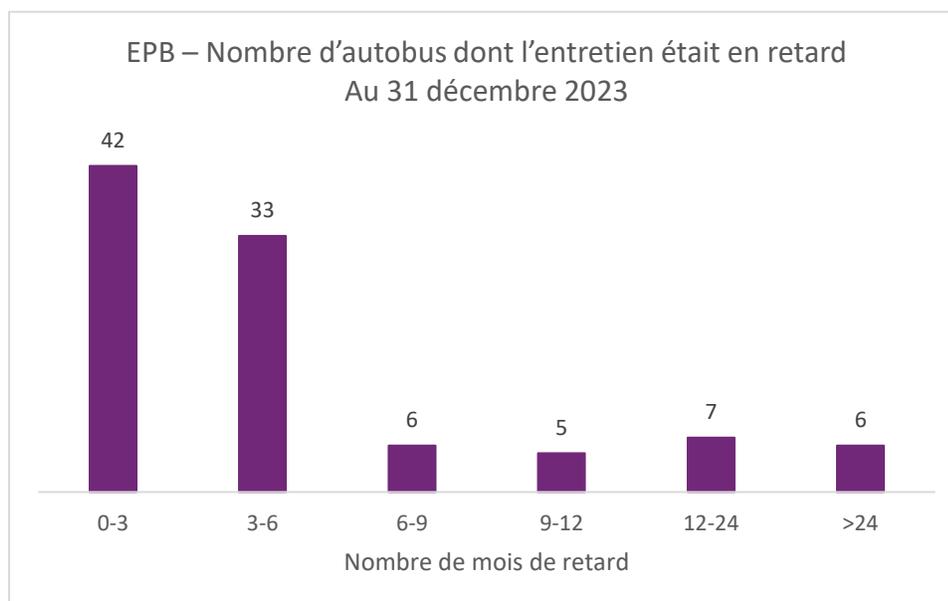
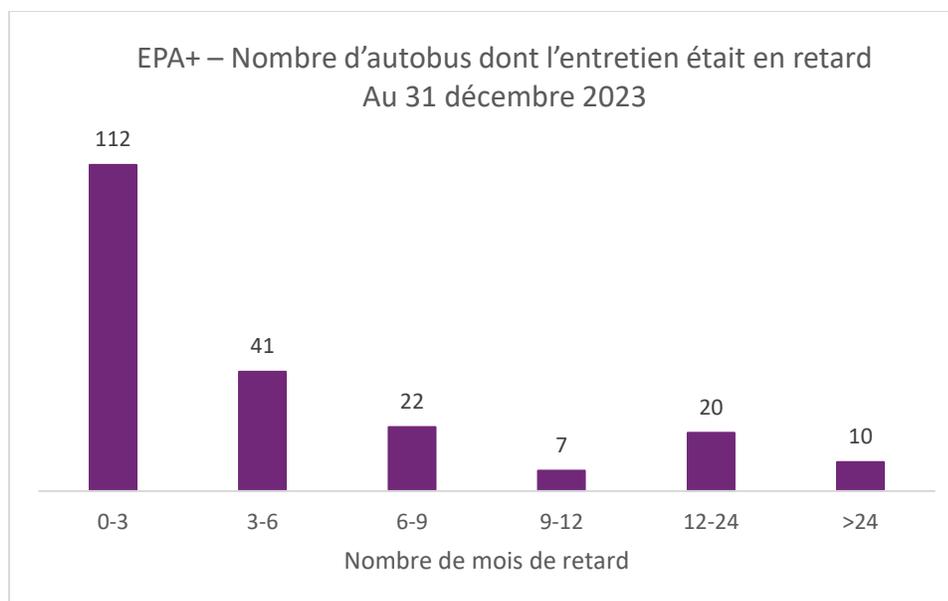
Recommandation

3.59 Nous recommandons au ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, en collaboration avec les districts scolaires et l'Agence de gestion des véhicules, de veiller à ce que tous les autobus scolaires fassent l'objet d'inspections de véhicules à moteur tous les 6 mois.

3.60 L'entente sur les niveaux de service entre le Ministère et l'AGV renferme également un calendrier d'entretien préventif régulier des autobus scolaires. Il y a deux principaux types d'entretien préventif :

- L'entretien préventif A+ (EPA+) doit se faire tous les 6 mois et comprend le graissage, une inspection visuelle, une vidange d'huile et un changement de filtre
- L'entretien préventif B (EPB) doit se faire chaque année et comprend une inspection complète et un entretien préventif d'un autobus scolaire

3.61 Lorsque nous avons examiné les données de l'AGV sur l'entretien des autobus scolaires, nous avons constaté que l'EPA+ était en retard pour 212 autobus, et l'EPB, pour 99 autobus. Les tableaux suivants indiquent la longueur du retard de cet entretien requis :



Recommandation

3.62 Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance, en collaboration avec les districts scolaires et l’Agence de gestion des véhicules, de veiller à ce que les autobus scolaires fassent l’objet de tous les entretiens préventifs prévus selon l’horaire qui figure dans l’entente sur les niveaux de service conclue avec l’Agence de gestion des véhicules.

- 3.63** Une inspection quotidienne avant le départ est un élément essentiel de la sécurité des autobus scolaires exigée par le *Règlement sur le transport scolaire* et la Politique 504. Cette inspection « permet d’éviter des retards causés par des pannes ainsi que des frais superflus de réparation ».
- 3.64** Les chauffeurs d’autobus scolaires sont également tenus, en vertu de l’entente sur les niveaux de service conclue avec l’AGV, de tenir des journaux de bord quotidiens indiquant le kilométrage quotidien ou les heures d’utilisation, le carburant consommé, l’ajout d’huile, la description des problèmes et les réparations.
- 3.65** Parmi les 20 autobus que nous avons examinés :
- 10 % (2) n’avaient pas de confirmation à jour faisant suite à l’inspection avant le départ
 - 25 % (5) n’avaient pas de journaux de bord remplis pour le mois sur lequel portait notre examen

Recommandation

3.66 Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance de s’assurer, en collaboration avec les districts scolaires, que les feuilles d’inspection avant le départ et les journaux de bord des autobus scolaires renferment toute l’information requise et sont tenus à jour.

- 3.67** Étant donné les cas de non-conformité constatés dans les dossiers des chauffeurs et ailleurs, nous avons demandé au Ministère comment la conformité aux lois et aux politiques est assurée et surveillée et on nous a dit qu’il n’y a actuellement aucune « *méthode officielle de surveillance* ».

Stratégies pour assurer des niveaux de dotation suffisants

Aucune cible ni aucun objectif n’est fixé pour les niveaux de dotation

- 3.68** Le Ministère et les districts ont exprimé des préoccupations concernant le recrutement et le maintien en poste des chauffeurs d’autobus, particulièrement dans le cas des chauffeurs occasionnels. Le ministère a entrepris l’élaboration d’une stratégie provinciale de recrutement et de maintien en poste et a commencé à recueillir des données auprès des districts sur les caractéristiques démographiques et les absences des chauffeurs. Toutefois, aucune cible ni aucun

objectif n’a été fixé et, au moment de notre audit, la stratégie avait été mise en suspens en raison d’autres priorités.

- 3.69** Lors de nos conversations avec le personnel du district, nous avons déterminé que les niveaux de compréhension et de connaissance de l’élaboration de la stratégie variaient. Certains en étaient conscients, et d’autres non.

Recommandation

- 3.70** Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance d’élaborer une stratégie à l’échelle de la province qui répond aux besoins et aux défis réels de recrutement et de maintien en poste des chauffeurs d’autobus scolaires et qui comprend des cibles et des objectifs mesurables qui correspondent aux besoins prévus en dotation.

Aucun plan d’urgence

- 3.71** Nous avons demandé au Ministère s’il avait mis en œuvre des mesures provisoires pour remédier aux absences à court terme des chauffeurs et on nous a dit qu’il n’y avait pas de plan d’urgence pour régler ce problème au niveau ministériel.

Recommandation

- 3.72** Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance de dresser, en collaboration avec les districts scolaires, un plan d’urgence pour remédier aux absences de courte durée des chauffeurs.

Annexe I : Recommandations et réponses

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance :			
3.31	<p>de s’assurer que les districts obtiennent et conservent les éléments suivants pour tous les chauffeurs d’autobus scolaires, tant à l’embauche qu’à chaque renouvellement de permis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permis de conduire de la classe appropriée • Un extrait jugé acceptable du dossier de conduite • L’approbation par le directeur général ou la directrice générale de tout dossier de conduite en cas de doute sur l’acceptabilité 	<p>Le ministère s’attend à ce que tous les districts scolaires tiennent à jour les dossiers des chauffeurs d’autobus, le cas échéant.</p> <p>Le ministère examinera des méthodes pour s’assurer que les districts scolaires respectent les exigences en matière de tenue de dossiers relativement aux chauffeurs d’autobus.</p>	Automne 2024
3.34	de veiller à ce que les districts obtiennent et conservent des vérifications des casiers judiciaires pour tous les chauffeurs d’autobus scolaires.	<p>Cette exigence figure dans le cadre politique existant. Il incombe au district scolaire de respecter cette exigence.</p> <p>Le ministère cherchera s’il existe des moyens d’améliorer la surveillance.</p>	Automne 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance :			
3.38	de veiller à ce que les districts établissent des processus pour vérifier que les chauffeurs d’autobus scolaires de plus de 65 ans subissent avec succès les examens médicaux chaque année.	<p>Le ministère examinera les règlements et les lois existants régissant cette exigence.</p> <p>Des travaux seront ensuite entrepris avec nos partenaires du GNB pour combler les lacunes relevées.</p>	<p>L’examen initial doit être terminé d’ici la fin d’août 2024.</p> <p>Les autres travaux nécessaires seront déterminés après l’examen initial.</p>
3.41	<p>de s’assurer que les districts obtiennent et conservent des preuves que toutes les formations requises ont été suivies par l’ensemble des chauffeurs d’autobus scolaires, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programme de formation des chauffeurs d’autobus scolaires, à l’embauche • Cours de recyclage des chauffeurs au moins une fois par année • Formation en secourisme à l’embauche et à chaque renouvellement de permis 	<p>Le ministère élaborera des lignes directrices qui énonceront les attentes relatives à la documentation requise concernant la formation des chauffeurs d’autobus.</p>	Automne 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance :			
3.44	d’élaborer des lignes directrices normalisées pour la formation de recyclage annuel des chauffeurs d’autobus scolaires.	Le ministère élaborera une norme minimale relativement à la formation de recyclage annuel des chauffeurs.	Août 2024
3.48	de s’assurer que les districts effectuent régulièrement des évaluations du rendement des chauffeurs d’autobus scolaires.	Le ministère collaborera avec les districts scolaires pour déterminer les exigences relatives à la tenue régulière d’évaluations du rendement des chauffeurs d’autobus.	Automne 2024 en vue du processus budgétaire de 2025-2026

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance :			
3.52	<p>de s’assurer que les districts demandent à tous les chauffeurs d’autobus scolaires de confirmer sur une base annuelle qu’ils ont lu et compris leurs responsabilités en vertu des politiques et textes de loi suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Loi sur l’éducation et Règlement sur le transport des élèves</i> • Politiques propres au transport des élèves : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Politique 504 – Inspection et entretien des véhicules scolaires et réduction de l’utilisation de la marche au ralenti</i> ○ <i>Politique 508 – Programme de formation des chauffeurs d’autobus scolaires</i> 	Cela figurera dans les exigences minimales relatives à la formation de recyclage annuel des chauffeurs.	Août 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance :			
3.59	en collaboration avec les districts scolaires et l’Agence de gestion des véhicules, de veiller à ce que tous les autobus scolaires fassent l’objet d’inspections de véhicules à moteur tous les 6 mois.	Des travaux sont en cours pour examiner et perfectionner les processus visant à améliorer le suivi des inspections des véhicules à moteur au niveau du ministère.	Fin 2024
3.62	en collaboration avec les districts scolaires et l’Agence de gestion des véhicules, de veiller à ce que les autobus scolaires fassent l’objet de tous les entretiens préventifs prévus selon l’horaire qui figure dans l’entente sur les niveaux de service conclue avec l’Agence de gestion des véhicules.	Des travaux sont en cours pour élaborer un système permettant d’assurer un meilleur suivi des entretiens préventifs au niveau du ministère. Cela aidera à s’assurer que le calendrier prescrit est respecté.	Fin 2024
3.66	de s’assurer, en collaboration avec les districts scolaires, que les feuilles d’inspection avant le départ et les journaux de bord des autobus scolaires renferment toute l’information requise et sont tenus à jour.	Le ministère étudiera des solutions possibles avec les districts scolaires aux fins de mise en œuvre.	Fin 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance :			
3.70	d’élaborer une stratégie à l’échelle de la province qui répond aux besoins et aux défis réels de recrutement et de maintien en poste des chauffeurs d’autobus scolaires et qui comprend des cibles et des objectifs mesurables qui correspondent aux besoins prévus en dotation.	<p>Comme c’est le cas pour l’ensemble des membres du personnel scolaire, l’embauche des chauffeurs d’autobus scolaires relève de chaque district scolaire.</p> <p>Le ministère examinera les défis de recrutement des chauffeurs d’autobus auxquels font face les districts scolaires. Une stratégie de recrutement appropriée pourrait être mise en place pour soutenir les districts scolaires dans leurs efforts de dotation.</p>	À DÉTERMINER
3.72	de dresser, en collaboration avec les districts scolaires, un plan d’urgence pour remédier aux absences de courte durée des chauffeurs.	<p>Les districts scolaires sont responsables des activités quotidiennes du réseau de transport des élèves. Ils doivent notamment s’assurer d’avoir des plans en place pour remédier aux absences à court terme des conducteurs.</p> <p>Le ministère discutera avec les districts scolaires pour cerner les occasions dans lesquelles la prestation de soutien pourrait être bénéfique.</p>	À DÉTERMINER

Annexe II : Objectifs et critères de l’audit

L’objectif et les critères de notre audit du ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance sont présentés ci-dessous. Le ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance et sa haute direction ont examiné et approuvé l’objectif et les critères connexes.

Objectif 1 **Déterminer si le ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance dispose de systèmes et de processus efficaces pour contrôler et assurer le respect par les districts scolaires de la législation et des politiques ministérielles relatives au transport des élèves.**

Critère 1 Les systèmes et les processus du ministère de l’Éducation devraient garantir que tous les chauffeurs d’autobus scolaire satisfont aux normes d’emploi et aux exigences de formation requises en matière de :

- Les exigences relatives à la formation et au permis de conduire
- L’aptitude physique et comportement

Critère 2 Les évaluations de performance des chauffeurs d’autobus scolaire sont adéquates.

Critère 3 Tous les chauffeurs d’autobus comprennent leur rôle et leurs responsabilités, tels qu’ils sont prescrits par la loi et les politiques.

Critère 4 Les autobus scolaires sont inspectés et entretenus de manière adéquate.

Objectif 2 **Déterminer si le ministère de l’Éducation et du Développement de la petite enfance a mis en place des stratégies pour garantir des niveaux de personnel suffisants pour les chauffeurs d’autobus.**

Critère 1 Le ministère devrait avoir établi une stratégie à l’échelle de la province qui répond aux besoins et aux défis actuels en matière de recrutement et de maintien en poste des chauffeurs d’autobus.

Critère 2 Le ministère devrait avoir fixé des cibles et des objectifs mesurables qui s’alignent sur les besoins en personnel prévus.

Critère 3 Le ministère devrait avoir mis en place un plan d’urgence pour faire face aux absences de chauffeurs à court terme.

Annexe III : Rapport d'assurance indépendant

Ce rapport d'assurance indépendant a été préparé par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick (VGNB) et porte sur le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance dans le contexte du transport scolaire. La responsabilité du VGNB consistait à fournir des renseignements objectifs, des conseils et une assurance pour aider l'Assemblée législative à examiner le transport scolaire du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance.

Tous les travaux effectués dans le cadre du présent audit ont été réalisés à un niveau d'assurance raisonnable conformément à la Norme canadienne de missions de certification (NCMC) 3001 – Missions d'appréciation directe de Comptables professionnels agréés (CPA Canada), qui est présentée dans le Manuel de CPA Canada – Certification.

Le VGNB applique la Norme canadienne de gestion de qualité (NCGQ) 1, Gestion de la qualité par les cabinets qui réalisent des audits ou des examens d'états financiers, ou d'autres missions de certification ou de services connexes. Cette norme exige que le Bureau conçoive, mette en place et fasse fonctionner un système de gestion de la qualité qui comprend des politiques ou des procédures conformes aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables.

Lors de la réalisation de nos travaux d'audit, nous nous sommes conformés aux règles sur l'indépendance et aux autres règles du Code de déontologie des Comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du Code de conduite professionnelle du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Ces deux codes reposent sur les principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de conduite professionnelle.

Conformément à notre processus normal d'audit, nous avons obtenu ce qui suit de la direction :

- la confirmation de sa responsabilité à l'égard de l'objet considéré de l'audit
- la confirmation que les critères étaient valables pour la mission
- la confirmation qu'elle nous a fourni tous les renseignements dont elle avait connaissance et qui lui ont été demandés ou qui pourraient avoir une incidence sur les constatations ou les conclusions
- la confirmation que les constatations figurant dans le présent rapport étaient fondées sur des faits

Période visée par l'audit :

L'audit a porté sur la période allant du 1^{er} janvier 2022 au 1^{er} février 2024. La conclusion vise cette période. Toutefois, afin de mieux comprendre l'objet de l'audit, nous avons aussi examiné certaines questions en dehors de cette période, au besoin.

Date du rapport :

Nous avons obtenu des éléments probants appropriés en quantité suffisante sur lesquels repose notre conclusion le 31 mai 2024 à Fredericton, au Nouveau-Brunswick.

Société d'habitation du Nouveau-Brunswick

Stratégie de logement du N.-B. : Un logement pour tous



Table des matières

Faits saillants du chapitre	109
À propos de l’audit.....	111
Contexte	113
Des cibles clairement établis	115
Les mesures ne sont pas clairement liées aux cibles.....	116
Les niveaux de revenu ciblés ne sont pas définis.....	117
Les mesures ne sont pas clairement liées pour les niveaux de revenu moyens à élevés	118
Améliorations requises pour assurer la transparence	118
Les plans de projet pourraient être améliorés	120
Absence d’une stratégie de production de rapports publics	121
Annexe I : Recommandations et réponses	123
Annexe II : Objectif et critères de l’audit	129
Annexe III : Rapport d’assurance indépendant	130



2024, volume I

Faits saillants du chapitre 4

La stratégie comporte 4 cibles et 22 mesures	Les mesures ne sont pas clairement liées aux cibles, et des améliorations à la documentation augmenteraient la transparence	Aucun processus de production de rapports publics n'a été établi pour l'instant
La SHNB peut améliorer les processus pour s'assurer que les cibles énoncés seront atteints		

Conclusions générales

Notre audit a permis de conclure que la Société d'habitation du Nouveau-Brunswick (SHNB) a établi des cibles et des mesures évaluables dans le cadre de la Stratégie de logement du N.-B. Toutefois, des améliorations devront être apportées en ce qui concerne les liens, la transparence, la surveillance et la production de rapports sur les progrès.

Aperçu des résultats

Stratégie de logement du N. B.

Les mesures ne sont pas clairement liées aux objectifs



Améliorations requises pour assurer la transparence



Constatations



La stratégie **ne documente pas** quelles mesures sont liées à des objectifs précis



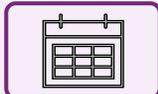
73 % des mesures **n’avaient pas** de calendrier d’exécution



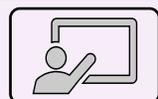
50 % des mesures **ne précisait pas** quel sera le coût global pour le gouvernement



pour **36 %** des mesures, les documents de planification présentaient des jalons clés manquants



pour **36 %** des mesures, il **n’y avait aucune** date de début et/ou date de fin pour l’atteinte des objectifs



Il n’y a **aucun** stratégie documentée des rapports publics

À propos de l’audit

Introduction à l’audit

- 4.1** En juillet 2023, le Conseil du Trésor a approuvé le transfert des ressources suivantes des ministères à la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick :
- Ministère du Développement social
 - 158 postes et 133 millions de dollars en dépenses inscrites au budget
 - 38 millions de dollars en fonds d’immobilisations
 - 60,2 millions de dollars en revenus/recouvrements inscrits au budget (prêts, frais de loyer relativement aux logements publics, recouvrements auprès de la Société canadienne d’hypothèques et de logement)
 - Ministère des Transports et de l’Infrastructure
 - Cinq postes et 355 000 \$
 - Service Nouveau-Brunswick
 - 27 postes et 1,7 million de dollars
- 4.2** Le ministère du Développement social a continué de soutenir les refuges et les organismes offrant des services aux personnes en situation d’itinérance.
- 4.3** La Stratégie de logement du N.-B. : Un logement pour tous (la stratégie) a été publiée le 29 juin 2023. Le ministre responsable de la SHNB a indiqué que la stratégie représente « *le début de notre plan de 10 ans à veiller à ce que chaque Néo-Brunswickoise et chaque Néo-Brunswickois ait accès à un logement sûr, abordable et approprié pour eux-mêmes et leurs familles.* »

Pourquoi avons-nous choisi ce sujet?

- 4.4** D’après la stratégie, le Nouveau-Brunswick et le Canada font face à une crise du logement comme jamais auparavant. Selon les données rapportées par la SHNB, la croissance démographique a progressé plus vite que le développement et la population du Nouveau-Brunswick devrait atteindre 900 000 personnes d’ici 2033.
- 4.5** La stratégie documente une vision, des principes directeurs, des buts, des cibles et des actions pour les trois premières années du plan de dix ans.
- 4.6** Notre audit visait à s’assurer que la stratégie était claire et transparente, et qu’elle comprenait des mécanismes adéquats de mesure et de production de rapports. Nous avons l’intention d’effectuer un suivi continu de l’état d’avancement de la stratégie.

Entité auditée

4.7 Notre entité auditée était la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick. Nous avons également demandé des renseignements et obtenu des éléments probants :

- du ministère de l’Environnement et des Gouvernements locaux (EGL)
- du ministère des Finances et du Conseil du Trésor (FCT)
- du ministère de l’Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail (EPFT)
- du ministère des Transports et de l’Infrastructure (MTI)
- de la Société de développement régional (SDR)
- de Service Nouveau-Brunswick (SNB)

Objectif de l’audit

4.8 Notre audit visait à déterminer si la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick avait mis en place des mécanismes adéquats pour s’assurer que les cibles énoncés dans la Stratégie de logement du N.-B. : Un logement pour tous soient atteints.

Étendue de l’audit

4.9 L’audit a porté sur la période allant du 29 juin 2023 au 31 mars 2024. Nous avons également recueilli au besoin des renseignements en dehors de cette période.

4.10 Les annexes II et III fournissent plus de renseignements sur l’objectif, les critères, l’étendue et l’approche de l’audit.

Conclusion

4.11 Notre audit a permis de conclure que même si la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick a établi des cibles et des mesures dans le cadre de la Stratégie de logement du N.-B. : Un logement pour tous, il reste des améliorations à apporter pour s’assurer que les cibles énoncés sont atteints.

4.12 Voici nos constatations générales :

- la SHNB a établi des objectifs assortis de mesures évaluables à l’appui de la stratégie. Toutefois, les mesures ne sont pas clairement liées aux cibles
- on dénote un manque de clarté quant à la façon dont les mesures énoncées ciblant les Néo-Brunswickois à revenu moyen ou élevé auront une incidence sur ces ménages
- des mesures ont été attribuées aux responsables exécutifs et sont assorties de résultats clairement établis, mais dans certains cas, les échéanciers et les coûts pour le gouvernement ne sont pas documentés
- des plans de projet et des outils de surveillance sont en place, mais certains n’ont pas de dates, de jalons clés et de détails budgétaires

- des mécanismes publics de production de rapports sur le rendement n'ont pas été établis

Contexte

4.13 Les 22 mesures de la stratégie sont documentées et regroupées en quatre piliers stratégiques visant à cibler :

1. les ménages du Nouveau-Brunswick à revenus moyens à élevés
2. les ménages du Nouveau-Brunswick à revenus faible à moyens
3. les ménages vulnérables à faibles revenus
4. des bases solides pour notre système de logement

4.14 La SHNB assume la responsabilité globale de l'élaboration, de la surveillance et de la production de rapports en lien avec la stratégie. De plus, la SHNB ainsi que d'autres ministères et organismes gouvernementaux se sont vu attribuer diverses mesures dans le cadre de la stratégie, comme nous l'avons résumé ci-dessous :

Pilier stratégique	Descriptions de la mesure	Responsable
Un marché du logement sain et compétitif <ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux besoins des ménages à revenus moyens à élevés 	Projet pilote d'aménagement rapide de logements ruraux pour la main-d'œuvre : 220 logements dans quatre collectivités rurales	GNB
	Lancer une campagne de sensibilisation du public à la construction modulaire	SHNB
	Prolonger le programme temporaire d'allègement de l'impôt foncier jusqu'en 2024 : limite à 10 % les hausses des évaluations foncières pour les biens non résidentiels et les immeubles de quatre logements ou plus	GNB
	Un nouveau système de gestion des dossiers pour le Bureau des relations avec les locataires et les propriétaires	SHNB
Des logements abordables pour les	Établir un fonds de roulement pour la construction de logements à l'intention des municipalités et les organismes sans but lucratif	SDR

personnes à revenu faible ou moyen	Banque d'aide au loyer : offrir des prêts à court terme aux locataires à revenus faibles à moyens	SHNB
	Lancer le Fonds pour le logement sur le campus des étudiants des universités publiques du N.-B.	EPFT
	Soutien financier à l'intention d'Habitat pour l'humanité : 70 000 \$ par logement pour un maximum de 10 nouvelles maisons par année	SHNB
	Rendre les biens excédentaires du gouvernement disponibles pour l'aménagement de logements abordables	MTI
Un foyer sûr pour les Néo-Brunswickois vulnérables <ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux besoins des ménages vulnérables à faibles revenus 	Prestation d'aide au loyer versée directement au locataire : 22 millions de dollars par année pour l'aide au loyer	SHNB
	Construire 380 nouveaux logements publics sur trois ans	SHNB
	Améliorer le Programme de logement locatif abordable : verser 15 000 \$ de plus par logement	SHNB
	Augmenter le montant du financement pour l'aménagement de logements subventionnés	SHNB
	Investir 192 millions de dollars, y compris pour le financement d'organismes sans but lucratif, la réparation de logements subventionnés appartenant au gouvernement, les travailleurs et les familles à faibles revenus, etc.	SHNB
	Accroître le financement aux propriétaires : Programme d'aide à la remise en état des logements	SHNB
	Entreprendre un examen exhaustif des programmes existants de la SHNB	SHNB
Une base solide pour notre système de logement	Plan d'action triennal pour la construction résidentielle et la fabrication : recruter et/ou préqualifier 10 000 personnes de l'Inde (ou d'un autre pays), lancer un programme coopératif de menuiserie pour étudiants étrangers, soutenir les compétences et les métiers.	EPFT

	Collaborer avec les commissions de services régionaux pour explorer les possibilités de mieux coordonner les efforts	SDR
	Créer un Fonds pour l'infrastructure de logement dans les petites collectivités : 20 millions de dollars par année	SDR
	Collaborer avec l'Association de logement sans but lucratif du Nouveau-Brunswick et l'appuyer financièrement	SHNB
	Lancer des lignes directrices préliminaires sur l'évaluation des besoins en matière de logement d'ici l'automne 2023	SHNB EGL
	Collaborer avec les collectivités pour réduire les obstacles en améliorant les politiques et les règlements administratifs	SHNB EGL

4.15 La stratégie actuelle est dotée d'un budget de 551 millions de dollars, qui comprend :

- 379 millions de dollars (69 %) en financement déjà engagé
- 172 millions de dollars (31 %) en nouveaux fonds

4.16 La stratégie stipule que l'on « prévoit 500 millions de dollars sur trois ans en nouveaux fonds et en fonds déjà engagés par le gouvernement et ses partenaires stratégiques pour résoudre notre crise du logement ». Les coûts documentés dans la stratégie triennale liée aux mesures totalisent 458,8 millions de dollars.

Des cibles clairement établis

4.17 La stratégie comporte quatre cibles clairement établis, comme il est indiqué ci-dessous :

- *Augmenter le nombre de mises en chantier avec un cible de 6 000 par année. Cela équivaldrait à construire une autre ville comme Fredericton en huit ans. En 2022, la province a enregistré un record de construction avec 4 680 nouvelles mises en chantier.*
- *Réduire à moins de 15 pour cent le pourcentage de ménages du N.-B. qui consacrent plus de 30 pour cent de leur revenu au logement*
- *Créer les conditions nécessaires pour maintenir les augmentations annuelles de loyer à une moyenne de 2,5 pour cent et la variation en pourcentage du prix moyen des maisons à 4,8 pour cent*

- Réduire le nombre de ménages ayant besoin d’un logement subventionné à 7 500 d’ici 2026 par rapport à la liste d’attente actuelle de plus de 11 000 ménages
- 4.18** Les cibles sont bien présentées, faciles à comprendre et mesurables pour savoir si les résultats ont été atteints ou non. Toutefois, aucune donnée de référence n’a pas été rendu public pour les deux objectifs suivants :
- réduire à moins de 15 pour cent le pourcentage de ménages du N.-B. qui consacrent plus de 30 pour cent de leur revenu au logement
 - créer les conditions nécessaires pour maintenir les augmentations annuelles de loyer à une moyenne de 2,5 pour cent et la variation en pourcentage du prix moyen des maisons à 4,8 pour cent
- 4.19** En l’absence de données de référence sur la situation actuelle, il est difficile pour les Néo-Brunswickois de connaître le caractère raisonnable de ces cibles.

Recommandations

- 4.20** Nous recommandons à la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick d’inclure des données de référence pour les cibles énoncées dans la Stratégie de logement du N.-B. : Un logement pour tous.

Les mesures ne sont pas clairement liées aux cibles

- 4.21** La stratégie met de l’avant 22 mesures visant à soutenir et à faciliter l’atteinte des quatre cibles en matière de logement. Toutefois, la stratégie ne précise pas quelles mesures sont liées à quels cibles précises, et la SHNB n’a pas été en mesure de nous fournir des liens clairs. Les Néo-Brunswickois et les décideurs ne sauront pas quelles sont les mesures qui ont été prises (ou qui n’ont pas été prises), et grâce auxquelles les cibles ont pu (ou n’ont pas pu) être atteintes.

Recommandation

- 4.22** Nous recommandons à la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick de publier des liens entre les mesures énoncées et les cibles qu’elles appuient dans la Stratégie de logement du N.-B. : Un logement pour tous.

Les niveaux de revenu ciblés ne sont pas définis

4.23 La stratégie a classé chacune de ses 22 mesures dans l’un des quatre piliers stratégiques suivants, selon le niveau de revenu du ménage :

Pilier stratégique 1 : un marché du logement sain et compétitif – répondre aux besoins des ménages à revenus moyens à élevés

Pilier stratégique 2 : des logements abordables pour les personnes à revenu faible ou moyen – répondre aux besoins des ménages qui travaillent à revenus faibles à moyens

Pilier stratégique 3 : un foyer sûr pour les Néo-Brunswickois vulnérables – répondre aux besoins des ménages vulnérables à faibles revenus

Pilier stratégique 4 : Une base solide pour notre système de logement

4.24 Les mesures de chaque pilier stratégique sont « *conçues pour se compléter afin de créer des conditions dans lesquelles personne au Nouveau-Brunswick n’est obligé de dépenser plus de 30 pour cent de son revenu pour un logement sûr et approprié.* » Toutefois, la stratégie ne définit pas les niveaux de revenu qu’elle considère comme étant élevés, moyens ou faibles, de sorte qu’il est difficile pour le public et les intervenants de comprendre, d’évaluer et de demander à la SHNB de rendre des comptes.

Recommandation

4.25 Nous recommandons à la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick de définir les niveaux de revenu des ménages du Nouveau-Brunswick qu’elle considère comme étant élevés, moyens ou faibles, afin d’améliorer la clarté, la responsabilisation et la transparence.

Les mesures ne sont pas clairement liées pour les niveaux de revenus moyens à élevés

4.26 Les mesures qui ont été classées comme répondant aux besoins des Néo-Brunswickois en fonction de divers niveaux de revenu des ménages semblaient claires, sauf celles du pilier stratégique 1, visant à répondre aux besoins des personnes à revenu moyen ou élevé. Les mesures étaient les suivantes :

- construire 220 logements dans au moins quatre collectivités rurales de la province, en fonction des taux d’inoccupation actuels ou des projets d’embauche ciblés
- lancer une campagne de sensibilisation pour promouvoir les maisons modulaires
- prolonger (d’un an) le programme temporaire d’allègement de l’impôt foncier pour les biens non résidentiels et les immeubles de quatre logements ou plus
- affecter la somme de 1 million de dollars déjà annoncée pour la mise en œuvre d’une nouvelle solution de gestion des dossiers pour le Bureau des relations avec les locataires et les propriétaires

4.27 Lorsque nous nous sommes renseignés auprès de la haute direction de la SHNB sur l’incidence de ces mesures sur les Néo-Brunswickois à revenu moyen ou élevé, on nous a dit que, même si cela n’était pas mentionné dans la stratégie, les 220 maisons à construire étaient destinées aux travailleurs-nouveaux arrivants et que des maisons modulaires étaient utilisées.

Recommandation

4.28 Nous recommandons que la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick documente clairement l’incidence de chaque mesure sur les niveaux de revenu ciblés dans chaque pilier stratégique.

Améliorations requises pour assurer la transparence

4.29 Nous avons examiné en détail les 22 mesures pour déterminer si les renseignements suivants étaient fournis dans la stratégie :

- mesures évaluable
- échéanciers

- coûts des programmes
- responsable désigné
- source de financement

4.30 La plupart des mesures étaient évaluables et comportaient de l’information sur le responsable désigné et la source de financement. Nous avons toutefois constaté que 16 des 22 mesures (73 %) n’avaient pas d’échéancier de mise en œuvre.

4.31 De plus, pour 11 des 22 mesures (50 %), la stratégie ne précise pas quel sera le coût global de ces mesures pour le gouvernement. Par exemple :

- prolonger le programme temporaire d’allègement de l’impôt foncier jusqu’en 2024
- rendre les biens immobiliers excédentaires du gouvernement disponibles
- promouvoir la construction de logements modulaires

4.32 Bien que la stratégie renferme des détails sur la prolongation d’un programme ou l’augmentation des subventions, elle ne renferme aucune indication sur les coûts globaux prévus pour le gouvernement. Le fait de rendre les biens immobiliers excédentaires du gouvernement disponibles pour la construction de logements entraîne un coût, car ces biens ont une valeur monétaire et pourraient autrement être vendus pour réaliser des revenus. De plus, il y aura des coûts associés au lancement d’une campagne de sensibilisation du public pour promouvoir l’utilisation des logements modulaires.

4.33 La stratégie prévoit un plan d’action triennal pour la construction résidentielle et la fabrication. Il s’agit d’une initiative importante qui comprend « *l’établissement d’une stratégie ou d’un bureau des métiers spécialisés du Nouveau-Brunswick en Inde (ou dans un autre pays), afin de recruter ou de préqualifier 10 000 personnes dans des métiers prioritaires pour appuyer l’immigration au Nouveau-Brunswick.* » Toutefois, aucun coût de programme ni aucune solution de logement pour les immigrants ne sont inclus dans la stratégie.

4.34 Dans certains cas, les détails du programme n’étaient pas suffisants pour déterminer si la forme que devrait prendre le financement, soit un prêt, un prêt-subvention ou une subvention non remboursable. Par exemple, la haute direction de la SHNB nous a informés que le Projet pilote d’aménagement rapide de logements ruraux pour la main-d’œuvre serait fondé sur un modèle de « *location-achat* », mais cela n’est pas clairement décrit dans la stratégie.

4.35 L’une des mesures consiste à « *investir* » trois millions de dollars au cours des deux prochaines années pour aider chaque année jusqu’à 750 ménages locataires par année, en leur octroyant un prêt moyen de 1 500 \$. L’octroi d’un prêt moyen de 1 500 \$ à 1 500 ménages, comme il est indiqué dans la stratégie, représenterait un déboursement total de 2,25 millions de dollars. Le prêt de trois millions de

dollars ne représente pas le coût pour le gouvernement. Le coût pour le gouvernement n’a pas été dévoilé. Le coût comprendrait les dépenses liées à l’élaboration, à la mise en œuvre et à la surveillance du programme, le coût d’opportunité (p. ex., ce que le gouvernement aurait pu faire d’autre avec les ressources) ou le coût d’intérêt si le gouvernement devait emprunter, et le pourcentage des prêts qui ne seront pas remboursés, ce qui entraînerait une dépense pour créances irrécouvrables.

Recommandation

4.36 Nous recommandons à la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick d’établir des propositions d’échéanciers et de calculer les coûts globaux pour le gouvernement associés à toutes les mesures de la stratégie de logement.

Les plans de projet pourraient être améliorés

4.37 La stratégie ne contenait pas de modèles normalisés de planification de projet, mais nous avons eu accès à de nombreux documents de planification concernant les 22 mesures à prendre. La SHNB tient également à jour un document de suivi exhaustif sous forme de feuille de calcul; il s’agit d’un outil permettant d’assurer le suivi des 22 mesures proposées. Nous avons constaté ce qui suit en date de février 2024 :

- des rôles et des responsabilités (responsables exécutifs) ont été attribués
- pour 8 des 22 mesures (36 %), il n’y avait aucune information sur les principaux jalons
- pour 8 des 22 mesures (36 %), il n’y avait aucune date de début et de fin pour l’atteinte des objectifs
- les dépenses budgétisées par rapport aux dépenses réelles ne sont pas incluses

Recommandation

4.38 Nous recommandons à la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick de veiller à ce que les plans de projet et les outils de suivi de l’état d’avancement comprennent des renseignements sur les jalons clés, les dates de début et de fin et les coûts budgétisés par rapport aux coûts réels.

Absence d’une stratégie de production de rapports publics

- 4.39** La SHNB est responsable de la stratégie et il lui incombe de rendre compte à l’interne et à l’externe de l’état d’avancement des objectifs connexes. La haute direction de la SHNB tient des réunions mensuelles internes avec les responsables exécutifs des 22 mesures. Si une mesure n’est pas en voie d’être réalisée, des mises à jour sont fournies afin de déterminer ce qui doit être fait pour revenir sur la bonne voie.
- 4.40** Nous savons que la stratégie n’a pas tout à fait un an. Toutefois, comme il ne s’agit que d’une stratégie triennale, il est important que les résultats soient rendus publics en temps opportun. L’un des principes directeurs de la stratégie est « *la responsabilisation et la transparence dans la présentation des résultats de la mise en œuvre de la stratégie.* »
- 4.41** Une mise à jour générale d’une page a été publiée au sixième mois (décembre 2023), laquelle faisait le point sur l’état d’avancement pour 21 des 22 actions. Cette mise à jour s’est avérée relativement utile, mais les rapports publics sur les mesures devraient inclure des renseignements sur les jalons clés prévus par rapport aux jalons réels, le budget, les résultats et l’incidence sur les cibles établies.
- 4.42** En ce qui concerne le « Lancement d’une campagne de sensibilisation du public pour promouvoir les maisons modulaires », il s’agit d’une mesure qui est prévue dans la stratégie, mais en février 2024, aucune date de début n’avait été déterminée.
- 4.43** Seize mesures sont désignées comme étant « en cours », mais aucune autre information n’a été fournie; de plus, la mise à jour ne contenait aucun renseignement sur la mesure « Financement d’unités accessibles ».
- 4.44** Il n’y a pas eu de rapport public sur l’atteinte des quatre cibles énoncées dans la stratégie. Au moment de notre audit, la SHNB n’avait établi aucun plan de production de rapports qui tiendrait compte de la fréquence, du contenu et des modes de communication.
- 4.45** La SHNB nous a informés que la stratégie est un « *document évolutif* » et que des changements devraient y être apportés. Si les mesures actuelles sont modifiées et/ou supprimées, la stratégie devra fournir des renseignements sur ce qui a été fait à ce jour et pourquoi la décision a été prise de modifier la mesure initiale.

Recommandation

4.46 Nous recommandons à la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick d’établir une stratégie de production de rapports sur le rendement, qui tient compte de la fréquence, du contenu et des modes de communication (internes et externes).

Annexe I : Recommandations et réponses

N° du par.	Recommandation	Réponse de la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons à la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick :				
4.20	d’inclure des données de référence pour les cibles énoncées dans la Stratégie de logement du N. B. : Un logement pour tous.	Les objectifs en matière de logement établis en mai 2023 sont fondés sur les tendances des données de référence pluriannuelles. Ces tableaux ont été fournis au VG.	Mise en œuvre.	Bien que des données de référence aient été établies, elles n’ont pas été publiées dans la stratégie pour deux des quatre objectifs. Sans publication des données de référence, il est difficile pour les citoyens d’évaluer si les objectifs sont raisonnables.

N° du par.	Recommandation	Réponse de la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons à la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick :				
4.22	de publier des liens entre les mesures énoncées et les cibles qu’elles appuient dans la Stratégie de logement du N.-B. : Un logement pour tous.	<p>HNB publie chaque mois une mise à jour sur les résultats de HNB et un rapport détaillé sur l’état des initiatives de la stratégie de logement du Nouveau-Brunswick. Ces documents sont utilisés par HNB, les ministères et d’autres parties prenantes pour assurer le suivi de la mise en œuvre de la stratégie.</p> <p>HNB améliorera la communication avec le public en ce qui a trait à la mise en œuvre de la stratégie et aux résultats obtenus.</p>	Fin de T4 2024-2025	

N° du par.	Recommandation	Réponse de la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons à la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick :				
4.25	de définir les niveaux de revenu des ménages du Nouveau-Brunswick qu’elle considère comme étant élevés, moyens ou faibles, afin d’améliorer la clarté, la responsabilisation et la transparence.	<p>HNB prendra les mesures nécessaires pour obtenir un portrait plus clair de l’échelle du revenu des ménages.</p> <p>Dans le cadre du pilier 1, HNB se base sur le « pourcentage de ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement » pour déterminer le nombre de ménages à faible revenu vulnérables.</p>	Fin de T4 2024-2025	

N° du par.	Recommandation	Réponse de la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons à la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick :				
4.28	documente clairement l’incidence de chaque mesure sur les niveaux de revenu ciblés dans chaque pilier stratégique.	<p>HNB a établi des mesures de rendement et des tableaux de bord mensuels qui permettent de suivre la contribution des initiatives et des programmes aux objectifs stratégiques de plus haut niveau.</p> <p>HNB élargira cette approche à tous les secteurs de la stratégie de logement.</p>	Fin de T4 2024-2025	

N° du par.	Recommandation	Réponse de la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons à la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick :				
4.36	d’établir des propositions d’échéanciers et de calculer les coûts globaux pour le gouvernement associés à toutes les mesures de la stratégie de logement.	Les budgets de toutes les initiatives ont été inclus dans le plan triennal. Des échéances ont également été fixées pour toutes les initiatives. Celles-ci ont été fournies au VG. Quelques initiatives sont en cours de planification; des échéances générales leur ont été assignées (c.-à-d. par année).	Mise en œuvre.	Notre recommandation était que les coûts soient calculés pour toutes les actions. Bien qu’un budget global ait été attribué à la stratégie et que des coûts aient été attribués à certaines actions, 50 % des actions n’ont pas fait l’objet d’un calcul de coûts. Publier le coût de ce qui est proposé est essentiel à la responsabilité et à la transparence.
4.38	de veiller à ce que les plans de projet et les outils de suivi de l’état d’avancement comprennent des renseignements sur les jalons clés, les dates de début et de fin et les coûts budgétisés par rapport aux coûts réels.	HNB reconnaît la nécessité d’améliorer les pratiques de gestion de projets.	Fin de T4 2024-2025	

N° du par.	Recommandation	Réponse de la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick	Date cible de mise en œuvre	Réponse de la VGNB
Nous recommandons à la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick :				
4.46	d’établir une stratégie de production de rapports sur le rendement, qui tient compte de la fréquence, du contenu et des modes de communication (internes et externes).	<p>HNB a mis en place un système de suivi du rendement de la stratégie, qui est utilisé principalement pour les communications au sein de HNB et du GNB.</p> <p>HNB présentera un compte rendu de son rendement dans son rapport annuel, tel que l’exige la <i>Loi sur la reddition de comptes et l’amélioration continue</i>.</p> <p>HNB fournira de plus amples renseignements au public et aux parties prenantes.</p>	<p>Conformément à la <i>Loi sur la reddition de comptes et l’amélioration continue</i></p> <p>Fin de T4 2024-2025</p>	

Annexe II : Objectif et critères de l’audit

L’objectif et les critères de notre audit de la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick sont présentés ci-dessous. La Société d’habitation du Nouveau-Brunswick et sa haute direction ont examiné et accepté l’objectif et les critères connexes.

Objectif	Déterminer si la Société d’habitation du Nouveau-Brunswick a mis en place des mécanismes adéquats pour s’assurer que les objectifs énoncés dans la Stratégie de logement du N.-B. : Un logement pour tous soient atteints.
Critère 1	La Société d’habitation du Nouveau-Brunswick a clairement établi des cibles avec des actions mesurables à l’appui de la ‘Stratégie de logement du Nouveau-Brunswick: Un logement pour tous’.
Critère 2	La Société d’habitation du Nouveau-Brunswick a établi des rôles et des responsabilités, y compris des plans documentés, des stratégies, des ressources affectées et des échéanciers pour réaliser les actions décrites dans la ‘Stratégie de logement du Nouveau-Brunswick: Un logement pour tous’.
Critère 3	La Société d’habitation du Nouveau-Brunswick a mis en place des mécanismes adéquats d’établissement de rapports sur le rendement en ce qui concerne la réalisation des cibles et des actions énoncés dans la ‘Stratégie de logement du Nouveau-Brunswick: Un logement pour tous’.

Annexe III : Rapport d'assurance indépendant

Ce rapport d'assurance indépendant a été préparé par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick et porte sur la Société d'habitation du Nouveau-Brunswick et sa Stratégie de logement du N.-B. : Un logement pour tous. Notre responsabilité était de donner de l'information, une assurance et des conseils à l'Assemblée législative en vue d'aider celle-ci dans son examen minutieux des ministères relativement à leurs obligations à l'égard de la Société d'habitation du Nouveau-Brunswick et de sa Stratégie de logement du N.-B. : Un logement pour tous.

Tous les travaux effectués dans le cadre du présent audit ont été réalisés à un niveau d'assurance raisonnable conformément à la Norme canadienne de missions de certification (NCMC) 3001 – Missions d'appréciation directe de Comptables professionnels agréés (CPA) Canada, qui est présentée dans le Manuel de CPA Canada – Certification.

Le VGNB applique la Norme canadienne de contrôle qualité 1, Gestion de la qualité par les cabinets qui réalisent des audits ou des examens d'états financiers, ou d'autres missions de certification ou de services connexes. Cette norme exige que notre bureau conçoive, mette en place et fasse fonctionner un système de gestion de la qualité qui comprend des politiques ou des procédures en ce qui concerne la conformité aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables.

Au cours de nos travaux d'audit, nous nous sommes conformés aux règles sur l'indépendance et aux autres règles du code de déontologie des Comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du Code de conduite professionnelle du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Ces deux codes reposent sur les principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de conduite professionnelle.

Conformément à notre processus d'audit usuel, nous avons obtenu ce qui suit de la direction :

- la confirmation de sa responsabilité à l'égard de l'objet considéré de l'audit;
- la confirmation que les critères étaient valables pour la mission;
- la confirmation qu'elle nous a fourni tous les renseignements dont elle avait connaissance et qui lui ont été demandés ou qui pourraient avoir une incidence sur les constatations ou les conclusions;
- la confirmation que les constatations figurant dans le présent rapport étaient fondées sur des faits.

Période visée par l'audit

L'audit a porté sur la période allant du 29 juin 2023 au 31 mars 2024. Il s'agit de la période à laquelle s'appliquent les conclusions de l'audit. Toutefois, afin d'approfondir notre compréhension de l'objet de l'audit, nous avons aussi examiné certaines questions antérieures à la date du début de notre audit, au besoin.

Date du rapport

Nous avons obtenu des éléments probants appropriés en quantité suffisante sur lesquels repose notre conclusion le 31 mai 2024, à Fredericton (Nouveau-Brunswick).

Fonds en fiducie n° 9 de la santé mentale – Ministère de la Santé et ministère des Finances et du Conseil du Trésor



Table des matières

Faits saillants du chapitre	132
À propos de l'audit.....	134
Contexte	136
Manque d'efforts déployés en temps opportun de la part du ministère de la Santé.....	136
La Fiducie est administrée de manière efficace par le ministère des Finances et du Conseil du Trésor	138
Annexe I : Recommandation et réponse	140
Annexe II : Objectif et critères de l'audit	141
Annexe III : Rapport d'assurance indépendant	142



2024, volume I

Faits saillants du chapitre 5

Aucun plan n'est en place pour utiliser les fonds pour les Néo-Brunswickois méritants

Le ministère de la Santé n'a pas une compréhension adéquate de la Fiducie

Après 46 ans, les souhaits du donateur n'ont pas été respectés

Conclusions générales

Notre travail d'audit du Fonds en fiducie n° 9 de la santé mentale a permis de conclure que le ministère de la Santé n'a pas réussi à s'acquitter efficacement de ses obligations à l'égard de la Fiducie. Le ministère des Finances et du Conseil du Trésor ont rempli leurs obligations à l'égard de la Fiducie de manière efficace.

Aperçu des résultats

Fonds en fiducie no 9 de la santé mentale

Les fonds en fiducie demeurent inutilisés après 46 ans



Constatations



Les fonctionnaires du ministère de la Santé **n'avaient pas** une compréhension adéquate de la Fiducie



Le ministère de la Santé **n'avait pas** mis en place de mécanismes pour permettre l'utilisation rapide de la Fiducie



Le ministère des Finances et du Conseil du Trésor **s'est** acquitté de ses obligations en matière de production de rapports et d'investissement

À propos de l’audit

Introduction à l’audit

- 5.1** La Province du Nouveau-Brunswick est nommée fiduciaire du Fonds en fiducie n° 9 de la santé mentale (la Fiducie) dans les notes afférentes aux états financiers consolidés annuels. La Fiducie a été évaluée à 1,6 M\$ au 31 mars 2023 et « est utilisé pour le traitement en psychanalyse de résidents du Nouveau-Brunswick admissibles ».
- 5.2** Conformément aux paragraphes 29(1) et 29(2) de la *Loi sur les fiduciaires*, un fiduciaire a l’obligation fiduciaire, dans l’administration de la fiducie, d’agir de bonne foi et conformément aux conditions de la fiducie. « Le fiduciaire ne peut exercer les pouvoirs et exécuter les obligations liés à sa charge qu’en vue de l’intérêt véritable des bénéficiaires ou des objets de la fiducie. »
- 5.3** Notre audit n’implique aucun jugement quant à l’objet de la Fiducie, mais vise plutôt à déterminer si celle-ci a été gérée efficacement.

Pourquoi avons-nous choisi ce sujet

- 5.4** La demande en services de traitement des dépendances et de santé mentale continue d’augmenter au Nouveau-Brunswick, moins de 50 % des cas hautement prioritaires recevant un traitement dans les délais prescrits nationaux. L’accès rapide aux traitements en santé mentale a été établi comme un domaine d’action clé pour le ministère de la Santé.
- 5.5** La valeur de la Fiducie continue d’augmenter d’année en année, ce qui accroît le risque que la Province n’exerce pas son obligation fiduciaire de respecter les intentions de la donatrice et que ses ressources ne soient pas mises à la disposition de notre collectivité pour répondre aux besoins pressants.

Entité auditée

- 5.6** Les entités auditées étaient le ministère de la Santé et le ministère des Finances et du Conseil du Trésor.

Objectif de l’audit

- 5.7** Notre audit visait à déterminer si le ministère de la Santé et le ministère des Finances et du Conseil du Trésor ont effectivement rempli leurs obligations relatives au Fonds en fiducie pour la santé mentale n° 9.

Étendue de l’audit

- 5.8** Nous avons examiné les mesures prises par le ministère de la Santé, le ministère des Finances et du Conseil du Trésor pour s’acquitter de leurs obligations à l’égard de la Fiducie.
- 5.9** L’audit portait sur la période allant de la création de la Fiducie en 1977 au 29 février 2024. Des renseignements en dehors de cette période ont également été recueillis et examinés au besoin. Dans le cadre de nos travaux, nous avons interviewé des représentants du Ministère et examiné les documents connexes et les rapports financiers sur les actifs des fonds en fiducie.
- 5.10** Les annexes II et III fournissent plus de renseignements sur l’objectif, les critères, l’étendue et l’approche de l’audit.

Conclusion

- 5.11** Notre audit a permis de conclure que le ministère des Finances et du Conseil du Trésor s’étaient acquittés avec efficacité de leurs obligations relatives au Fonds en fiducie n° 9 de la santé mentale. Le ministère de la Santé n’a pas réussi à s’acquitter avec efficacité de ses obligations relatives au Fonds en fiducie pour la santé mentale n° 9; nos constatations générales sont les suivantes :
- les fonctionnaires du ministère de la Santé n’ont pas une compréhension adéquate de la Fiducie
 - le ministère de la Santé n’avait pas mis en place de mécanismes pour permettre l’utilisation rapide de la Fiducie comme prévu

Contexte

- 5.12** Le Fonds en fiducie pour la santé mentale n° 9 (la Fiducie) a été créé en 1977 à la suite d'un legs fait à la Province du Nouveau-Brunswick. La Fiducie, désignée pour le traitement en psychanalyse des Néo-Brunswickois admissibles, constitue une ressource financière visant à répondre à un besoin sociétal pressant.
- 5.13** Un legs est un acte de planification successorale par lequel une personne laisse dans son testament un don à une personne, à une organisation ou à une fondation pour un but précis, créant ainsi un héritage durable. Le bénéficiaire devient fiduciaire pour donner effet aux intentions du don.
- 5.14** En 1977, un montant de 85 866,39 \$ a été retiré des placements successoraux et déposé à la Fiducie. La valeur de ce placement équivalait à environ 420 851,32 \$ au moment de la rédaction du présent rapport.
- 5.15** À titre de bénéficiaire du legs, la Province du Nouveau-Brunswick est l'administrateur légal de la fiducie ayant l'obligation fiduciaire de donner effet à l'objet des modalités de la fiducie. Au moment de la création de la Fiducie il y a plus de 46 ans, des responsabilités ont été attribuées au ministère de la Santé et au ministère des Finances, maintenant connu sous le nom de ministère des Finances et du Conseil du Trésor selon les modalités de la Fiducie. La Fiducie est régie par les modalités de la Fiducie et de la *Loi sur les fiduciaires*.

Manque d'efforts déployés en temps opportun de la part du ministère de la Santé

- 5.16** Aux termes de la Fiducie, le ministère de la Santé doit prélever des fonds pour offrir des traitements de psychanalyse. Le Ministère a la responsabilité de déterminer quels cas en ont le plus besoin en fonction de l'état de santé mentale d'une personne et de ses ressources financières.
- 5.17** La psychanalyse n'est pas couverte par la *Loi sur le paiement des services médicaux* et le ministère de la Santé nous a informés qu'il n'avait pas été offert au Nouveau-Brunswick pendant la durée de la Fiducie. La page Web de la Société canadienne de psychanalyse recense un total de 336 membres au Canada, dont la majorité dans les provinces du Québec et de l'Ontario et aucun au Canada atlantique.
- 5.18** La limitation de l'utilisation des actifs du Fonds en fiducie pour le traitement de la psychanalyse a été identifiée comme un problème pour l'accès aux fonds par les

entités auditées. Nous avons été informés qu'il y avait eu des tentatives de demander aux tribunaux de modifier les modalités de la fiducie, mais ces tentatives ont été refusées parce que le ministère de la Santé n'avait pas fait suffisamment d'efforts pour utiliser les fonds aux fins prévues.

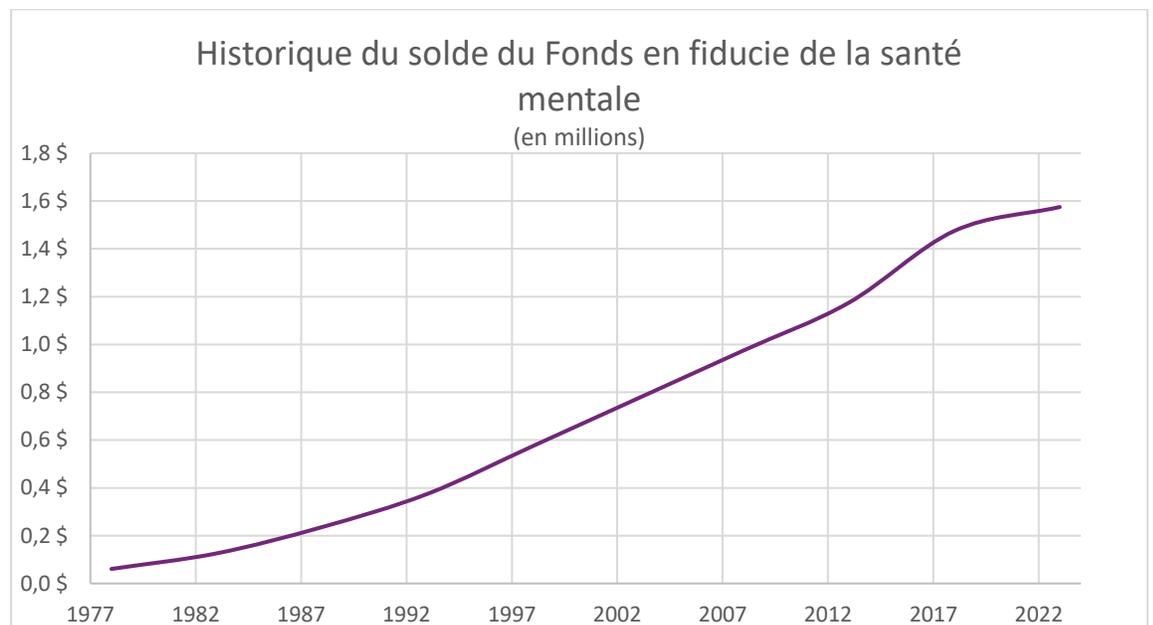
- 5.19** En 1995, l'ancien ministère des Finances a été informé par la Commission de la santé mentale, qui a ensuite été fusionnée avec le ministère de la Santé, qu'elle n'avait « pas encore eu le temps de traiter des questions relatives à l'utilisation des fonds ».
- 5.20** Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des preuves d'un plan d'utilisation des fonds, des lignes directrices pour évaluer les demandeurs de financement ou des communications avec la communauté de la santé mentale pour nous assurer que quelqu'un était au courant des fonds détenus dans la Fiducie.
- 5.21** Lors de notre audit, le ministère de la Santé a reconnu qu'il n'avait pas tiré parti de la Fiducie.
- 5.22** Nous avons constaté que le ministère de la Santé n'avait pas fait d'efforts en temps opportun pour utiliser les fonds. Les fonctionnaires actuels du Ministère connaissent peu la Fiducie, ses modalités et son histoire. Le Ministère n'a pas été en mesure de présenter des éléments de preuve de quelque nature que ce soit concernant la Fiducie, y compris les efforts déployés pour donner effet aux modalités de la fiducie et répondre aux souhaits de la donatrice.

Recommandation

- 5.23** Nous recommandons que le ministère de la Santé prenne des mesures pour élaborer et mettre en œuvre un plan global d'utilisation des fonds conformément aux conditions de la fiducie. Ce plan devrait comprendre des mises à jour régulières du ministère des Finances et du Conseil du Trésor sur l'avancement des programmes de la Fiducie et les besoins de trésorerie, afin de garantir que les ressources sont utilisées efficacement, que les résultats sont atteints et que des ajustements peuvent être apportés au besoin pour optimiser l'impact.

La Fiducie est administrée de manière efficace par le ministère des Finances et du Conseil du Trésor

- 5.24** Selon les modalités de la Fiducie, la responsabilité administrative est attribuée au ministère des Finances et du Conseil du Trésor. Aux fins de notre audit, nous avons défini la responsabilité administrative comme le fait d'avoir rapporté et investi les fonds de la Fiducie.
- 5.25** Au 31 mars 2023, la valeur de la Fiducie était d'environ 1 635 256 \$. Le ministère des Finances et du Conseil du Trésor prépare des états financiers annuels pour la Fiducie, dans lesquels les actifs ont été divulgués dans les notes afférentes aux états financiers consolidés audités annuels de la Province du Nouveau-Brunswick. Un graphique de la valeur de la Fiducie depuis sa création jusqu'au 31 mars 2023 est présenté ci-dessous.



- 5.26** Les actifs des fiducies ont augmenté de façon constante depuis leur création. Le ministère des Finances et du Conseil du Trésor a établi une stratégie de placement dans le but de préserver le capital et de gagner des revenus au moyen d'un portefeuille stratégique d'achat et de détention de placements à revenu fixe. Nous avons été informés qu'aucune dépense de gestion des placements n'a été engagée par la Fiducie. La politique a fait l'objet d'un examen et d'une mise à jour soit en 2015 et récemment en 2023 pour s'assurer que les placements demeurent appropriés en fonction des circonstances de la Fiducie. Le ministère des Finances et du Conseil du Trésor a demandé l'avis du ministère de la Santé au moment d'établir la politique pour s'assurer que la durée probable de la Fiducie était également prise en compte.
- 5.27** Au 31 mars 2023, environ 30 % des actifs étaient liquides et accessibles dans un délai d'un an, tandis que le reste des fonds était détenu dans des placements à long terme allant jusqu'à cinq ans. Selon les besoins de financement futurs recensés par le ministère de la Santé, il pourrait y avoir un risque associé à la fourniture des capitaux en temps opportun aux Néo-Brunswickois.
- 5.28** Le ministère des Finances et du Conseil du Trésor a communiqué de l'information et sollicité des commentaires au ministère de la Santé à des dates importantes pendant la durée de vie de la Fiducie afin d'aider le ministère de la Santé à utiliser les fonds comme prévu.
- 5.29** Nous avons constaté que le ministère des Finances et du Conseil du Trésor s'était acquitté efficacement de ses fonctions d'administrateur de la Fiducie.

Annexe I : Recommandation et réponse

N° du par.	Recommandation	Réponse du Ministère	Date limite de mise en œuvre
Nous recommandons que le ministère de la Santé :			
5.23	<p>prenne des mesures pour élaborer et mettre en œuvre un plan global d'utilisation des fonds conformément aux conditions de la fiducie. Ce plan devrait comprendre des mises à jour régulières du ministère des Finances et du Conseil du Trésor sur l'avancement des programmes de la fiducie et les besoins de trésorerie, afin de garantir que les ressources sont utilisées efficacement, que les résultats sont atteints et que des ajustements peuvent être apportés au besoin pour optimiser l'impact.</p>	<p>un plan global est actuellement en cours d'élaboration afin de garantir l'utilisation correcte des fonds conformément aux termes de la fiducie. Dans le cadre de ce plan, le ministère de la Santé fournira des mises à jour régulières au ministère des Finances et au Conseil du Trésor.</p>	octobre 2024

Annexe II : Objectif et critères de l’audit

L’objectif et les critères de notre audit du ministère de la Santé et du ministère des Finances et du Conseil du Trésor sont présentés ci-dessous. Ces ministères et leur haute direction ont examiné et accepté l’objectif et les critères connexes.

Objectif	Déterminer si le ministère de la Santé, le ministère des Finances et du Conseil du Trésor ont effectivement rempli leurs obligations relatives au Fonds en fiducie pour la santé mentale n° 9.
Critère 1	Le ministère de la Santé a déployé tous les efforts raisonnables pour utiliser les fonds comme prévu en temps opportun.
Critère 2	Le ministère des Finances et du Conseil du Trésor a administré efficacement le Fonds en fiducie pour la santé mentale n° 9.

Annexe III : Rapport d’assurance indépendant

Ce rapport d’assurance indépendant a été préparé par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick et porte sur le Fonds en fiducie pour la santé mentale n°9 du ministère de la Santé et du ministère des Finances et du Conseil du Trésor. La responsabilité du VGNB était de donner de l’information, une assurance et des avis objectifs à l’Assemblée législative en vue d’aider celle-ci dans son examen minutieux des ministères relativement à leurs obligations à l’égard de la Fiducie.

Tous les travaux effectués dans le cadre du présent audit ont été réalisés à un niveau d’assurance raisonnable conformément à la Norme canadienne de missions de certification (NCMC) 3001 – Missions d’appréciation directe de Comptables professionnels agréés (CPA) Canada, qui est présentée dans le Manuel de CPA Canada – Certification.

Le VGNB applique la Norme canadienne de contrôle qualité 1, Gestion de la qualité par les cabinets qui réalisent des audits ou des examens d’états financiers, ou d’autres missions de certification ou de services connexes. Cette norme exige que notre bureau conçoive, mette en place et fasse fonctionner un système de gestion de la qualité qui comprend des politiques ou des procédures en ce qui concerne la conformité aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables.

Au cours de nos travaux d’audit, nous nous sommes conformés aux règles sur l’indépendance et aux autres règles du code de déontologie des Comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du Code de conduite professionnelle du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Ces deux codes reposent sur les principes fondamentaux d’intégrité, d’objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de conduite professionnelle.

Conformément à notre processus d’audit usuel, nous avons obtenu ce qui suit de la direction :

- la confirmation de sa responsabilité à l’égard de l’objet considéré de l’audit
- la confirmation que les critères étaient valables pour la mission
- la confirmation qu’elle nous a fourni tous les renseignements dont elle avait connaissance et qui lui ont été demandés ou qui pourraient avoir une incidence sur les constatations ou les conclusions
- la confirmation que les constatations figurant dans le présent rapport étaient fondées sur des faits

Période visée par l’audit

L’audit a porté sur la période du 1^{er} janvier 1977 au 29 février 2024. Il s’agit de la période à laquelle s’appliquent les conclusions de l’audit. Toutefois, afin d’approfondir notre compréhension de l’objet de l’audit, nous avons aussi examiné certaines questions en dehors de la période de notre audit, au besoin.

Date du rapport

Nous avons obtenu des éléments probants suffisants et appropriés pour étayer notre conclusion le 31 mai 2024 à Fredericton, au Nouveau-Brunswick.

RAPPORT DU

Vérificateur général du Nouveau-Brunswick

Volume II
audit de performance

2024

AUDITOR GENERAL
OF NEW BRUNSWICK



VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL
DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Publié par :
Le Bureau du vérificateur général
Province du Nouveau-Brunswick

Décembre 2024

ISBN: 978-1-4605-4128-9 (Édition imprimée bilingue)

ISBN: 978-1-4605-4130-2 (Version anglaise en ligne)

ISBN: 978-1-4605-4132-6 (Version français en ligne)

ISSN 0382-1420



Présidente de l'Assemblée législative
Province du Nouveau-Brunswick

Madame la Présidente,

Conformément au paragraphe 15(1) de la *Loi sur le vérificateur général*, j'ai l'honneur de soumettre le volume II du rapport 2024 de mon bureau à l'Assemblée législative.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments respectueux,

Paul Martin, FCPA, FCA
Vérificateur général

Fredericton (N.-B.)
Décembre 2024

Table des matières

Chapitre 1 : Message du Vérificateur général	1
Chapitre 2 : Processus d'investigation, d'enquête et d'examen en cas de décès d'un enfant.....	2
Faits saillants du chapitre 2	3
À propos de l'audit.....	5
Contexte.....	8
Comité d'examen des décès d'enfants	12
Investigations de coroner	15
Enquêtes.....	21
Examen des décès d'enfants.....	24
Compétences et formation des coroners	27
Les tendances et les risques sont identifiés et suivis	31
Rapports et recommandations non fournis aux ministères et organismes	31
Rapports publics.....	36
Annexe I : Recommandations et réponses	40
Annexe II : Objectif et critères de l'audit.....	51
Annexe III : Rapport de d'assurance indépendant	52
Chapitre 3 : Accès aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale.....	53
Faits saillants du chapitre 3	54
À propos de l'audit.....	56
Contexte.....	58
La mesure des performances doit être améliorée.....	60
Non-respect de la <i>Loi sur les services à la santé mentale</i>	69
La budgétisation et la planification en matière du traitement des dépendances et de la santé mentale ne sont pas fondées sur les besoins.....	70

Des rapports publics inadéquats.....	71
Annexe I : Recommandations et réponses	73
Annexe II : Objectif et critères d'audit	78
Annexe III : Rapport d'assurance indépendant	79
Chapitre 4 : Politique sur l'hébergement à l'hôtel	80
Faits saillants du chapitre 4	81
À propos de l'audit.....	83
Contexte.....	86
Analyse inadéquate pour la modification de la politique.....	87
Absence d'approbation du Conseil du Trésor	91
Manque de clarté dans les politiques et les directives	91
Annexe I : Recommandations et réponses	93
Annexe II : Objectif et critères d'audit	95
Annexe III : Rapport d'assurance indépendant	96
Chapitre 5 : Rapport de situation sur la mise en œuvre des recommandations d'audit de performance	97
Faits saillants du chapitre 5	98
Contexte.....	102
Mise en œuvre des recommandations de 2020.....	103
Annexe I : À propos de notre rapport de situation.....	110
Annexe II : Recommandations des chapitres de 2020 non mises en œuvre.....	111
Annexe III : Recommandations des chapitres de 2022 non mises en œuvre.....	114

Chapitre 1 – Message du Vérificateur général

Notre rapport de 2024 volume II, comprend quatre chapitres sur les audits de performance et à l'information :

- Processus d'investigation, d'enquête et d'examen en cas de décès d'un enfant
- Accès aux services de traitement des dépendances et de santé mentale
- Politique sur l'hébergement à hôtel
- Rapport de situation sur la mise en œuvre des recommandations d'audit de performance

Processus d'investigation, d'enquête et d'examen en cas de décès d'un enfant

Le décès d'un enfant (une personne âgée de moins de 19 ans) est une profonde tragédie. Le service des coroners, au sein du ministère de la Justice et de la Sécurité publique, est chargé d'investiguer sur ces décès et de superviser le Comité d'examen des décès d'enfants. Notre audit a mis en évidence plusieurs domaines de non-conformité avec la législation, une absence de rapports publics obligatoires et des améliorations à apporter à la formation des coroners.

Accès aux services de traitement des dépendances et de santé mentale

Le ministère de la Santé est responsable de la planification, du financement et de la surveillance de l'accès en temps opportun aux services de traitement des dépendances et de santé mentale. Nous avons constaté que les temps d'attente pour un traitement dépassent les mesures de performance établies par le ministère, que le budget des services de traitement des dépendances et de santé mentale n'est pas mis à jour en fonction des besoins et que les rapports sur les temps d'attente pour l'accès aux services sont incomplets.

Politique sur l'hébergement à hôtel

Le ministère des Finances et du Conseil du Trésor est responsable des décisions stratégiques régissant les déplacements des employés en ce qui a trait aux frais d'hébergement à l'hôtel. Notre vérification a permis de constater que les économies non réalisées liées à un changement de politique sont estimées à 632 169 \$ par an, que la décision de cesser de participer au programme de répertoire des établissements d'hébergement du gouvernement du Canada n'est pas étayée par une analyse de rentabilisation et qu'il n'y a pas d'analyse des économies potentielles ou de l'augmentation des coûts.

Rapport de situation sur la mise en œuvre des recommandations d'audit de performance

Le Bureau effectue des travaux de suivi sur les audits des années précédentes afin de déterminer le niveau de mise en œuvre de nos recommandations. Nous avons obtenu des confirmations de la part des entités d'audit pour les années d'audit 2020, 2021 et 2022, et avons constaté que 57 %, 100 % et 71 % de nos recommandations ont été déclarées mises en œuvre, respectivement par année.

Reconnaissance

Nous tenons à souligner le travail accompli par le personnel des ministères dans le cadre du présent rapport. Je tiens également à remercier mon équipe de d'audit pour son dévouement et son professionnalisme dans l'exécution du mandat du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick.



Paul Martin, FCPA, FCA
Vérificateur général



Décembre 2024

Processus d'investigation, d'enquête et d'examen en cas de décès d'un enfant

Ministère de la Justice et de la Sécurité publique

Volume II – chapitre 2
2024 Rapport annuel du VGNB

Table des matières

Faits saillants du chapitre 2	3
À propos de l’audit.....	5
Contexte	8
Comité d’examen des décès d’enfants.....	12
Investigations de coroner.....	15
Enquêtes.....	21
Examen des décès d’enfants	24
Compétences et formation des coroners.....	27
Les tendances et les risques sont identifiés et suivis	31
Rapports et recommandations non fournis aux ministères et organismes.....	31
Rapports publics.....	36
Annexe I : Recommandations et réponses	40
Annexe II : Objectif et critères de l’audit	51
Annexe III : Rapport d’assurance indépendant.....	52



2024 volume II

Faits saillants

du chapitre 2

Recommandations non fournies aux organisations comme il est requis	Rapports publics inadéquats
Les investigations, les enquêtes et les examens sur les décès d'enfants ne sont pas toujours effectués en temps opportun.	

Conclusions générales

Notre audit a permis de conclure que le ministère de la Justice et de la Sécurité publique n'a pas mis en place de systèmes et de pratiques pour assurer l'exécution efficace des investigations, des enquêtes et des examens sur les décès d'enfants.

Avertissement : Le rapport suivant comporte des éléments relatifs aux décès d'enfants qui pourraient être éprouvants pour certains lecteurs.

Aperçu des résultats

Processus d'investigation, d'enquête et d'examen en cas de décès d'un enfant

Les systèmes et les pratiques ne permettent pas de mener à bien les investigations, les enquêtes et les examens relatifs aux décès d'enfants



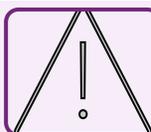
Constatations



Les examens des décès d'enfants **ne sont pas** toujours effectués en temps opportun



Absence des rapports publics requis



Recommandations du Comité **non** fournies aux ministères et aux organismes



34 % des coroners **n'avaient pas** suivi tous les cours en ligne requis

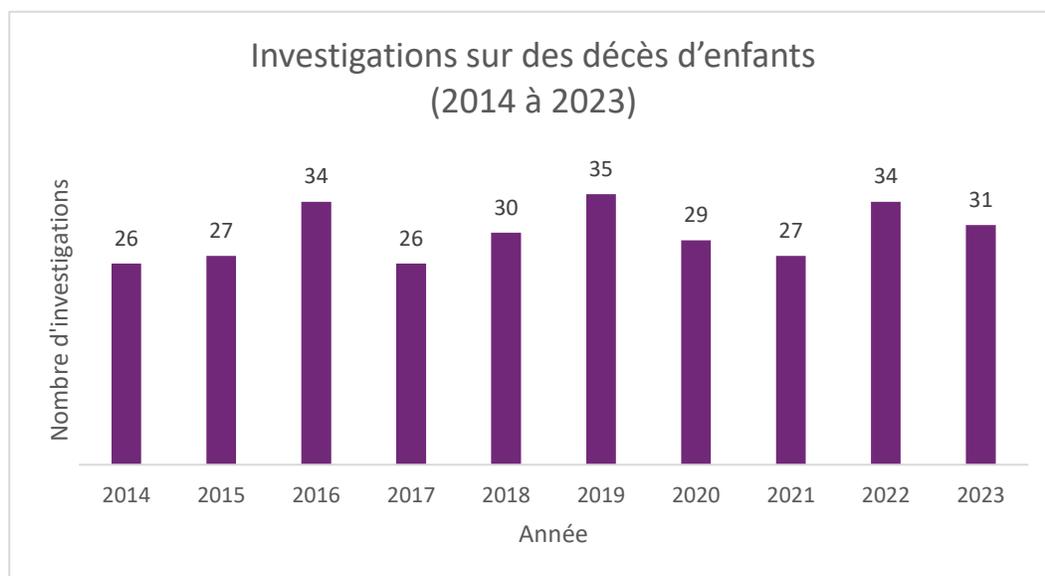


Conservation des dossiers **déficiente**

À propos de l’audit

Introduction à l’audit

- 2.1** Au sens de la *Loi sur les coroners*, un décès d’enfant s’entend du « *décès d’une personne âgée de moins de dix-neuf ans* ».
- 2.2** Au Nouveau-Brunswick, 67 enfants qui sont décédés subitement ou dans des circonstances suspectes ont donné lieu à des investigations menées par les Services du coroner du ministère de la Justice et de la Sécurité publique pendant la période allant du 1^{er} avril 2022 au 30 juin 2024.
- 2.3** En 2023, 31 investigations sur des décès d’enfants ont été menées, comme l’indique le graphique ci-dessous.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

Pourquoi avons-nous choisi ce sujet?

- 2.4** Les décès d'enfants constituent des tragédies profondes qui frappent de plein fouet les familles et les communautés du Nouveau-Brunswick. À la suite d'un tel événement, il est essentiel que tous les aspects de l'investigation, de l'enquête (le cas échéant) et de l'examen subséquent du Comité d'examen des décès d'enfants soient menés avec la plus grande diligence et intégrité.
- 2.5** Les Services du coroner constituent un organisme indépendant et publiquement responsable pour les investigations sur les décès et, ces dernières années, les rapports publics du Comité d'examen des décès d'enfants ont été limités. Compte tenu de son rôle essentiel, il est impératif de s'assurer que ses processus et ses pratiques sont robustes, transparents et efficaces.

Entité auditée

- 2.6** L'entité auditée est le ministère de la Justice et de la Sécurité publique.

Étendue de l'audit

- 2.7** Nous avons examiné des dossiers de coroner, des résumés d'investigation sur des décès, des documents du Comité d'examen des décès d'enfants et de nombreux autres documents.
- 2.8** L'audit a porté sur la période allant du 1^{er} avril 2022 au 30 juin 2024. Des renseignements concernant des dates situées en dehors de cette période ont également été recueillis et examinés au besoin. Dans le cadre de nos travaux, nous avons interviewé des membres clés du personnel ministériel, des membres du Comité d'examen des décès d'enfants et des parties externes connexes.
- 2.9** Les annexes II et III fournissent plus de renseignements sur l'objectif, les critères, l'étendue et l'approche de l'audit.

Objectif de l'audit

- 2.10** Notre audit visait à déterminer si le ministère de la Justice et de la Sécurité publique avait mis en place des systèmes et des pratiques pour assurer l'exécution efficace des investigations, des enquêtes et des examens sur les décès d'enfants.

Conclusion

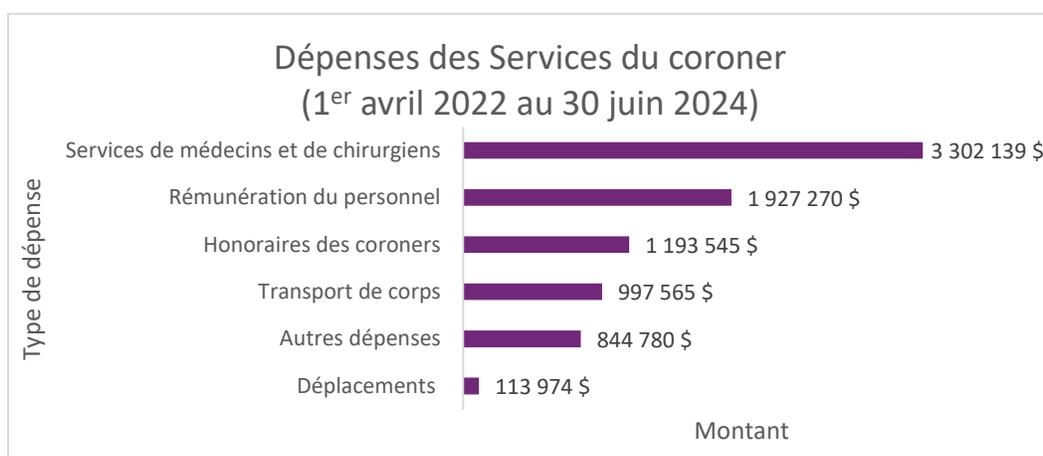
2.11 Notre audit a permis de conclure que le ministère de la Justice et de la Sécurité publique n’a pas mis en place de systèmes et de pratiques pour assurer l’exécution efficace des investigations, des enquêtes et des examens sur les décès d’enfants.

Voici nos constatations générales :

- les investigations, les enquêtes et les examens sur les décès d’enfants ne sont pas toujours effectués en temps opportun
- des améliorations sont nécessaires pour s’assurer que les coroners sont adéquatement qualifiés et formés avant d’exécuter des investigations sur des décès
- les recommandations formulées par le Comité d’examen des décès d’enfants visant à atténuer les risques de décès non naturels ne sont pas communiquées en temps opportun aux ministères et aux organismes concernés, et leur impact n’est pas surveillée
- le ministère ne rend pas compte adéquatement des travaux du Comité d’examen des décès d’enfants conformément aux exigences législatives et stratégiques

Contexte

- 2.12** Les Services du coroner constituent un organisme indépendant et publiquement responsable au sein du ministère de la Justice et de la Sécurité publique (le ministère) qui, aux termes de la *Loi sur les coroners*, est chargé d’examiner tous les décès suspects ou douteux au Nouveau-Brunswick et de mener des enquêtes qui peuvent être nécessaires dans l’intérêt public. Les Services du coroner supervisent également le Comité d’examen des décès d’enfants (CEDE).
- 2.13** Le budget annuel des Services du coroner est passé de 3 millions de dollars en 2022-2023 à 4 millions de dollars en 2023-2024. Les dépenses totales pendant la période visée par notre audit, soit du 1^{er} avril 2022 au 30 juin 2024, ont été de 8,4 millions de dollars. Les dépenses sont consacrées dans une proportion de 39 % aux autopsies, aux analyses toxicologiques et à d’autres frais relatifs aux médecins et aux chirurgiens. Au deuxième rang des dépenses les plus importantes viennent la rémunération du personnel à temps plein et les honoraires des coroners communautaires. Les dépenses des Services du coroner pour la période visée par notre audit sont détaillées dans le graphique ci-dessous.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du système financier de la GNB (non auditées).

- 2.14** Les Services du coroner relèvent du coroner en chef, qui est assisté de deux coroners en chef adjoints à temps plein.
- 2.15** Cinq employés à temps plein du gouvernement du Nouveau-Brunswick agissent à titre de coroners régionaux à Fredericton/Woodstock, Moncton/Miramichi, Saint John, Bathurst/Campbellton et Edmundston, et ils relèvent du coroner en chef.

2.16 Au 30 juin 2024, 36 coroners communautaires rémunérés à l’acte offraient des services principalement les soirs et les fins de semaine à l’échelle de la province.

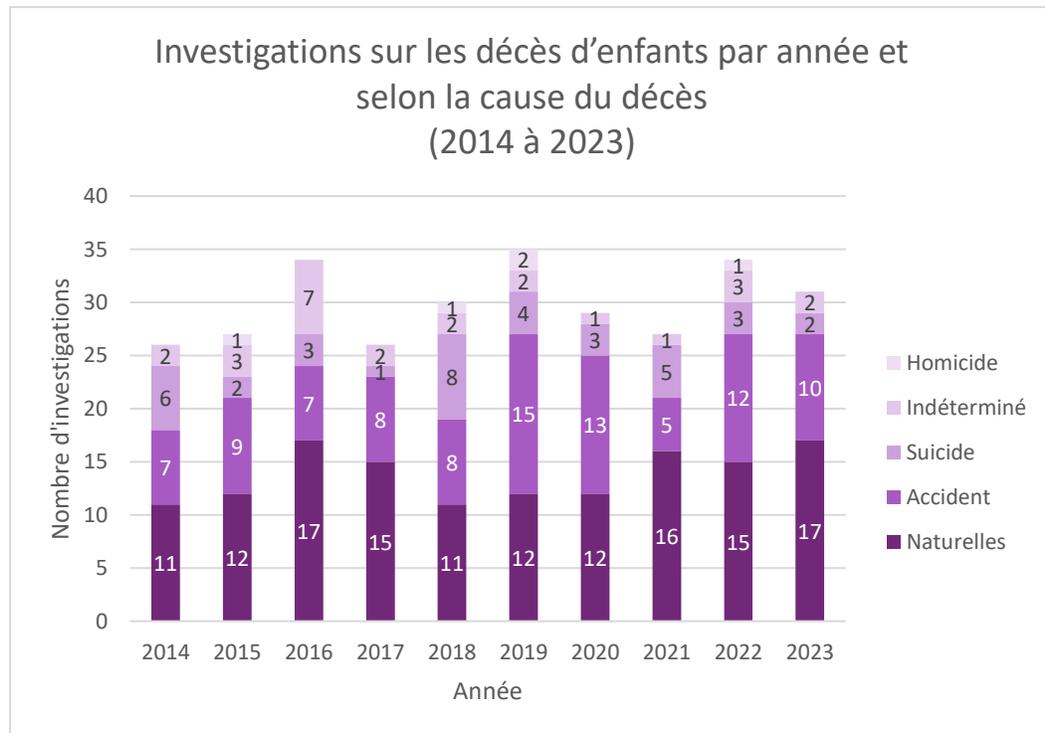
Investigations de coroner sur les décès

2.17 La *Loi sur les coroners* stipule qu’un coroner doit être immédiatement avisé lorsqu’une personne décède par suite d’un acte de violence, d’un accident, d’une négligence ou d’une faute professionnelle, pendant ou après une grossesse dans des circonstances qui pourraient être raisonnablement attribuées à celle-ci, subitement et sans qu’on s’y attende, à la suite d’une maladie pour laquelle aucun traitement n’a été dispensé par un médecin, ou autrement que par suite de maladie, de causes naturelles ou de l’aide médicale à mourir qu’elle a reçue.

2.18 Lorsqu’un coroner est avisé d’un décès, il doit examiner la dépouille et mener toute investigation nécessaire afin de déterminer, pour chaque cas, l’identité du défunt et les faits indiquant comment, quand, où et pourquoi la personne est décédée.

2.19 Les Services du coroner investigate sur 21,7 % des quelque 7 500 décès totaux qui ont lieu chaque année dans la province.

2.20 Le graphique suivant détaille le nombre d’investigations sur les décès d’enfants de 2014 à 2023, selon la cause du décès.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

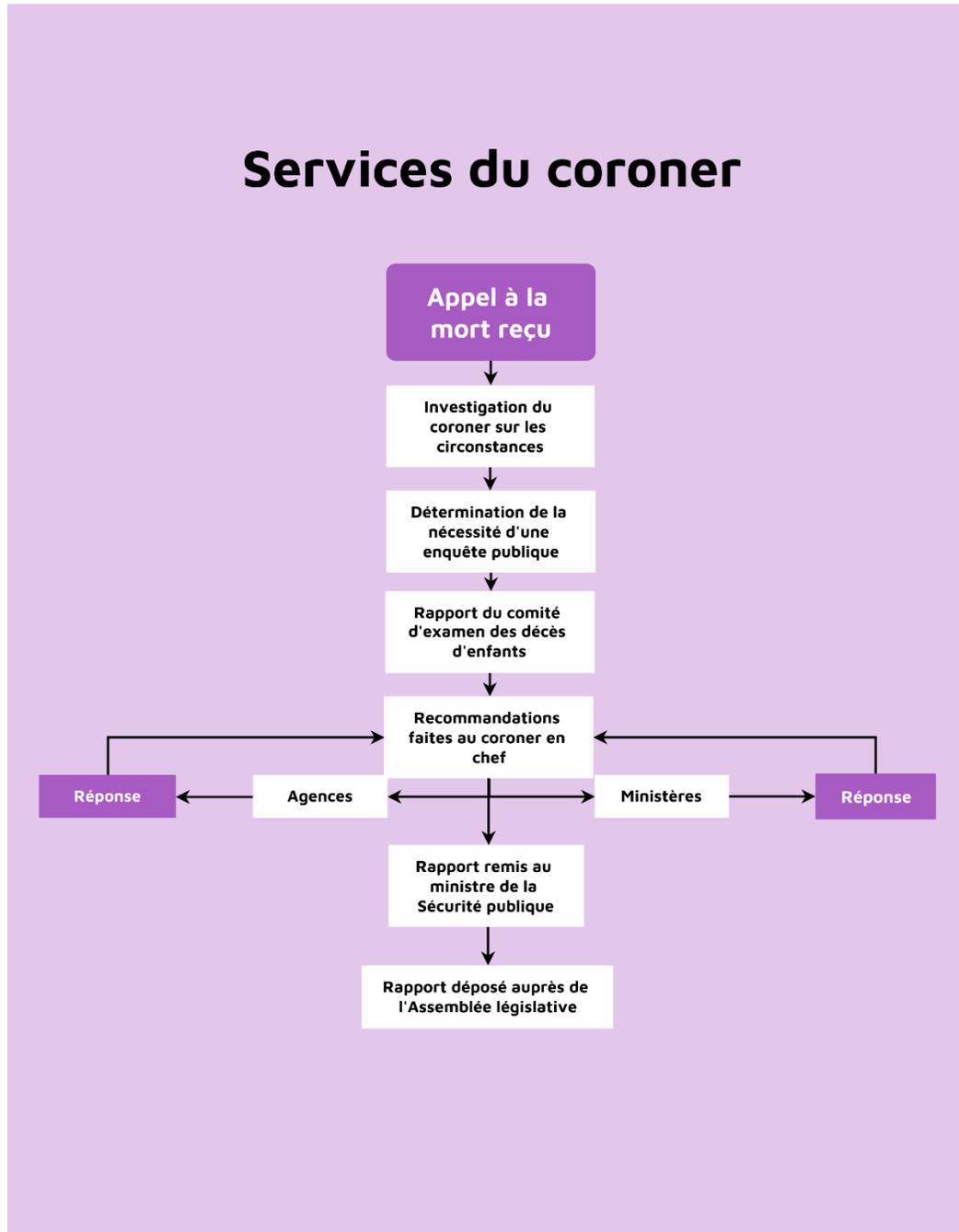
Enquêtes

- 2.21** Une fois l’enquête sur le décès terminée, le coroner doit faire une déclaration au commissaire à l’assermentation quant à sa décision concernant la nécessité de procéder ou non à une enquête. Les motifs de sa décision doivent être déposés auprès du coroner en chef conformément à la *Loi sur les coroners*. Les enquêtes sont recommandées dans moins de 1 % des investigations.
- 2.22** La tenue d’une enquête attire l’attention du public sur les nombreuses causes de décès soudains et imprévus. Une enquête n’a pas pour objectif de tirer des conclusions de responsabilité légale ou d’attribuer un blâme, mais elle doit comporter les fonctions principales suivantes :
- être un moyen pour le public de vérifier les faits qui sont liés au décès
 - être un moyen de concentrer formellement l’attention de la communauté et de déclencher une intervention de la communauté sur le problème de décès évitables
 - être un moyen de convaincre la communauté que les circonstances entourant le décès d’un de ses membres ne seront pas oubliées, cachées ou ignorées
- 2.23** On s’attend à ce que le jury de l’enquête formule des recommandations visant à atténuer les risques de décès dans des circonstances semblables. Le coroner en chef est chargé de porter les conclusions et les recommandations découlant des enquêtes à l’attention des personnes, des organismes et des ministères concernés.

Examens des décès d’enfants

- 2.24** La *Loi sur les coroners* stipule que le CEDE doit examiner le décès d’un enfant à la fin d’une investigation, d’une enquête, d’une investigation criminelle et d’une procédure pénale, le cas échéant.
- 2.25** Le CEDE doit effectuer des examens exhaustifs de tous les décès d’enfants signalés à un coroner afin de comprendre comment et pourquoi des enfants meurent, dans le but de prévenir de futurs décès et d’améliorer la santé, la sécurité et le bien-être de tous les enfants du Nouveau-Brunswick.
- 2.26** La *Loi sur les coroners* stipule qu’après un examen, le CEDE doit soumettre un rapport au coroner en chef, accompagné de toutes les recommandations applicables. Les recommandations doivent être fournies au ministère ou à l’organisme externe concerné. Le rapport doit aussi être remis au ministre de la Sécurité publique, puis déposé à l’Assemblée législative.

2.27 L'image suivante montre le processus suivi lorsqu'un décès d'enfant est signalé aux Services du coroner.



Source : Préparé par VGNB.

Comité d’examen des décès d’enfants

2.28 Le Comité d’examen des décès d’enfants (CEDE) a été enchâssé dans la *Loi sur les coroners* en 2022 et est composé d’experts externes multidisciplinaires qui examinent les décès :

- de personnes de moins de 19 ans qui relèvent de la compétence d’un coroner
- de personnes de moins de 19 ans qui étaient prises en charge par le ministère du Développement social ou dont des membres de la famille ont eu des contacts avec celui-ci dans les 12 mois précédant leur décès

2.29 La *Loi sur les coroners* stipule que le CEDE doit être composé d’au moins sept membres nommés par le coroner en chef, comme suit :

- un coroner
- un policier nommé par l’Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick
- deux personnes inscrites auprès du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick
- un membre en règle du Barreau du Nouveau-Brunswick
- une personne qui représente les intérêts d’un groupe d’Autochtones
- un membre en règle de l’Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick

2.30 Le Comité est établi conformément à la loi.

Déclarations de conflit d’intérêts non obtenues

2.31 Avant que le coroner en chef nomme une personne qualifiée comme membre du CEDE, le Règlement 2022-68 pris en vertu de la *Loi sur les coroners (Règlement sur les comités d’examen des décès)* exige que le coroner en chef obtienne de celle-ci une déclaration dans laquelle elle révèle tout conflit d’intérêts réel ou potentiel.

2.32 Le ministère n’a pas été en mesure de fournir des documents confirmant que des déclarations de conflit d’intérêts ont été fournies au coroner en chef avant que les personnes qualifiées soient nommées à titre de membres du comité.

Recommandation

2.33 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller qu'une déclaration divulguant tout conflit d'intérêts réel ou potentiel est obtenue de la personne qualifiée avant qu'elle ne soit nommée par le coroner en chef en tant que membre du Comité d'examen des décès d'enfants.

2.34 Le *Règlement sur les comités d'examen des décès* stipule qu'un membre du CEDE se trouve en conflit d'intérêts notamment dans les situations suivantes :

- il accepte des honoraires, un cadeau, un don d'argent ou tout autre avantage qui pourrait raisonnablement être considéré comme étant susceptible d'influencer une décision qu'il a prise dans l'exercice de ses fonctions
- il occupe une charge ou un poste dont les fonctions, les responsabilités ou les intérêts sont susceptibles d'entraver de quelque manière que ce soit ses fonctions, responsabilités et intérêts de membre

2.35 Les Services du coroner font appel à un membre du CEDE pour effectuer des autopsies et des examens post mortem. Ces rapports aident les coroners à déterminer la cause et le mode du décès et sont ensuite examinés par le CEDE.

2.36 Il y a eu deux occasions où le membre du comité qui a pratiqué l'autopsie a également assisté à une réunion du CEDE pour examiner le décès du même enfant. Le fait d'accepter une rémunération pour les rapports d'autopsie pourrait influencer sur les décisions du médecin siégeant au comité, et le fait d'assumer deux rôles peut nuire à sa responsabilité d'évaluer objectivement son travail.

Recommandation

2.37 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que des mécanismes soient en place pour évaluer et de divulguer les conflits d'intérêts potentiels pour chaque examen entamé par le Comité d'examen des décès d'enfants.

Vice-président non nommé

- 2.38** Le président du CEDE recueille et distribue tous les documents à examiner avant la réunion du comité. Les membres du Comité n’ont pas accès à l’information sans l’aide du président. Les réunions du CEDE sont donc annulées ou reportées si le président n’est pas en mesure d’y assister.
- 2.39** Les membres du CEDE n’ont pas nommé de vice-président comme l’exige la *Loi sur les coroners*. En l’absence du président, le vice-président préside les réunions du CEDE. Ce point est renforcé dans le mandat, qui stipule ce qui suit : « *Afin d’assurer que le Comité d’examen des décès d’enfants restera fonctionnel, les membres du Comité, en accord avec le président, doivent choisir parmi eux un vice-président qui remplacera le président si celui-ci ne peut présider une réunion du Comité.* »
- 2.40** En 2024, le président du CEDE n’a pu assister aux réunions d’août à octobre, et le comité n’a pris aucune mesure à l’égard des examens en suspens pendant son absence.

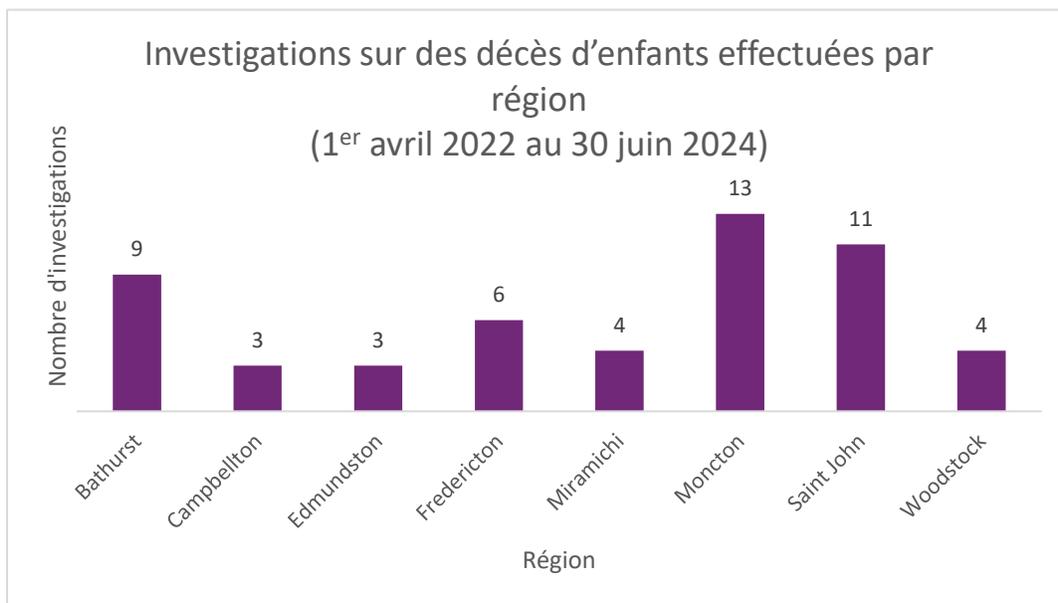
Recommandation

- 2.41** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que le Comité d’examen des décès d’enfants nomme un membre du Comité à la vice-présidence afin qu’une vacance au sein du Comité d’examen des décès d’enfants n’entrave pas la capacité d’action du Comité.

Investigations de coroner

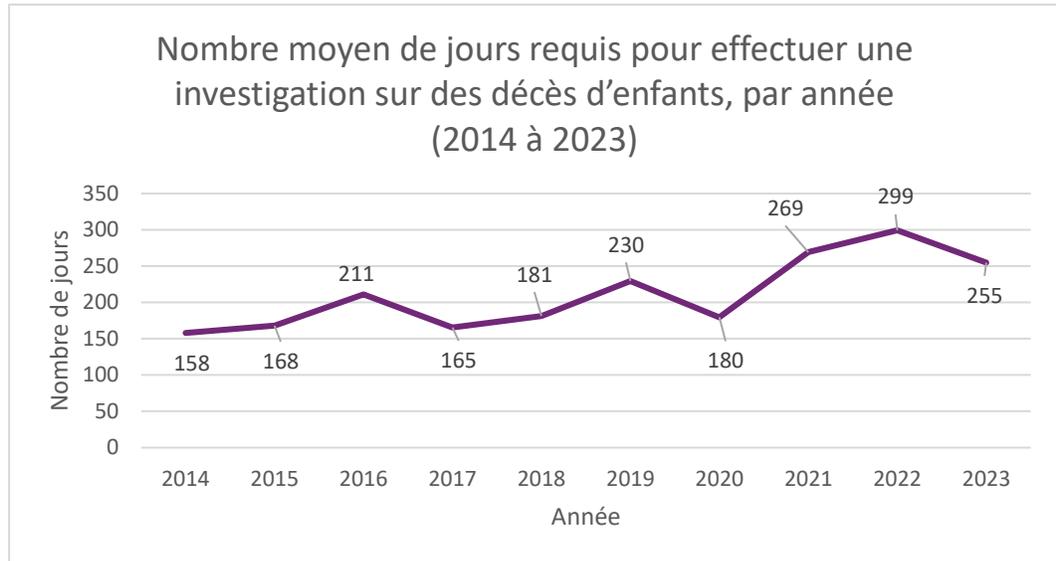
Les investigations sur les décès ne sont pas effectuées en temps opportun

2.42 Sur les 67 cas d’enfants qui sont décédés subitement ou dans des circonstances suspectes et qui ont donné lieu à des investigations de coroner entre le 1^{er} avril 2022 et le 30 juin 2024, 53 investigations sur les décès ont été menées à bien. Le graphique suivant montre le nombre investigations effectuées par région.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

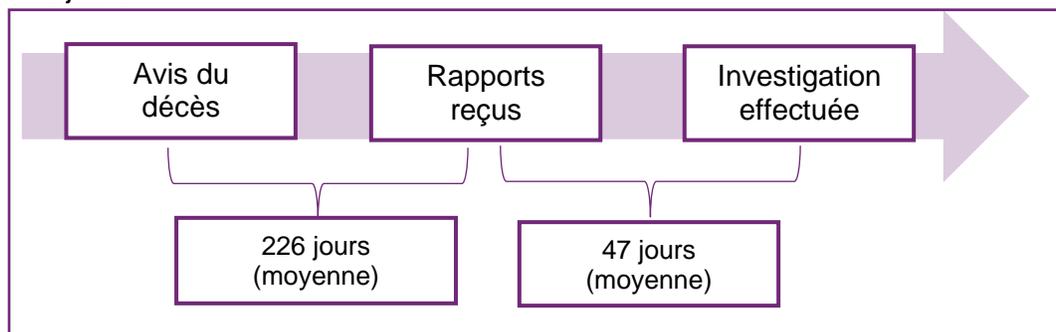
2.43 Entre le 1^{er} avril 2022 et le 30 juin 2024, les investigations sur les décès d’enfants prennent en moyenne 2,5 fois plus de temps que les investigations sur les décès d’adultes (249 jours contre 100 jours). Le nombre moyen de jours requis pour effectuer une investigation sur le décès d’un enfant au cours des 10 dernières années est détaillé dans le diagramme suivant :



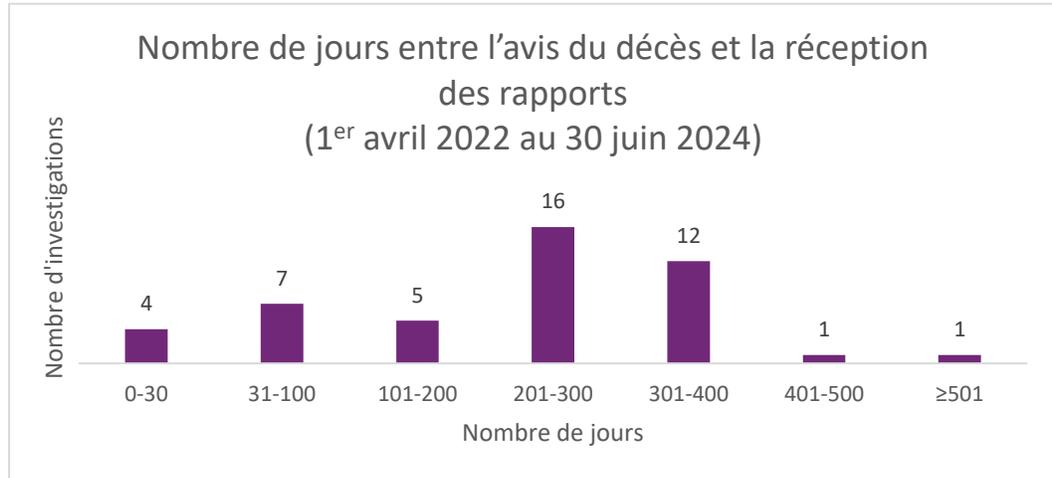
Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

2.44 Après avoir été avisé d’un décès, un coroner est tenu de voir la dépouille, de recueillir des preuves et d’interroger les témoins. Pour fermer un dossier d’investigation, le coroner doit souvent recevoir divers rapports de parties externes, y compris des rapports d’autopsie et de police, afin d’éclairer sa décision sur la cause et le mode du décès. Il a été déterminé que le délai de production des rapports d’autopsie est un facteur important des retards concernant la fermeture des dossiers d’investigation.

2.45 Des 53 investigations sur des décès, 46 ont nécessité des rapports d’autopsie ou d’enquête policière. Comme l’indique le diagramme ci-dessous, le délai moyen entre la date de l’avis du décès et la réception de tous les rapports était de 226 jours.



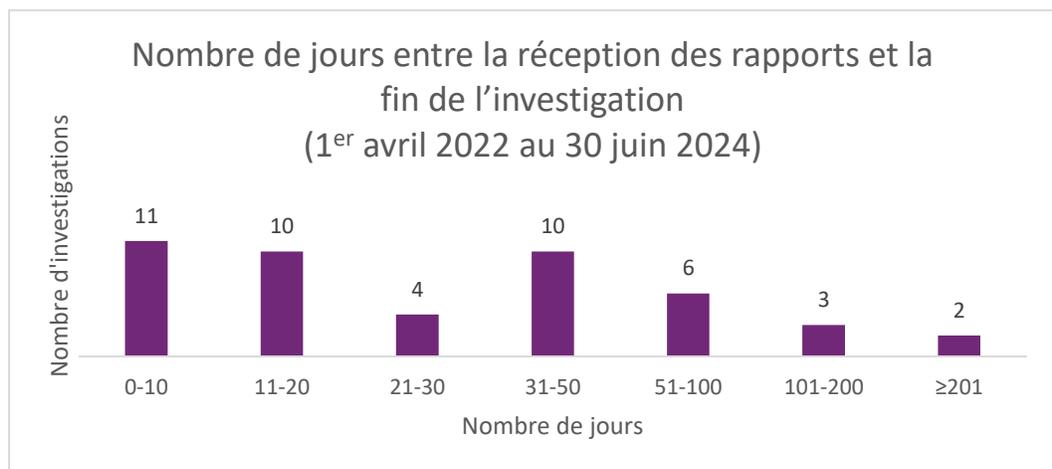
2.46 Comme l’indique le graphique suivant, pour 76 % des investigations, il a fallu plus de 100 jours pour recevoir tous les rapports.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

2.47 Une fois les rapports reçus, le coroner doit fermer le dossier d’investigation. Une nouvelle entente sur les niveaux de service pour les coroners communautaires, mise en œuvre en janvier 2024 (révisée en juin 2024), exige que les coroners ferment leur dossier dans les 30 jours suivant la réception de tous les rapports pertinents.

2.48 Le graphique suivant détaille le temps qu’il a fallu pour fermer un dossier d’investigation après la réception de tous les rapports. Bien que le délai pour fermer le dossier ait été de moins de 30 jours pour 54 % des investigations, il a été de plus de 30 jours pour 21 investigations, et de plus de 200 jours pour deux investigations.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

Recommandation

2.49 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de suivre les dossiers d'investigation sur les décès en suspens et veiller à ce qu'ils soient traités dans les délais impartis, conformément aux accords de niveaux de service.

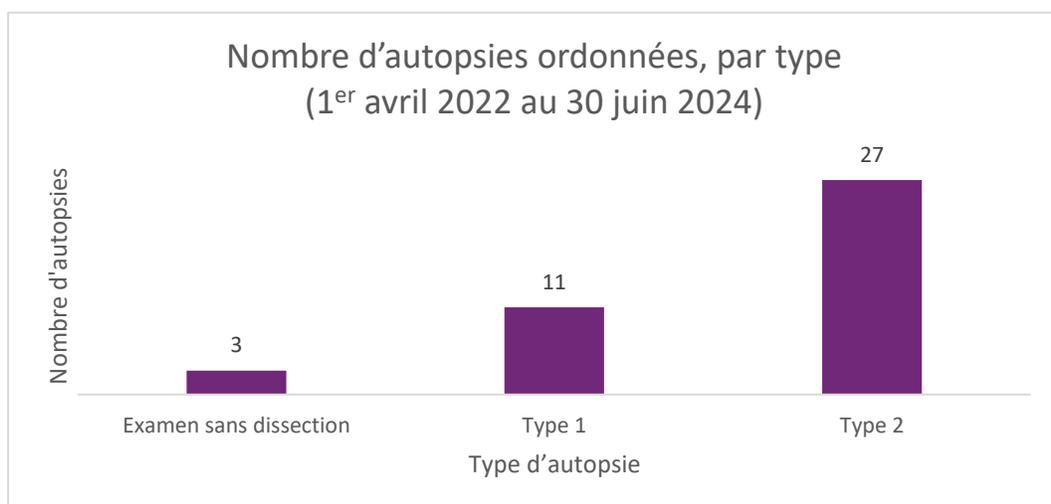
Préoccupations concernant les services de pathologie

2.50 Les autopsies jouent un rôle important dans le processus d'investigation sur le décès, car elles aident à déterminer la cause probable du décès. Le coroner a ordonné que des autopsies soient pratiquées dans 77 % des cas d'investigation sur le décès d'un enfant.

2.51 Selon le manuel de formation des coroners, il existe trois types d'autopsies qui peuvent être ordonnées par un coroner :

- un examen sans dissection, qui consiste en un examen externe approfondi du corps effectué par un pathologiste
- une autopsie de type 1, qui consiste en une dissection du corps pour aider à déterminer la cause du décès et qui est pratiquée par un pathologiste
- une autopsie de type 2, qui consiste en une dissection du corps pour aider à déterminer la cause du décès et qui est pratiquée par un pathologiste judiciaires agréés

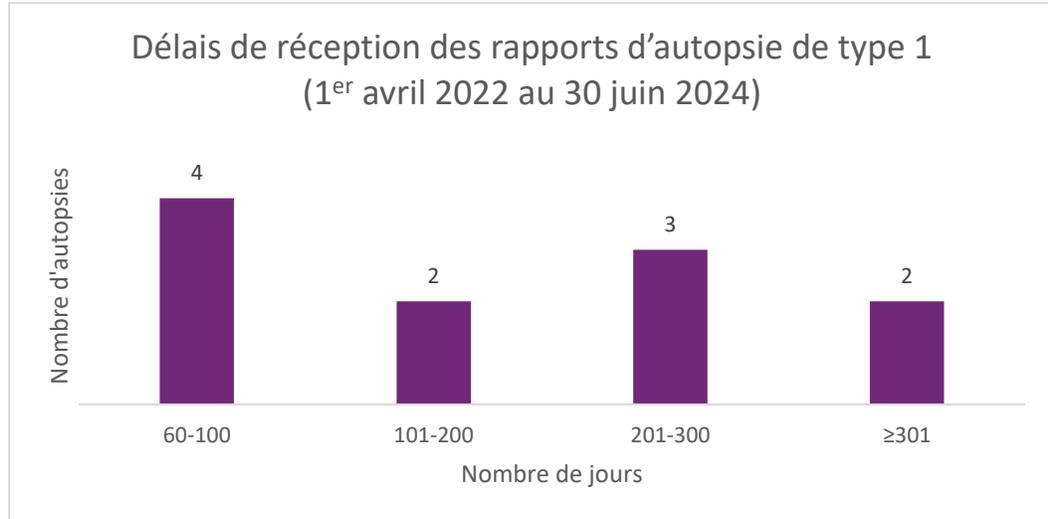
2.52 Le graphique ci-dessous montre le nombre d'autopsies ordonnées, par type d'autopsie.



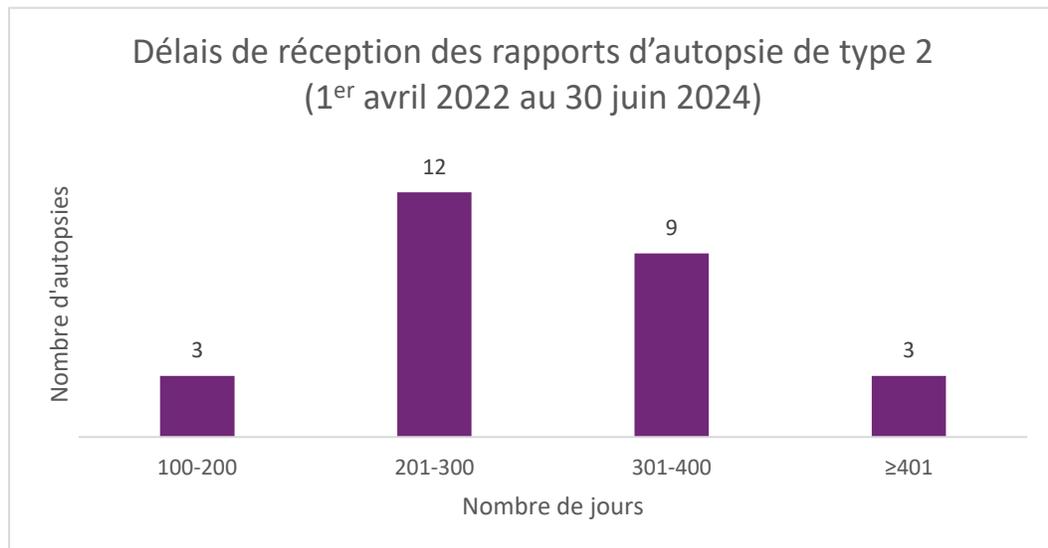
Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

2.53 Un pathologiste effectue une autopsie quelques jours après le décès. Le travail est dicté et transcrit dans un rapport officiel destiné aux Services du coroner. Pendant la période visée par notre audit, le délai moyen de réception du rapport rempli pour une autopsie de type 1 était de 175 jours, et de 304 jours pour une autopsie de type 2.

2.54 Les graphiques suivants présentent les délais écoulés avant la réception des rapports écrits pour les autopsies de type 1 et de type 2 effectuées, respectivement.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

- 2.55** Les Services du coroner nous ont informés qu'ils avaient commencé à utiliser des services de l'extérieur de la province pour effectuer des autopsies de type 2 lorsqu'ils pouvaient obtenir une norme de service de 90 jours.
- 2.56** Sur les 27 autopsies de type 2 effectuées, 44 % (12) l'ont été par un pathologiste général ne détenant pas de certification en pathologie judiciaire agréées, comme l'exige le manuel de formation.
- 2.57** Dans le cas d'un dossier d'investigation sur le décès d'un enfant examiné, le cerveau n'avait pas été envoyé aux fins de l'exécution de l'examen de neuropathologie ordonné par le coroner. L'erreur a été découverte un an après le début de l'investigation, et cela a fait en sorte que le rapport a été reçu après un délai de 418 jours.

Recommandations

- 2.58** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique d'élaborer des normes de niveau de service pour les services de pathologie, en précisant les rôles et les responsabilités, ainsi que les délais d'exécution prévus pour les rapports complétés.
- 2.59** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les autopsies médico-légales de type 2 soient réalisées par des pathologistes judiciaires agréés, conformément au manuel de formation. Si cela n'est plus jugé pratique et/ou nécessaire, le manuel de formation doit être mis à jour en conséquence.

Incohérences relevées dans l'application des politiques et du manuel de formation

- 2.60** Nous avons constaté que la politique ministérielle sur les autopsies pédiatriques ne concorde pas avec le manuel de formation sur les autopsies. Selon la politique :
- les enfants de 5 ans et moins doivent subir une autopsie de type 2
 - les enfants de 6 ans et plus doivent subir une autopsie de type 1, à moins qu'une autopsie de type 2 soit jugée nécessaire
- 2.61** Le manuel de formation conseille toutefois une autopsie de type 2 pour tous les décès d'enfants de moins de 2 ans.

2.62 Nous avons constaté que :

- 73 % (19 sur 26) des enfants âgés de 5 ans et moins ont subi une autopsie de type 2
- 70 % (19 sur 27) des enfants âgés de 6 à 18 ans ont subi une autopsie de type 1 ou de type 2

2.63 En outre, 28% (15 sur 53) des investigations sur les décès d'enfants n'ont pas fait l'objet d'une autopsie de type 1 ou de type 2, comme l'exige la politique.

Recommandation

2.64 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les politiques et le matériel de formation relatifs aux investigations sur les décès des coroners soient revus et mis à jour afin d'en garantir la clarté et l'application cohérente.

Enquêtes

2.65 Une enquête peut être recommandée par le coroner affecté à l'investigation ou par le CEDE.

2.66 Entre le 1^{er} avril 2022 et le 30 juin 2024, trois décès d'enfants ont été recommandés par le coroner ou le CEDE aux fins d'une enquête. Une de ces trois enquêtes de coroner avait été effectuée au moment de notre audit.

- enquête n° 1 – Recommandée par le CEDE le 13 juin 2022 et effectuée du 6 au 8 novembre 2023
- enquête n° 2 – Recommandée par le CEDE le 19 février 2023 et effectuée en dehors de la période d'audit, du 4 au 6 novembre 2024
- enquête n° 3 – Déclarée nécessaire par le coroner le 22 juin 2022, et recommandée par le CEDE le 19 juillet 2022, aucune enquête n'a été effectuée à ce jour

Procédures clairement définies

2.67 Il existe un manuel d'enquête détaillé du Bureau du coroner en chef, dont la dernière mise à jour remonte à 2021. Le manuel comprend des procédures détaillées sur la façon d'effectuer une enquête, les formulaires requis et une liste de contrôle décrivant les documents à inclure dans le dossier d'une enquête

achevée pour assurer une bonne gestion des dossiers et démontrer la conformité à la loi.

Documents requis manquants dans les dossiers d’enquête

- 2.68** L’annexe 1 du manuel d’enquête exige que le dossier d’enquête comprenne les documents énumérés dans la liste de contrôle des dossiers d’enquête, y compris les documents à l’appui des processus législatifs. Ce dossier doit être transmis au coroner en chef une fois rempli.
- 2.69** En ce qui concerne l’enquête sur le décès d’un enfant effectuée pendant la période visée par notre audit, nous avons trouvé une boîte contenant divers documents. Toutefois, après examen, nous avons constaté que les renseignements suivants exigés par la loi étaient manquants :
- l’avis d’enquête, qui comprend une copie de la déclaration du coroner indiquant si une enquête sur un décès est nécessaire
 - le certificat du coroner, qui indique que le coroner a examiné chaque personne nommée dans le certificat et a conclu qu’elle était qualifiée pour agir à titre de membre du jury
 - le formulaire d’enquête, qui certifie le verdict du jury
 - les recommandations formulées par le jury

Recommandation

- 2.70** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les dossiers d’enquête contiennent tous les documents requis.

Manque de documentation à l’appui de la justification des décisions prises

- 2.71** En ce qui concerne l’enquête n° 3, le coroner a fait une déclaration concernant la tenue d’une enquête. L’enquête n’a pas été effectuée, et le décès de l’enfant a été soumis à l’examen du CEDE. La décision du coroner en chef de ne pas tenir cette enquête avant l’examen du CEDE n’a pas été documentée.
- 2.72** Le CEDE a par la suite recommandé que ce décès fasse l’objet d’une enquête de coroner. Le Rapport annuel 2022 du Bureau du coroner en chef indiquait ce qui suit : « *l’investigation policière a été rouverte. Une enquête n’aura pas lieu pour cette affaire* ». Au moment de notre audit, aucune date n’était fixée pour la tenue de l’enquête, et le coroner en chef nous a informés qu’une enquête ne sera pas effectuée par les Services du coroner. Il n’y avait aucun document justifiant cette décision.

Recommandation

2.73 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les raisons justifiant la tenue ou non d'une enquête soient documentées.

La rapidité des enquêtes peut être améliorée

- 2.74** Il n'y a pas de calendrier établi pour la préparation et la tenue d'une enquête. Toutefois, le manuel d'enquête précise qu'il est « *souhaitable, une fois que la décision de tenir une enquête a été prise, que celle-ci ait lieu le plus tôt possible* ».
- 2.75** L'enquête sur le décès d'un enfant menée au cours de la période d'audit s'est échelonnée sur 3 jours et a été achevée 513 jours après la recommandation. Il s'agit d'un total de 990 jours entre la date du décès et l'exécution de l'enquête de coroner.
- 2.76** Une enquête sur le décès d'un enfant effectuée en novembre 2024, après la période visée par notre audit, a été achevée 935 jours après la date du décès.
- 2.77** Bien que divers facteurs puissent avoir une incidence sur la rapidité de la tenue d'une enquête, la consignation des délais prévus aiderait le ministère à faire en sorte que l'information soit produite en temps opportun.

Recommandation

2.78 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique d'établir des délais entre le moment où une enquête a été ordonnée et le moment où l'enquête a lieu.

Examens des décès d’enfants

- 2.79** La *Loi sur les coroners* exige que, chaque mois, le coroner en chef signale au CEDE tous les décès d’enfants pour lesquels un coroner a été avisé et qu’il approuve la tenue d’un examen par le CEDE.
- 2.80** Le mandat stipule ce qui suit : « *lorsqu’il est avisé du décès d’un enfant, le coroner en chef demande par écrit au président du CEDE de convoquer un examen* ».
- 2.81** Nous avons été informés que ces responsabilités ont été déléguées au président du CEDE, qui représente le coroner au comité. Toutefois, la *Loi sur les coroners* ne confère pas au coroner en chef le pouvoir de déléguer ces responsabilités.

Recommandations

- 2.82** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que le coroner en chef rende compte chaque mois de tous les décès d’enfants au Comité d’examen des décès d’enfants, comme l’exige la *Loi sur les coroners*.
- 2.83** Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que le coroner en chef donne son accord écrit au Comité d’examen des décès d’enfants pour qu’il procède à un examen, comme l’exige la *Loi sur les coroners*.
- 2.84** La *Loi sur les coroners* stipule qu’après l’examen du décès d’un enfant, le CEDE doit soumettre un rapport au coroner en chef. Toutefois, nous avons déterminé que le comité prépare des rapports uniquement dans l’un ou l’autre des cas suivants :
- il y a des recommandations à faire, ou
 - l’enfant était pris en charge par le ministère du Développement social, ou des membres de sa famille ont été en contact avec ce ministère dans les 12 mois précédant son décès
- 2.85** En ce qui concerne les décès d’enfants examinés par le CEDE pour lesquels aucun rapport n’a été rédigé, des procès-verbaux de réunions confirment qu’un examen a eu lieu, mais il n’y a pas de justification ou d’explication consignée indiquant pourquoi des recommandations n’étaient pas requises.
- 2.86** Au cours de la période visée par notre audit, le CEDE a effectué 39 examens de décès d’enfants, mais n’a produit que 26 rapports.

Recommandation

2.87 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que le Comité d’examen des décès d’enfants prépare un rapport pour chaque décès d’enfants examiné comme l’exige la législation.

Absence de procédures concernant les examens des décès d’enfants

2.88 La *Loi sur les coroners* exige que le coroner en chef établisse un CEDE aux fins suivantes :

- a) examiner les faits et circonstances du décès d’enfants dans la province
- b) cerner et suivre les tendances en matière de décès d’enfants et les facteurs de risque pour ceux-ci
- c) conseiller le coroner en chef sur des questions médicales, juridiques, sociales et autres en vue d’améliorer la sécurité des enfants et de prévenir leur décès
- d) décider s’il est nécessaire ou souhaitable, dans l’intérêt public, de procéder à une évaluation plus approfondie du décès d’un enfant

2.89 Le CEDE est doté d’un mandat, mais celui-ci ne décrit pas les rôles et responsabilités des membres du comité.

2.90 Nous n’avons également trouvé aucune preuve de documentation pouvant aider les membres du comité à assurer l’application uniforme des procédures d’examen prévues.

Recommandations

2.91 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les rôles et responsabilités des membres du Comité d’examen des décès d’enfants soient documentés.

2.92 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique d’élaborer des procédures détaillées d’examen des décès d’enfants.

Les examens de décès d’enfants ne sont pas toujours effectués en temps opportun

2.93 La *Loi sur les coroners* exige que le CEDE examine les faits et les circonstances du décès d’un enfant :

- lorsque l'investigation par le coroner est achevée
- lorsqu'il a été procédé à une enquête, s'il y a lieu
- lorsque l'investigation criminelle et la procédure devant un tribunal pénal, le cas échéant, sont terminées

2.94 La *Loi sur les coroners* exige que le CEDE présente un rapport au coroner en chef dans les 120 jours suivant le début de son examen, à moins qu'une prolongation ait été accordée.

2.95 Sur les 20 rapports du CEDE que nous avons examinés, 16 avaient satisfait aux exigences législatives. Des quatre rapports pour lesquels ces exigences n'avaient pas été respectées :

- le délai de production a été entre 200 à 300 jours pour 3 d'entre eux
- le délai de production a été de plus de 450 jours pour l'un d'entre eux

2.96 Le mandat du comité a ramené le délai de présentation du même rapport écrit au coroner en chef à 45 jours après l'avis. Sur la base du délai 45 jours, nos tests d'audit portant sur 20 rapports écrits ont permis de déterminer ce qui suit :

- le délai de 45 jours a été respecté pour un seul rapport
- les délais sont allés de 45 à 99 jours pour 5 rapports
- les délais sont allés de 100 à 500 jours pour 12 rapports
- les délais ont été de plus de 500 jours pour 2 rapports

Réunions non tenues régulièrement

2.97 La *Loi sur les coroners* exige que le CEDE se réunisse aussi souvent que nécessaire pour l'exécution appropriée de ses fonctions.

2.98 Nous avons obtenu les procès-verbaux de 13 réunions tenues par le comité au cours de la période visée par notre audit.

2.99 En l'absence d'un vice-président, les réunions du CEDE sont annulées si le président n'est pas en mesure d'y assister.

2.100 Nous avons noté que 32 décès d'enfants (2022 à 2023) enregistrés dans le système d'information sur les décès d'enfants n'avaient pas fait l'objet d'un examen par le CEDE.

Recommandation

2.101 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que le Comité d'examen des décès d'enfants se réunisse aussi souvent que nécessaire pour respecter son mandat et les exigences de la loi.

Compétences et formation des coroners

Renseignements clés manquants dans les dossiers personnels des coroners

- 2.102** Il existe deux types de systèmes d’investigation sur les décès au Canada : le système des coroners et le système des médecins légistes. Au Nouveau-Brunswick, les investigations sur les décès sont effectuées par les coroners. Bien que les deux systèmes prévoient la tenue d’investigation sur les décès soudains et imprévus, le système des médecins légistes est fondé sur la science et les investigations sont exécutées par des médecins.
- 2.103** Il n’y a aucune exigence législative concernant l’aptitude à exécuter les fonctions de coroner au Nouveau-Brunswick. Toutefois, les descriptions de travail en date de 2023 précisent qu’un coroner doit :
- posséder une expérience des services d’investigation, juridiques, médicaux ou d’urgence
 - avoir un casier judiciaire vierge
 - avoir suivi des études postsecondaires dans un domaine connexe
 - posséder au moins cinq ans d’expérience
- 2.104** Parmi les 59 dossiers personnels fournis pour les coroners qui ont travaillé pendant la période visée par notre audit, nous avons constaté qu’il manquait des documents. Nous avons notamment observé que :
- 24 % (14) des dossiers ne contenaient pas de vérification du casier judiciaire
 - 19 % (11) des dossiers ne contenaient pas de curriculum vitae indiquant que la personne possédait les compétences requises
- 2.105** Nous avons également relevé un cas dans lequel il n’y avait aucun dossier personnel concernant un coroner.

Recommandations

2.106 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que tous les coroners fassent l'objet d'une vérification du casier judiciaire et à ce que cette vérification soit conservée dans les dossiers du personnel.

2.107 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce qu'une documentation adéquate sur les qualifications des coroners soient obtenue et conservée dans tous les dossiers du personnel.

Améliorations devant être apportées à la formation des coroners

Pas d'exigences documentées en matière de formation

2.108 Il n'y a pas d'exigences législatives ou stratégiques concernant la formation des coroners. Nous avons toutefois été informés que tous les coroners sont tenus de suivre les cours d'apprentissage en ligne suivants du gouvernement du Nouveau-Brunswick :

- Orientation et introduction concernant les tâches du coroner
- Points de décision critiques de l'investigation initiale
- Cause et mode de décès
- Enregistrement des décès
- Examen de la politique sur la naloxone (vaporisateur Narcan)
- Protection respiratoire – Connaissance principes de base

Recommandation

2.109 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de documenter les exigences de formation obligatoire dans la politique pour tous les coroners.

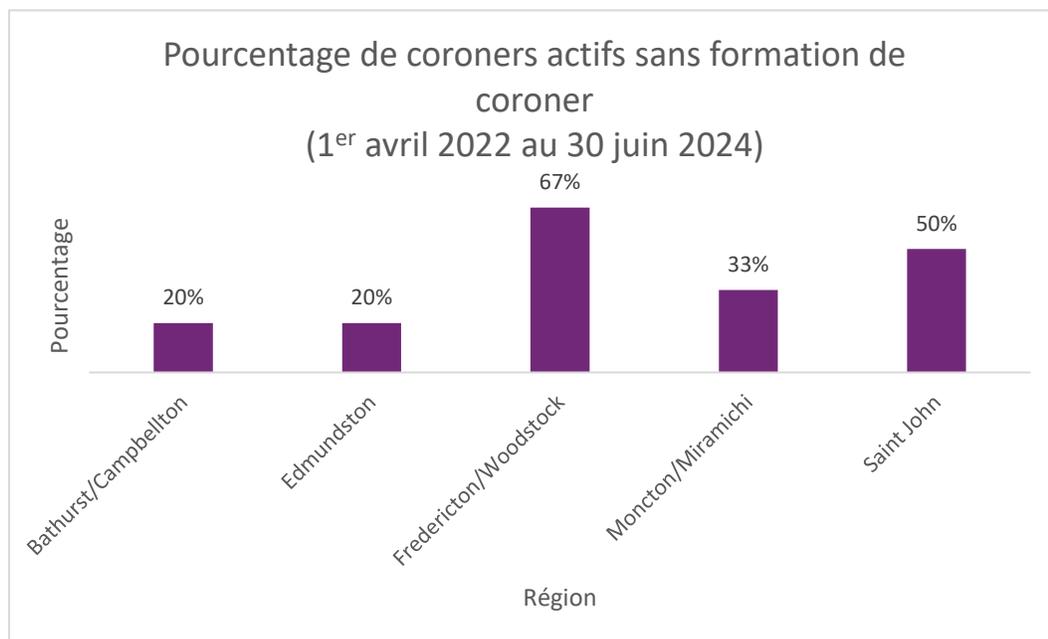
La formation de coroner n'a pas été complétée

2.110 Le ministère ne surveille pas l'achèvement des cours d'apprentissage en ligne que sont tenus de suivre les coroners.

2.111 Dans le cadre de notre audit, nous avons examiné les rapports sur l'achèvement des cours d'apprentissage en ligne pour 41 coroners et déterminé ce qui suit :

- 34 % (14) d'entre eux n'avaient pas suivi tous les cours en ligne
- trois coroners communautaires embauchés pendant la période visée par notre audit s'étaient vu confier un cas d'investigation sur un décès alors qu'ils n'avaient pas satisfait aux exigences de formation

2.112 Selon le graphique suivant, les régions affichant les taux les plus élevés de coroners n’ayant pas achevé leur formation en ligne obligatoire étaient celles de Fredericton/Woodstock et de Saint John.



Source : Préparé par VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

Recommandation

2.113 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les coroners suivent toute la formation requise avant d’entreprendre leur première investigation sur un décès.

Manque de compétences requises relevé

2.114 Les coroners reçoivent une formation en cours d’emploi au moyen d’observation au travail. Il n’y a pas eu de durée définie ni de compétences requises à consigner avant qu’un coroner puisse mener des investigations sur des décès de façon autonome.

Recommandation

2.115 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique d’établir des exigences claires en matière d’observation au poste de travail, en précisant la durée et les compétences requises, pour garantir un apprentissage structuré et efficace des compétences nécessaires.

Établissement de nouvelles exigences en matière de formation

2.116 En date de mai 2024, le ministère demandait aux coroners de suivre les cours supplémentaires suivants offerts par l'Académie de formation aux investigations sur les décès (Death Investigation Training Academy) :

- Conduite professionnelle – Compétences et caractéristiques
- État d'esprit de préparation pour les investigateurs
- Arrivée sur les lieux, évaluation et documentation
- Collecte de preuves à partir de la dépouille et consignation de celles-ci
- Rédaction de rapports pratiques
- Répercussions des décisions relatives à la cause, au mode et à l'heure du décès
- 12 erreurs critiques commises sur les lieux d'un décès

2.117 Les coroners régionaux doivent également avoir suivi des cours supplémentaires au plus tard le 12 novembre 2024 pour obtenir une certification du Conseil américain des investigateurs sur les décès médico-légaux (American Board of Medicolegal Death Investigators). Le ministère nous a informés que la certification sera obligatoire pour tous les coroners régionaux à l'avenir.

Évaluations du rendement établies

2.118 Le ministère a été en mesure de nous fournir des documents détaillant les évaluations adéquates du rendement des cinq coroners régionaux.

2.119 Avant notre audit, aucun mécanisme officiel n'était en place pour surveiller le rendement des coroners communautaires. Toutefois, le ministère nous a informés qu'il était en train de mettre en œuvre un nouveau processus de gestion des performances qui inclut l'état des normes de clôture des dossiers.

Opportunité d'amélioration du processus d'évaluation par les pairs

2.120 Le ministère a établi un processus d'examen par les pairs dans le cadre duquel chaque investigation de coroner sur un décès est examinée par un autre coroner avant d'être terminée. Les 3 844 dossiers examinés ont fait état d'un certain niveau d'examen par les pairs. Nous avons toutefois relevé 24 cas où la personne mentionnée pour la préparation et l'examen du dossier était la même.

2.121 Il n'y a pas non plus de directives consignées concernant l'application uniforme du processus d'examen par les pairs, même si le ministère a indiqué qu'il existe un risque lié à la qualité et à l'exhaustivité des investigations sur les décès.

Recommandation

2.122 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique d'élaborer des orientations pour le processus d'examen par les pairs afin de garantir une application cohérente et l'indépendance.

Les tendances et les risques sont identifiés et suivis

- 2.123** La *Loi sur les coroners* stipule que le CEDE a pour objet de cerner et de suivre les tendances en matière de décès d'enfants et les facteurs de risque pour ceux-ci. Le mandat du CEDE stipule que celui-ci doit, de temps à autre, examiner collectivement les décès afin de cerner les tendances ou les lacunes dans les services et les programmes et de conseiller le coroner en chef.
- 2.124** Le CEDE a identifié des tendances dans le cadre de ses examens, ce qui a donné lieu à des recommandations et à des rapports sur les conditions de sommeil dangereuses pour les enfants.
- 2.125** Une analyse collective utilisant les données du système d'investigation sur les décès du coroner a également été réalisée au cours de la période d'audit afin de résumer les décès de jeunes de moins de 18 ans pour la période allant de 2013 à 2023.
- 2.126** Un autre facteur de risque, selon lequel les suicides chez les jeunes de 10 à 14 ans sont considérés comme des morts accidentelles, a fait l'objet d'une investigation dans le cadre d'un rapport complet.

Rapports et recommandations non fournis aux ministères et organismes

- 2.127** Le CEDE, établi en vertu de la *Loi sur les coroners*, est notamment chargé de conseiller le coroner en chef sur des questions visant à améliorer la sécurité et à prévenir les décès d'enfants, ainsi que de déterminer si une évaluation plus poussée du décès d'un enfant est nécessaire ou souhaitable dans l'intérêt public.

2.128 Du 1^{er} avril 2022 au 30 juin 2024 la fin de la période visée par notre audit, le CEDE a effectué 39 examens de décès d'enfants et formulé 20 recommandations contenues dans 8 rapports.

2.129 La *Loi sur les coroners* exige que le coroner en chef fournisse une copie du rapport du CEDE, accompagnée de ses commentaires, le cas échéant, en réponse aux recommandations, à tous les ministères et organismes gouvernementaux pertinents ainsi qu'au défenseur des enfants, des jeunes et des aînés.

2.130 Il est essentiel de fournir des recommandations en temps opportun aux organismes pertinents pour atténuer les risques de décès non naturels ayant des causes semblables. Par l'entremise du mandat du comité, le ministère s'est engagé à fournir des recommandations aux ministères et aux organismes gouvernementaux pertinents dans les 10 jours suivant la réception du rapport du CEDE.

2.131 Parmi les 20 recommandations formulées au cours de la période visée par notre audit :

- 8 ont été destinées au Bureau du coroner en chef
- 1 a été destinée au ministère de la Justice et de la Sécurité publique
- 11 ont été destinées à des ministères et des organismes externes

2.132 Nous avons été informés que la correspondance officielle n'est pas fournie au Ministère lorsque des recommandations du CEDE sont destinées au ministère de la Justice et de la Sécurité publique ou au Bureau du coroner en chef.

2.133 Trois examens de décès d'enfants ont donné lieu aux 11 recommandations destinées à des ministères et des organismes externes. Toutefois, le ministère n'a pas été en mesure de fournir des documents démontrant qu'ils avaient été fournis aux organismes concernés. Le tableau suivant résume les 11 recommandations et le nombre moyen de jours en suspens au 30 juin 2024.

Ministère ou organisme	Nombre de recommandations	Nombre moyen de jours en suspens
Ministère d'Éducation et Développement de la petite enfance	3	712
Association des chefs de police du N.-B., GRC au N.-B.	1	13
Ordre des pharmaciens du N.-B.	2	13
Collège des médecins et chirurgiens du N.-B., Association des infirmières et infirmiers du N.-B.	1	13
Santé publique	1	444
Développement social	3	444
Total général et moyen	11	360

2.134 Dans le cadre de notre audit, nous avons confirmé que le ministère d'Éducation et Développement de la petite enfance, le ministère de la Santé (Santé publique) et le ministère du Développement social n'avaient pas reçu les rapports et les recommandations.

2.135 Il est essentiel que les recommandations du comité soient fournies aux ministères pertinents pour assurer la mise en œuvre rapide et efficace des changements. Ces recommandations mettent souvent en évidence les aspects essentiels à améliorer et proposent des mesures concrètes pour améliorer la sécurité, le bien-être et les résultats globaux. Voici une description des recommandations formulées dans les trois rapports du CEDE qui n'ont pas été fournies aux ministères.

2.136 Enfant n° 1 – Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants daté du 19 juillet 2022 contenait trois recommandations sur cinq destinées à des ministères et des organismes externes. Le Comité d'examen des décès d'enfants recommande :

- *« que le ministre de l'Éducation et du Développement de la petite enfance veille à ce que tous les employés qui travaillent dans les écoles et qui ont des contacts avec les enfants suivent la formation Aider. Il est recommandé que cette formation soit obligatoire.*
- *que le ministre de l'Éducation et du Développement de la petite enfance veille à ce que tous les employés des écoles reçoivent une formation sur la prévention du suicide ainsi qu'une liste de ressources à contacter s'ils se rendent compte qu'un enfant a des idées suicidaires.*
- *que le ministre de l'Éducation et du Développement de la petite enfance veille à ce que le programme scolaire comprenne l'éducation sur la santé mentale et les ressources disponibles. L'éducation devrait également inclure une composante sur la façon dont les hommes composent différemment avec leurs difficultés mentales en raison des différences culturelles et des rôles selon le genre. »*

2.137 Enfant n° 2 – Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants daté du 13 avril 2023 contenait quatre recommandations sur six destinées à des ministères et des organismes externes. Le Comité d'examen des décès d'enfants recommande :

- *« que le ministère du Développement social rencontre les directeurs des nations autochtones du Nouveau-Brunswick pour créer une évaluation du modèle décisionnel structuré qui comprendrait la population autochtone et qui tiendrait compte des obstacles, des besoins, des traumatismes intergénérationnels, des forces et des facteurs de protection propres à la population.*

- *que le ministère du Développement social, dans les cas où un enfant qui reçoit des services décède alors qu'il est sous la garde de ses parents, et dans les cas où les parents auraient d'autres enfants sous leur garde, en plus de consulter la police pour savoir s'il y a un aspect criminel à première vue, vérifie ensuite auprès du coroner après l'autopsie qu'il n'y a pas de préoccupations concernant les enfants survivants.*
- *que le ministère du Développement social offre une séance d'information au Bureau du coroner en chef, et plus particulièrement à tous les coroners superviseurs régionaux, sur leurs services et sur la façon de communiquer avec eux s'il est nécessaire de faire un renvoi.*
- *que Santé publique réévalue sa série de livres Tendres soins qui est offerte aux nouveaux parents. En particulier la page 70 de leur livre dans lequel il est question d'endroits sécuritaires pour dormir. Le partage de lit ne devrait pas être inclus dans le livre à titre de pratique sécuritaire. Lorsque le partage de lit est mentionné, cela devrait s'accompagner d'un avertissement indiquant que cette pratique augmente le risque de syndrome de mort subite du nourrisson. Santé publique devrait consulter la déclaration publiée par le gouvernement du Canada. Le communiqué, publié le 13 mars 2023, s'intitule Message du ministre de la Santé à l'occasion de la deuxième Semaine annuelle du sommeil sécuritaire du Canada 2023. Santé publique devrait réévaluer son approche en matière de sommeil sécuritaire en fonction des renseignements présentés dans ce communiqué. Il faut discuter des questions de sommeil sécuritaire avec la mère enceinte et inclure activement celles-ci dans le plan d'intervention de toute mère qui accède à des services postnataux. »*

2.138 **Enfant n° 3** – Le rapport du Comité d'examen des décès d'enfants daté du 17 juin 2024 contenait quatre recommandations destinées à des ministères et des organismes externes. Le Comité d'examen des décès d'enfants recommande :

- *« que l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick modifie sa Directive professionnelle sur le traitement par agonistes opioïdes (TAO). Les doses à emporter chez soi devraient être fournies sous forme de comprimés Suboxone afin de les rendre moins attrayantes pour les jeunes enfants et les personnes vulnérables.*
- *que l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick indique dans sa Directive professionnelle sur le traitement par agonistes opioïdes (TAO) que l'on devrait remettre au patient une fiche de renseignements contenant de l'information sur le risque que ce médicament pose pour les enfants et les personnes vulnérables lorsque le patient subissant un*

traitement par agonistes opioïdes est approuvé aux fins de doses à emporter chez soi.

- *que le Collège des médecins et chirurgiens et l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick demandent aux pédiatres et aux fournisseurs de soins primaires de parler des dangers des médicaments d'ordonnance pour les nourrissons avec les personnes qui s'occupent d'eux, surtout lorsque les nourrissons commencent à se déplacer.*
- *que l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick et la Gendarmerie royale du Canada au Nouveau-Brunswick rappellent à leurs membres, de la manière qu'elles jugent appropriée, que les décès d'enfants devraient être considérés comme suspects. Et ce, surtout dans les cas où la cause du décès n'est pas évidente, p. ex. dans le cas d'un traumatisme causé par un accident de voiture par opposition à un décès dans un milieu résidentiel. »*

2.139 Le ministère ne fait pas le suivi des recommandations formulées par le CEDE pour s'assurer qu'elles sont fournies aux ministères et aux organismes et que les réponses sont reçues.

Recommandations

2.140 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de transmettre les recommandations formulées par le Comité d'examen des décès d'enfants aux ministères et agences concernées, par écrit et conformément aux délais fixés dans le mandat.

2.141 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de suivre les recommandations formulées par le Comité d'examen des décès d'enfants afin de garantir l'exhaustivité des rapports.

2.142 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de suivre les réponses aux recommandations et de demander des mises à jour, le cas échéant, afin de garantir l'obligation de rendre compte.

Rapports publics

Rapports publics incomplets et non produits en temps opportun

- 2.143** La *Loi sur les coroners* n'exige pas la production de rapports publics portant expressément sur les travaux du CEDE. Toutefois, selon le mandat du comité, les recommandations doivent être rendues publiques dans les 30 jours suivant la réception du rapport du CEDE par le coroner en chef.
- 2.144** Cependant, le ministère nous a informés que c'est au moyen du dépôt du rapport annuel du Bureau du coroner en chef (le rapport annuel) à l'Assemblée législative qu'il fait connaître les recommandations formulées par le CEDE.
- 2.145** Sur les 20 recommandations formulées au cours de la période visée par notre audit, seulement 2 ont été rendues publiques dans le rapport annuel de 2022, et ce, 521 jours après leur formulation par le comité. Nous avons également relevé une erreur dans le rapport annuel liée au fait qu'il était indiqué qu'un examen de décès d'enfant n'avait fait l'objet d'aucune recommandation, alors que le CEDE avait formulé une recommandation au Bureau du coroner en chef.
- 2.146** Le rapport annuel de 2023 n'a pas encore été publié. Au 30 juin 2024, les recommandations formulées par le CEDE étaient en attente de publication depuis 435 jours en moyenne, comme le résume le tableau suivant :

Ministère ou organisme	Nombre de recommandations en attente de publication	Nombre moyen de jours en suspens
Ministère de la Justice et de la Sécurité publique	1	444
Ministère d'Éducation et Développement de la petite enfance	3	712
Association des chefs de police du N.-B., GRC au N.-B.	1	13
Ordre des pharmaciens du N.-B.	2	13
Collège des médecins et chirurgiens du N.-B., Association des infirmières et infirmiers du N.-B.	1	13
Bureau du coroner en chef	6	572
Santé publique	1	444
Développement social	3	444
Total général et moyen	18	435

Recommandation

2.147 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique d’améliorer la transparence des travaux du Comité d’examen des décès d’enfants et, au minimum, rendre publiques les recommandations formulées par le Comité d’examen des décès d’enfants dans un délai de 30 jours, comme le prévoit le mandat.

Rapports au ministre et à l’Assemblée législative non conformes à la *Loi sur les coroners*

2.148 La *Loi sur les coroners* exige que les recommandations du CEDE soient transmises au ministre de la Sécurité publique dans les six mois suivant la réception par le coroner en chef d’un rapport qui doit ensuite être déposé à l’Assemblée législative dès que possible.

2.149 Seulement 2 des 20 recommandations formulées au cours de la période visée par notre audit avaient été fournies au ministre et déposées par la suite à l’Assemblée législative.

2.150 Les 2 recommandations incluses dans le rapport annuel de 2022 ont été déposées 521 jours après la date à laquelle le comité les avait formulées.

Recommandation

2.151 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les recommandations formulées dans les rapports du Comité d’examen des décès d’enfants soient communiquées au ministre de Sécurité publique dans les six mois suivant la réception d’un rapport par le coroner en chef et déposées à l’Assemblée législative dès que possible.

Conservation inadéquate des dossiers

2.152 Les employés du gouvernement du Nouveau-Brunswick (GNB) sont responsables de gérer l'information qu'ils créent ou reçoivent conformément à la Politique sur la gestion de l'information AD-7114 du GNB ainsi que de conserver et de classer les documents qui :

- soutiennent les activités opérationnelles
- démontrent qu'une transaction opérationnelle a eu lieu
- sont exigés par la loi
- protègent les droits des citoyens et du gouvernement
- fournissent des preuves de la conformité aux exigences redditionnelles ou à d'autres obligations opérationnelles
- présentent une valeur opérationnelle, financière, juridique, historique ou en matière de recherche pour le gouvernement ou les citoyens de la province

2.153 Les documents fournissent la preuve d'une activité opérationnelle, d'une décision ou d'une transaction liée aux fonctions et aux activités du gouvernement du Nouveau-Brunswick et doivent être gérés dans un système de gestion des documents qui permet de s'assurer qu'ils sont facilement accessibles à ceux qui en ont besoin.

2.154 La *Loi sur les archives* stipule que le terme « document » désigne « les correspondance, les notes, mémoires, formules et autres papiers et livres, les cartes et plans, les photographies, gravures et dessins, les films cinématographiques, microfilms et bandes magnétoscopiques, les enregistrements sonores, bandes magnétiques, cartes perforées et autres documents destinés à la lecture automatique, et toutes autres pièces documentaires, quelles qu'en soient leur forme ou leurs caractéristiques matérielles... qu'un ministère établit ou reçoit conformément à une loi de la Législature ou dans le cadre de la conduite des affaires publiques, qu'un ministère conserve ou qu'il convient qu'il conserve, qui contiennent des renseignements sur l'organisation, les fonctions, les méthodes, les politiques ou les activités d'un ministère ou d'autres renseignements ayant eu, ayant présentement ou pouvant avoir une valeur pour la province... »

2.155 Dans certains cas, le ministère n'a pas été en mesure de nous fournir les documents demandés. Cela comprend, par exemple :

- les dates auxquelles les rapports du CEDE ont été soumis au coroner en chef
- la correspondance sur les recommandations aux ministères et organismes
- les formulaires d'enquête
- les dossiers personnels des coroners et des membres du comité

Recommandation

2.156 Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique de veiller à ce que les Services des coroners gère les dossiers conformément à la politique et à la législation du gouvernement.

Annexe I : Recommandations et réponses

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.33	de veiller qu’une déclaration divulguant tout conflit d’intérêts réel ou potentiel est obtenue de la personne qualifiée avant qu’elle ne soit nommée par le coroner en chef en tant que membre du Comité d’examen des décès d’enfants.	D'accord JSP veillera à ce que le dossier de tous les membres actuels du Comité d’examen des décès d’enfants (CEDE) contienne une déclaration de divulgation des conflits d’intérêts dûment signée d’ici décembre 2024. De même, tous les nouveaux membres potentiels du CEDE devront fournir une déclaration de conflit d’intérêts réel ou potentiel avant d’être nommés.	décembre 2024
2.37	de veiller à ce que des mécanismes soient en place pour évaluer et de divulguer les conflits d’intérêts potentiels pour chaque examen entamé par le Comité d’examen des décès d’enfants.	D'accord JSP veillera à ce que des mécanismes soient mis en place pour évaluer et divulguer les conflits d’intérêts potentiels pour chaque examen entamé par le CEDE.	décembre 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.41	de veiller à ce que le Comité d’examen des décès d’enfants nomme un membre du Comité à la vice-présidence afin qu’une vacance au sein du Comité d’examen des décès d’enfants n’entrave pas la capacité d’action du Comité.	D'accord JSP nommera une personne à la vice-présidence avant la fin de l’année civile 2024. De plus, les rôles et responsabilités des membres du CEDE seront précisés conformément à la recommandation 2.91.	décembre 2024
2.49	de suivre les dossiers d’investigation sur les décès en suspens et veiller à ce qu’ils soient traités dans les délais impartis, conformément aux accords de niveaux de service.	D'accord JSP a mis en place un accord sur les niveaux de service établissant une norme de 30 jours pour l’achèvement des investigations sur les décès. Cette norme est utilisée comme indicateur clé de performance pour le Ministère.	complété
2.58	d’élaborer des normes de niveau de service pour les services de pathologie, en précisant les rôles et les responsabilités, ainsi que les délais d’exécution prévus pour les rapports complétés.	D'accord JSP a déjà entamé les travaux dans ce domaine. Le plan de travail de la Direction des services des coroners pour 2024-2025 comprend l’élaboration de normes de niveau de service pour les services de pathologie. Le travail devrait être terminé d’ici le quatrième trimestre de 2024-2025.	31 mars 2025

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.59	de veiller à ce que les autopsies médico-légales de type 2 soient réalisées par des pathologistes judiciaires agréés, conformément au manuel de formation. Si cela n’est plus jugé pratique et/ou nécessaire, le manuel de formation doit être mis à jour en conséquence.	D'accord Le Ministère a adapté son processus en octobre 2024 pour s’assurer que toutes les autopsies de type 2 soient réalisées par des pathologistes judiciaires agréés.	complété
2.64	de veiller à ce que les politiques et le matériel de formation relatifs aux investigations sur les décès des coroners soient revus et mis à jour afin d’en garantir la clarté et l’application cohérente.	D'accord JSP commencera immédiatement à mettre à jour ses politiques et son matériel de formation. Il s’agira d’un élément clé du plan de travail des Services des coroners pour l’exercice financier 2025-2026.	30 septembre 2025
2.70	de veiller à ce que les dossiers d’enquête contiennent tous les documents requis.	D'accord JSP conserve actuellement toute la documentation requise pour les dossiers d’enquête. Cependant, certains sont en format électronique et d’autres sur papier. Nous convenons qu’il	décembre 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
		manquait un document dans l’un des dossiers examinés. Les normes d’entreposage et de dépôt seront examinées et améliorées afin de garantir l’accessibilité et l’organisation des renseignements. JSP recrute activement un soutien administratif supplémentaire pour appuyer la gestion des dossiers des Services des coroners.	
2.73	de veiller à ce que les raisons justifiant la tenue ou non d’une enquête soient documentées.	D'accord JSP assure actuellement le suivi et la documentation des raisons de mener ou non une enquête. Ces renseignements se trouvent dans les rapports d’enquête, la déclaration du coroner et les documents de suivi des enquêtes.	complété
2.78	d’établir des délais entre le moment où une enquête a été ordonnée et le moment où l’enquête a lieu.	D'accord JSP adoptera des délais standard basés sur l’analyse du processus et des systèmes comparables dans d’autres provinces et territoires. Cet examen commencera immédiatement et les normes devraient être en place d’ici la fin de l’exercice financier 2024-2025.	31 mars 2025

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.82	de veiller à ce que le coroner en chef rende compte chaque mois de tous les décès d’enfants au Comité d’examen des décès d’enfants, comme l’exige la <i>Loi sur les coroners</i> .	D'accord À la date de la présente réponse, JSP a mis en œuvre un processus révisé dans le cadre duquel le coroner en chef rend compte chaque mois de tous les décès d’enfants au CEDE, comme l’exige les dispositions législatives.	complété novembre 2024
2.83	de veiller à ce que le coroner en chef donne son accord écrit au Comité d’examen des décès d’enfants pour qu’il procède à un examen, comme l’exige la <i>Loi sur les coroners</i> .	D'accord À la date de cette réponse, JSP a mis en œuvre un processus révisé dans le cadre duquel le coroner en chef donne son accord écrit au CEDE pour qu’il procède à un examen, comme l’exige les dispositions législatives.	complété novembre 2024
2.87	de veiller à ce que le Comité d’examen des décès d’enfants prépare un rapport pour chaque décès d’enfants examiné comme l’exige la législation.	D'accord JSP mettra immédiatement en œuvre un système garantissant que le CEDE prépare un rapport pour tous les décès d’enfants examinés, comme l’exige les dispositions législatives.	décembre 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.91	de veiller à ce que les rôles et responsabilités des membres du Comité d’examen des décès d’enfants soient documentés.	D'accord JSP commencera immédiatement à examiner et à améliorer le mandat, les rôles et les responsabilités du CEDE et ce travail devrait être terminé d'ici à la fin de l'exercice financier 2024-2025.	31 mars 2025
2.92	d’élaborer des procédures détaillées d’examen des décès d’enfants.	D'accord JSP examinera et mettra à jour les procédures existantes. Ce travail débute immédiatement et devrait être terminé d'ici à la fin de l'exercice financier 2024-2025.	31 mars 2025
2.101	de veiller à ce que le Comité d’examen des décès d’enfants se réunisse aussi souvent que nécessaire pour respecter son mandat et les exigences de la loi.	D'accord JSP reconnaît les divergences entre la <i>Loi sur les coroners</i> et le mandat du Comité et par conséquent, il adaptera immédiatement les délais du mandat afin de respecter les exigences de la <i>Loi</i> .	décembre 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.106	de veiller à ce que tous les coroners fassent l’objet d’une vérification du casier judiciaire et à ce que cette vérification soit conservée dans les dossiers du personnel.	D'accord Tous les dossiers du personnel seront examinés et mis à jour d’ici la fin de l’année civile afin de s’assurer que les vérifications du casier judiciaire sont valides.	décembre 2024
2.107	de veiller à ce qu’une documentation adéquate sur les qualifications des coroners soient obtenue et conservée dans tous les dossiers du personnel.	D'accord JSP s’efforce d’améliorer les stratégies de gestion des dossiers pour les services des coroners et recrute activement un soutien administratif supplémentaire pour soutenir la gestion des dossiers. Dans l’intervalle, toute la documentation relative aux qualifications existantes des coroners sera conservée à un emplacement cohérent d’ici à la fin de l’année civile.	décembre 2024
2.109	de documenter les exigences de formation obligatoire dans la politique pour tous les coroners.	D'accord JSP documentera les exigences en matière de formation obligatoire dans les politiques et les procédures dans le cadre d’un examen global.	31 mars 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.113	de veiller à ce que les coroners suivent toute la formation requise avant d’entreprendre leur première investigation sur un décès.	D'accord JSP établira et documentera des exigences de formation détaillées pour les coroners et les ajoutera aux politiques et procédures.	31 mars 2024
2.115	d’établir des exigences claires en matière d’observation au poste de travail, en précisant la durée et les compétences requises, pour garantir un apprentissage structuré et efficace des compétences nécessaires.	D'accord Conformément à ce qui est indiqué ci-dessus, JSP établira des lignes directrices et les ajoutera aux politiques et procédures.	31 mars 2024
2.122	d’élaborer des orientations pour le processus d’examen par les pairs afin de garantir une application cohérente et l’indépendance.	D'accord JSP commencera à élaborer des orientations pour le processus d’examen par les pairs en 2024 et les intégrera dans les politiques et procédures.	31 mars 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.140	de transmettre les recommandations formulées par le Comité d’examen des décès d’enfants aux ministères et agences concernées, par écrit et conformément aux délais fixés dans le mandat.	D'accord JSP veillera à ce que toutes les recommandations du CEDE soient communiquées par écrit aux ministères et agences concernées dans un délai qui sera fixé après examen des politiques et procédures du CEDE.	31 mars 2024
2.141	de suivre les recommandations formulées par le Comité d’examen des décès d’enfants afin de garantir l’exhaustivité des rapports.	D'accord JSP examinera immédiatement les pratiques et les adaptera si nécessaire afin de garantir une documentation et un suivi efficaces des recommandations du CEDE.	décembre 2024
2.142	de suivre les réponses aux recommandations et de demander des mises à jour, le cas échéant, afin de garantir l’obligation de rendre compte.	D'accord Bien que le Ministère reconnaisse en principe qu’il serait souhaitable de disposer de mises à jour sur la mise en œuvre des recommandations de la CEDE, il ne dispose pas de l’autorité législative nécessaire pour obliger les autres ministères à agir.	S. O.

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.147	d'améliorer la transparence des travaux du Comité d'examen des décès d'enfants et, au minimum, rendre publiques les recommandations formulées par le Comité d'examen des décès d'enfants dans un délai de 30 jours, comme le prévoit le mandat.	D'accord JSP note que le mandat du CEDE précise actuellement un délai différent de celui de la <i>Loi sur les coroners</i> pour les rapports publics. Le Ministère mettra à jour le mandat et d'autres politiques et procédures afin de s'aligner sur la loi et veillera à ce que les recommandations du CEDE soient rendues publiques.	31 mars 2024
2.151	de veiller à ce que les recommandations formulées dans les rapports du Comité d'examen des décès d'enfants soient communiquées au ministre de Sécurité publique dans les six mois suivant la réception d'un rapport par le coroner en chef et déposées à l'Assemblée législative dès que possible.	D'accord JSP prendra immédiatement des mesures pour s'assurer que les rapports du CEDE sont transmis au ministre de la Sécurité publique dans les six mois, comme le prévoit la <i>Loi sur les coroners</i> .	décembre 2024

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Justice et de la Sécurité publique :			
2.156	de veiller à ce que les Services des coroners gère les dossiers conformément à la politique et à la législation du gouvernement.	<p>D'accord</p> <p>La Direction des services des coroners est en train d’améliorer les processus de gestion des dossiers afin de garantir un format et un emplacement cohérents pour les dossiers. Le recrutement d’une personne supplémentaire chargée du soutien administratif est en cours, et la formation du personnel des Services des coroners sur la gestion des dossiers est prévue pour mars 2025.</p>	31 mars 2025

Annexe II : Objectif et critères de l’audit

L’objectif et les critères de notre audit du ministère de la Justice et de la Sécurité publique sont présentés ci-dessous. Le ministère de la Justice et de la Sécurité publique et sa haute direction ont examiné et approuvé l’objectif et les critères connexes.

Objectif	Le ministère de la Justice et de la Sécurité publique a mis en place des systèmes et des pratiques pour assurer l’exécution efficace des investigations, des enquêtes et des examens sur les décès d’enfants.
Critère 1	Le Comité d’examen des décès d’enfants est établi conformément à la loi.
Critère 2	Les investigations, les enquêtes et les examens sur les décès d’enfants sont effectués en temps opportun et selon des procédures clairement définies, et s’accompagnent d’une documentation adéquate à l’appui de la justification des décisions prises.
Critère 3	Les coroners possèdent les compétences requises et ont reçu une formation appropriée.
Critère 4	Les tendances et les facteurs de risque concernant les décès d’enfants sont cernés et surveillés pour comprendre comment et pourquoi des enfants décèdent.
Critère 5	Le Comité d’examen des décès d’enfants formule des recommandations en temps opportun et surveille l’incidence de celles-ci afin d’améliorer la sécurité des enfants et de prévenir les décès d’enfants.
Critère 6	Des mécanismes adéquats de production de rapports sont en place pour assurer la transparence des travaux du Comité d’examen des décès d’enfants.

Annexe III : Rapport d’assurance indépendant

Ce rapport d’assurance indépendant a été préparé par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick (VGNB) sur le ministère de la Justice et de la Sécurité publique et les examens des décès d’enfants qu’il réalise. La responsabilité du VGNB consistait à fournir des renseignements objectifs, des conseils et une assurance pour aider l’Assemblée législative à examiner le ministère de la Justice et de la Sécurité publique en ce qui concerne l’examen des décès d’enfants.

Tous les travaux effectués dans le cadre du présent audit ont été réalisés à un niveau d’assurance raisonnable conformément à la Norme canadienne de missions de certification (NCCM) 3001 – Missions d’appréciation directe de Comptables professionnels agréés (CPA) Canada, qui est présentée dans le Manuel de CPA Canada – Certification.

Le VGNB applique la Norme canadienne de gestion de qualité 1, Gestion de la qualité par les cabinets qui réalisent des audits ou des examens d’états financiers, ou d’autres missions de certification ou de services connexes. Cette norme exige que notre bureau conçoive, mette en place et fasse fonctionner un système de gestion de la qualité qui comprend des politiques ou des procédures en ce qui concerne la conformité aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables.

Lors de la réalisation de nos travaux d’audit, nous nous sommes conformés aux règles sur l’indépendance et aux règles du Code de déontologie des Comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du Code de conduite professionnelle du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Ces deux codes reposent sur les principes fondamentaux d’intégrité, d’objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de conduite professionnelle.

Conformément à notre processus normal d’audit, nous avons obtenu ce qui suit de la direction :

- la confirmation de sa responsabilité à l’égard de l’objet considéré de l’audit
- la confirmation que les critères étaient valables pour la mission
- la confirmation qu’elle nous a fourni tous les renseignements dont elle avait connaissance et qui lui ont été demandés ou qui pourraient avoir une incidence sur les constatations ou les conclusions
- la confirmation que les constatations figurant dans le présent rapport étaient fondées sur des faits

Période visée par l’audit

L’audit a porté sur la période allant du 1^{er} avril 2022 au 30 juin 2024. La conclusion vise cette période. Toutefois, afin d’approfondir notre compréhension de l’objet de l’audit, nous avons aussi examiné certaines questions antérieures à la période de notre audit, au besoin.

Date du rapport

Nous avons obtenu des éléments probants appropriés en quantité suffisante sur lesquels repose notre conclusion le 27 novembre 2024, à Fredericton (Nouveau-Brunswick).



Accès aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale

Ministère de la Santé

Table des matières

Faits saillants du chapitre 3.....	54
À propos de l'audit.....	56
Contexte	58
La mesure des performances doit être améliorée	60
Non-respect de la <i>Loi sur les services à la santé mentale</i>	69
La budgétisation et la planification de le traitement des dépendances et de la santé mentale ne sont pas fondées sur les besoins.....	70
Des rapports publics inadéquats.....	71
Annexe I : Recommandations et réponses.....	73
Annexe II : Objectif et critères d'audit.....	78
Annexe III : Rapport d'assurance indépendant	79



2024 volume II

Faits saillants

du chapitre 3

Les temps d'attente dépassent les objectifs fixés

Comité consultative sur les services à la santé mentale inactif

Les budgets ne sont pas basés sur les besoins réels

Conclusions générales

Notre travail d'audit a permis de conclure que le ministère de la Santé ne dispose pas de mécanismes permettant de garantir l'accès en temps voulu aux services de traitement des dépendances et de santé mentale et d'établir des rapports adéquats à ce sujet. Dans l'ensemble, nous avons constaté que le ministère de la Santé n'a pas :

- garantir un accès rapide aux services de traitement des dépendances et de santé mentale
- surveillé la nécessité ou l'affectation planifiée des ressources en fonction de la demande de services de traitement des dépendances et de santé mentale
- veillé à ce que des rapports publics adéquats soient établis sur l'accès aux services de traitement des dépendances et de santé mentale, y compris sur les temps d'attente

Aperçu des résultats

Accès aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale

L'accès aux services de traitements des dépendances et de santé mentale n'est pas en temps voulu



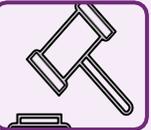
Constatations



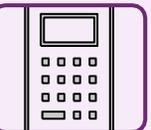
Le ministère de la Santé **ne dispose pas de** mesures de performance concernant les temps d'attente entre la référence et l'évaluation.



Les temps d'attente pour un traitement **dépassent** les limites fixées par le ministère de la Santé.



Non-respect de la *Loi sur les services à la santé mentale*



Le budget pour les services de traitement des dépendances et de santé mentale **n'est pas basé sur les besoins**



Rapports publics **incomplets** sur les temps d'attente pour l'accès aux soins

À propos de l'audit

Introduction à l'audit

- 3.1** La direction des services de traitement des dépendances et de la santé mentale du ministère de la Santé, en collaboration avec les régies régionales de la Santé, travaille en étroite collaboration avec d'autres ministères, des organismes communautaires et des personnes ayant une expérience vécue afin de fournir des services de traitement des dépendances et de santé mentale aux Néo-Brunswickois.
- 3.2** *La Loi sur les services à la santé mentale* régit la conduite et la coordination des services de santé mentale au Nouveau-Brunswick. Le ministre de la Santé est chargé de soutenir les services de santé mentale, conformément à cette loi. Le ministre responsable des services de traitement des dépendances et de la santé mentale supervise la Direction des services de traitement des dépendances et de la santé mentale.

Pourquoi avons-nous choisi ce sujet?

- 3.3** L'accès en temps opportuns aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale est essentiel pour améliorer les résultats en matière de santé des Néo-Brunswickois.
- 3.4** Plus d'un Néo-Brunswickois sur cinq souffre d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues au cours de sa vie, et près d'un Néo-Brunswickois sur dix utilise des services de santé pour un trouble de l'humeur ou de l'anxiété chaque année.

Entité Auditée

- 3.5** L'entité auditée est le ministère de la Santé.

Étendue de l'audit

- 3.6** Nous avons examiné la planification, le financement, le suivi et les rapports des services provinciaux de traitement des dépendances et de la santé mentale afin d'évaluer l'accès à ces services.
- 3.7** L'audit a porté sur la période allant du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2024. Les informations en dehors de cette période ont été collectées et examinées si cela s'avérait nécessaire. Dans le cadre de nos travaux, nous avons examiné la politique, la législation, les lignes directrices et les données pertinentes sur les services de traitement des dépendances et de la santé mentale. Nous avons interviewé le personnel du ministère.
- 3.8** L'annexe II et l'annexe III fournissent de plus de renseignements sur l'objectif, les critères, l'étendue et l'approche de l'audit.

Objectif de l'audit

- 3.9** L'objectif de notre audit était de déterminer si le ministère de la Santé dispose de mécanismes permettant d'assurer un accès en temps opportun aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale, ainsi que l'établissement de rapports adéquats sur ces services.

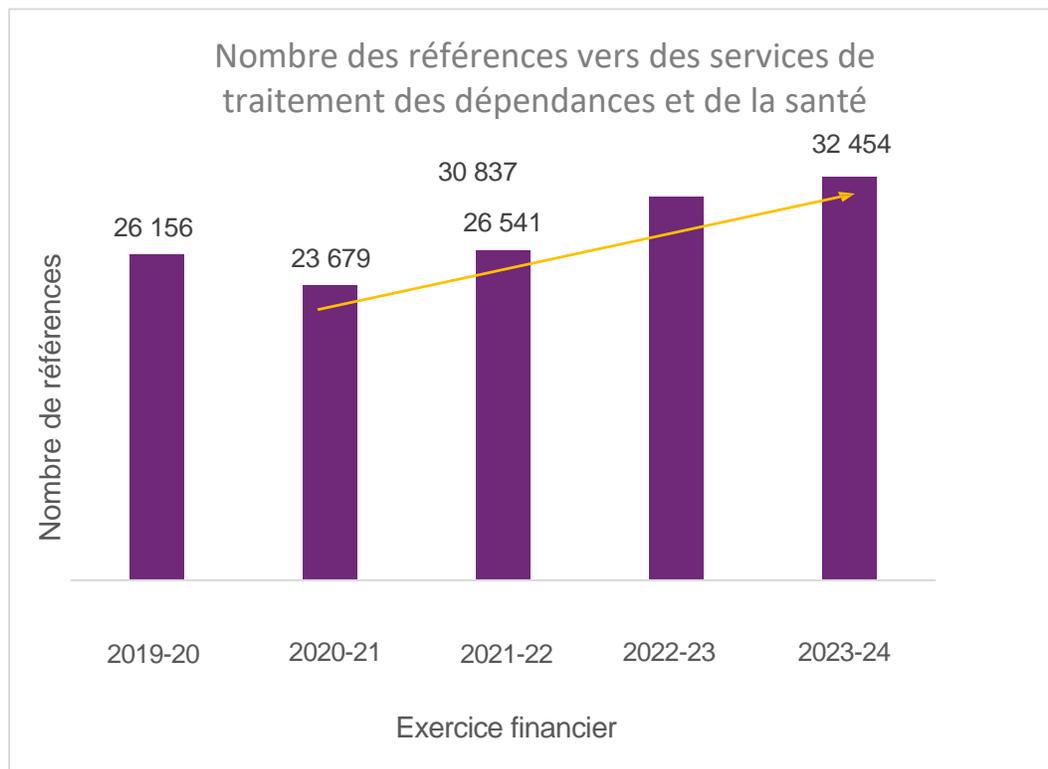
Conclusion

- 3.10** Nos travaux d'audit ont permis de conclure que le ministère de la Santé ne dispose pas de mécanismes permettant d'assurer un accès opportun aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale et d'établir des rapports adéquats à ce sujet. Dans l'ensemble, nous avons constaté que le ministère de la Santé n'a pas :
- garantir un accès opportun aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale
 - contrôlé la nécessité ou l'affectation planifiée des ressources en fonction de la demande de services de traitement des dépendances et de la santé mentale
 - a veillé à ce que les rapports publics sur l'accès aux de traitement des dépendances et de la santé mentale, y compris les temps d'attente, soient adéquats

Contexte

- 3.11** Le ministère de la Santé (le ministère) est responsable de la planification, du financement et du suivi des services provinciaux de traitement des dépendances et de la santé mentale (STDSM). La direction des services de traitement des dépendances et de la santé mentale supervise la prestation des STDSM dans les deux régions régionales de santé (RRS) et dans les sept zones de santé.
- 3.12** La prestation de le STDSM est régie par la *Loi sur les services à la santé mentale*, ainsi que par un ensemble de directives opérationnelles provinciales, qui donnent des orientations aux gestionnaires, aux prestataires de services et aux autres personnes impliquées dans les soins et le soutien aux personnes ayant une expérience vécue du traitement des dépendances et/ou des problèmes de santé mentale, ainsi qu'à leurs familles. Ces directives sont censées promouvoir l'efficacité et représentent un effort de collaboration entre les RRS et le ministère.
- 3.13** La *Loi sur les régions régionales de la santé* régit la prestation et l'administration des services de santé. En vertu de cette loi, le ministre est responsable de l'orientation stratégique, du plan provincial de santé et du cadre de responsabilité pour le système provincial de soins de santé.
- 3.14** Le Plan interministériel visant les dépendances et la santé mentale du ministère indique que « *Les délais d'attente pour les nouvelles demandes hautement prioritaires pour des services de santé mentale et traitement des dépendances ont augmenté, et moins de 50 % de ces cas ont reçu un traitement selon les cibles nationales. Cette situation, associée au fait que l'on estime que 51 % des Néo-Brunswickois sont susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale à la suite de la pandémie sans précédent de COVID-19, donne à penser que le besoin de soutiens et de services continuera d'augmenter.* »

3.15 Au Nouveau-Brunswick, au cours des cinq dernières années, plus de 20 000 personnes ont été référencé vers le STDSM chaque année et ce nombre a augmenté régulièrement. Le graphique ci-dessous montre une augmentation de 37 % depuis le début de la pandémie de COVID-19. En 2022-2023 et 2023-2024, il y a eu plus de 30 000 références chaque année.



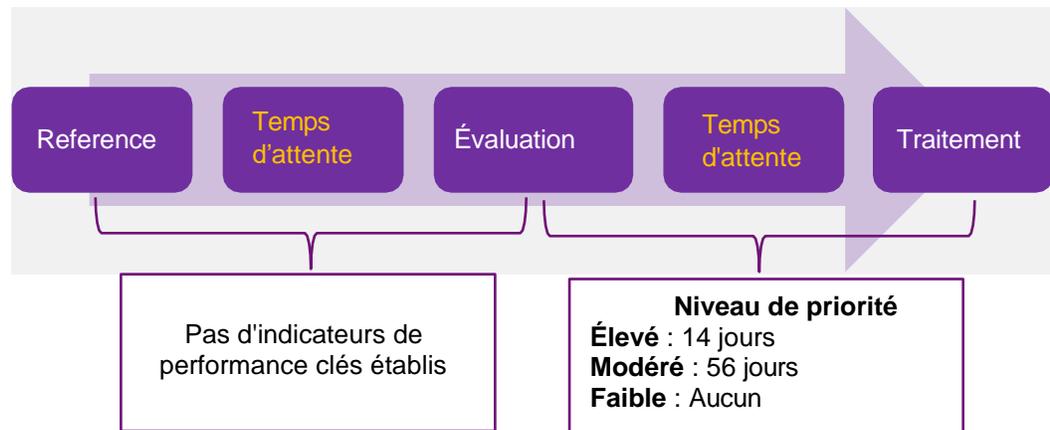
Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

3.16 Au 12 avril 2024, 5 019 références étaient en attente de services de traitement des dépendances et de la santé mentale.

La mesure des performances doit être améliorée

Pas d'indicateurs clés de performance depuis la référence vers l'évaluation

- 3.17** L'accès à la majorité des services de traitement des dépendances et de la santé mentale pour adultes, enfants et adolescents du ministère se fait en trois étapes : la référence, l'évaluation et le traitement. La référence est la demande initiale de service, et l'évaluation consiste en un rendez-vous avec le client au cours duquel un clinicien remplit un outil d'évaluation standardisé pour aider à déterminer si un service est nécessaire et le niveau de priorité de l'individu. Le traitement est mis en place lorsqu'un dossier est ouvert dans le cadre des services continus d'intensité plus élevée en STDSM.
- 3.18** La *Loi sur les régies régionales de la santé* stipule que le ministère est responsable de l'orientation de l'établissement des mesures de performance.
- 3.19** Le tableau suivant décrit les étapes du processus des services de traitement des dépendances et de la santé mentale et comprend des indicateurs clés de performance (ICP) :



- 3.20** Aucun ICP n'a été établi pour le temps d'attente prévu entre la référence et l'évaluation. Cependant, le ministère a établi des ICP pour le temps d'attente prévu entre l'évaluation et le traitement, qui comprend :
- priorité élevée : 14 jours au maximum
 - priorité modérée : 56 jours au maximum

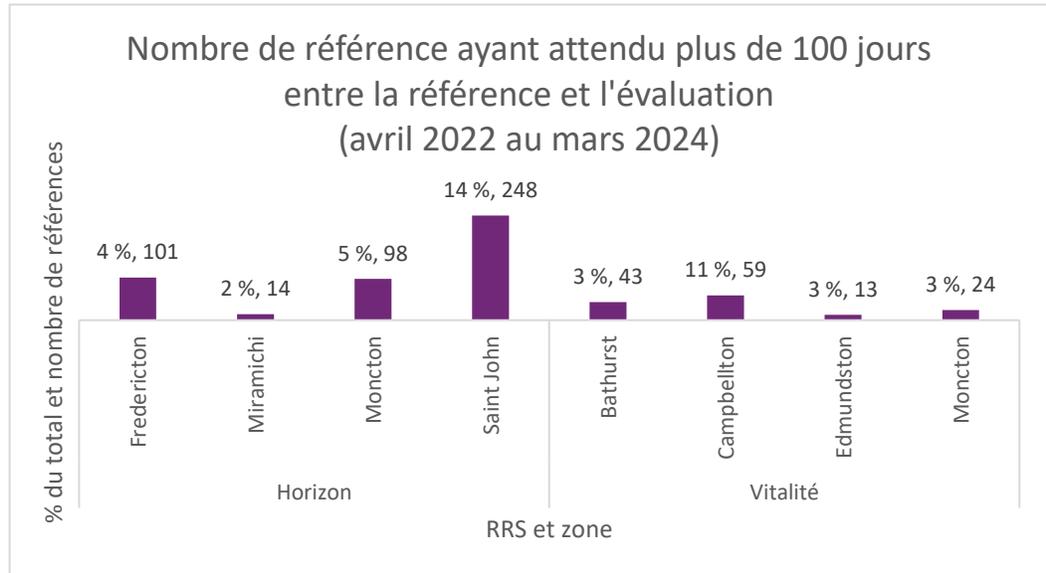
3.21 Le ministère a défini des niveaux de priorité pour les personnes en attente d'un traitement :

- élevé : instable et susceptible de se détériorer rapidement
- modéré : fait preuve d'une certaine capacité d'adaptation grâce à des facteurs de protection
- faible : les clients ne répondent pas aux critères de prestation de services et sont orientés ailleurs (pas de temps d'attente prévu entre l'évaluation et le traitement)

3.22 Bien que le ministère ne dispose pas d'un indicateur de performance clé pour les temps d'attente entre la référence et l'évaluation, nous avons examiné les données des deux dernières années et constaté que :

- les temps d'attente varient selon les zones de santé
- 600 ont attendu plus de 100 jours pour être évalués
- parmi eux, 22 ont attendu entre 366 et 529 jours

3.23 Le graphique suivant montre le pourcentage et le nombre réel de référence qui ont attendu plus de 100 jours pour une évaluation, par RRS et zone de santé



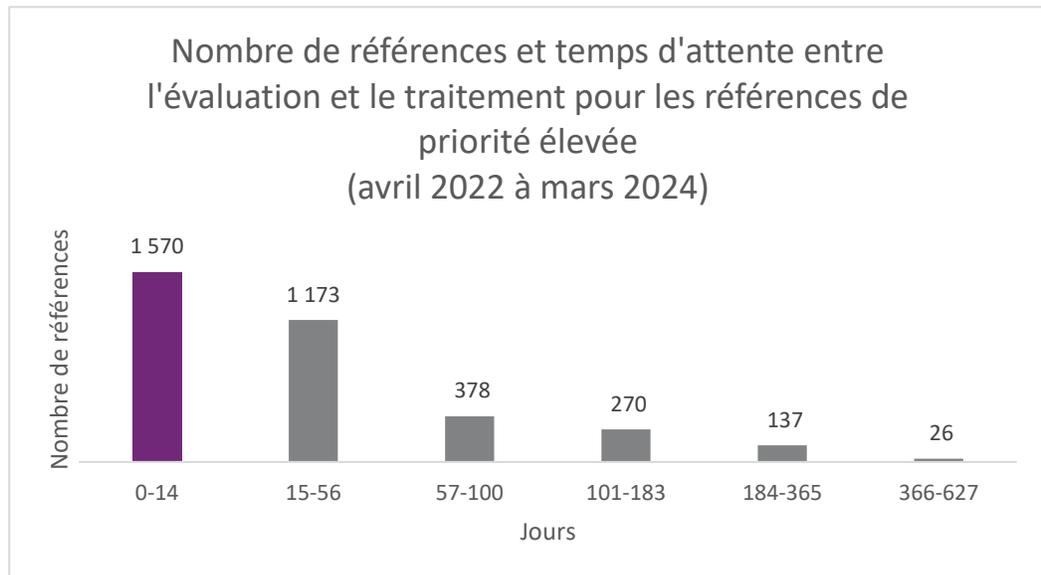
Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

Recommandation

3.24 Nous recommandons au ministère de la Santé d'établir des indicateurs clés de performance mesurables concernant le temps d'attente entre la référence et l'évaluation.

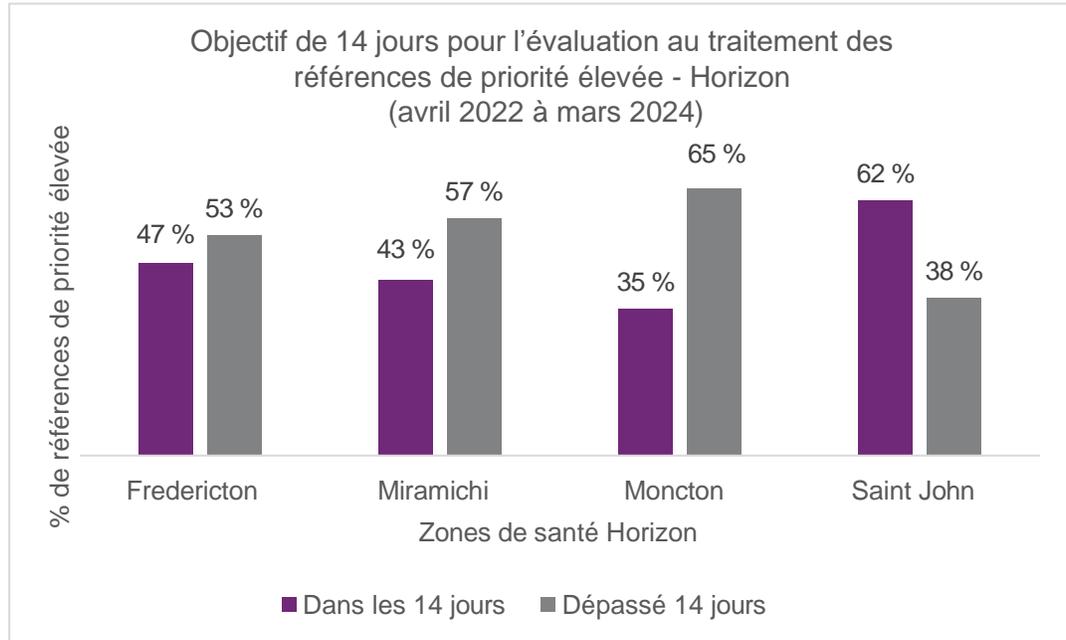
Les temps d'attente dépassent les mesures de performance établies par le ministère

3.25 L'indicateur clé de performance du ministère concernant le temps d'attente prévu entre l'évaluation et le traitement pour les cas définis comme une priorité élevée est de 14 jours. Notre analyse a montré qu'entre 2022 et 2024, cet indicateur n'a été respecté que dans 44 % des cas. 433 personnes ont attendu plus de 100 jours, et une personne a attendu 627 jours. Le graphique ci-dessous détaille le nombre de références et les temps d'attente entre l'évaluation et le traitement.

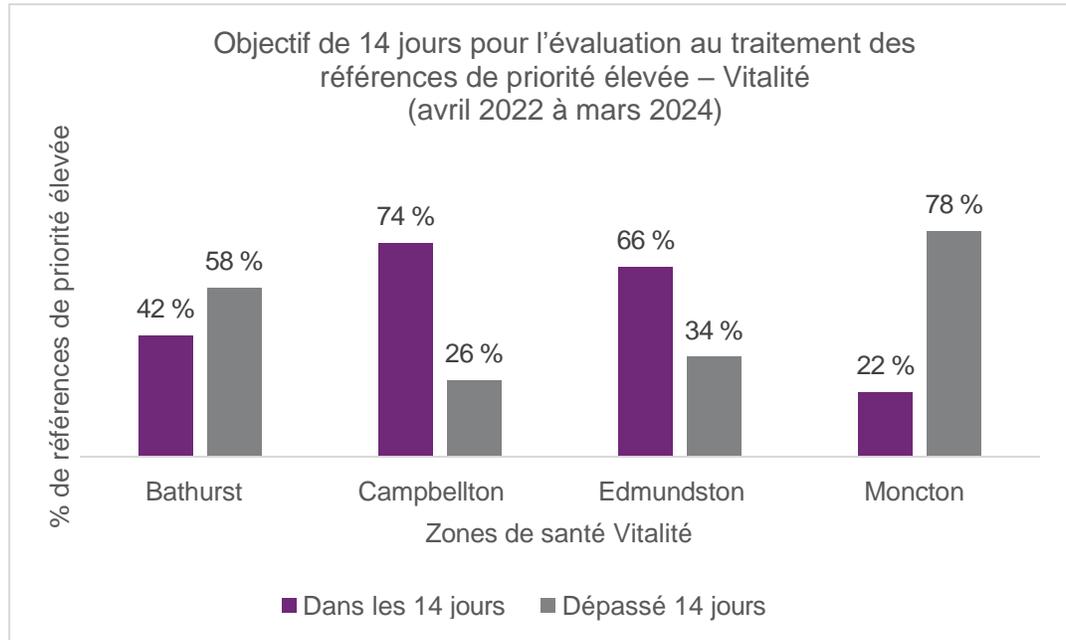


Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

3.26 Les graphiques suivants montrent le pourcentage de références qui ont respecté le temps d'attente hautement prioritaire par zone de santé au sein de chaque RRS :

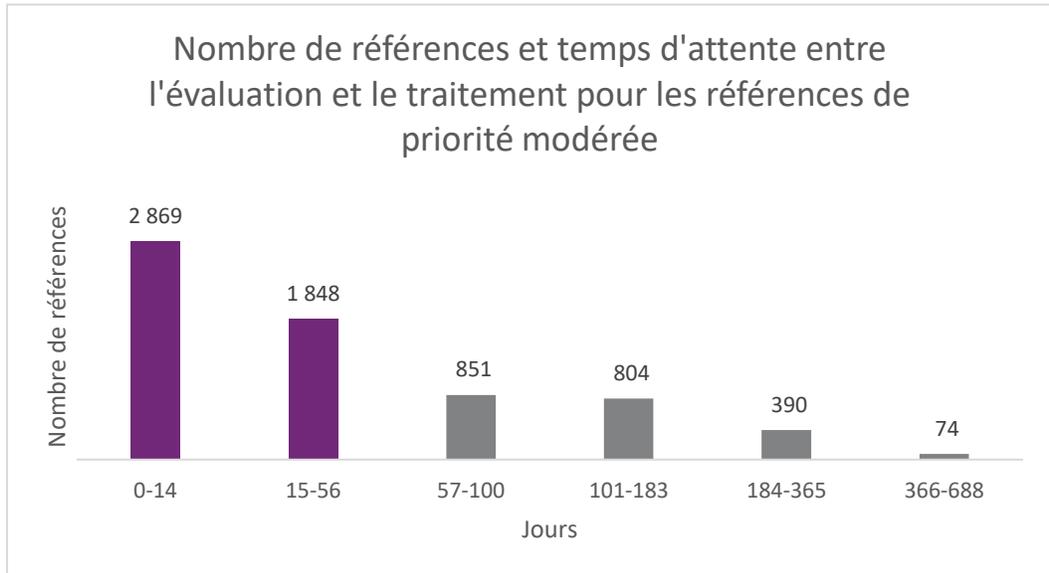


Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées).



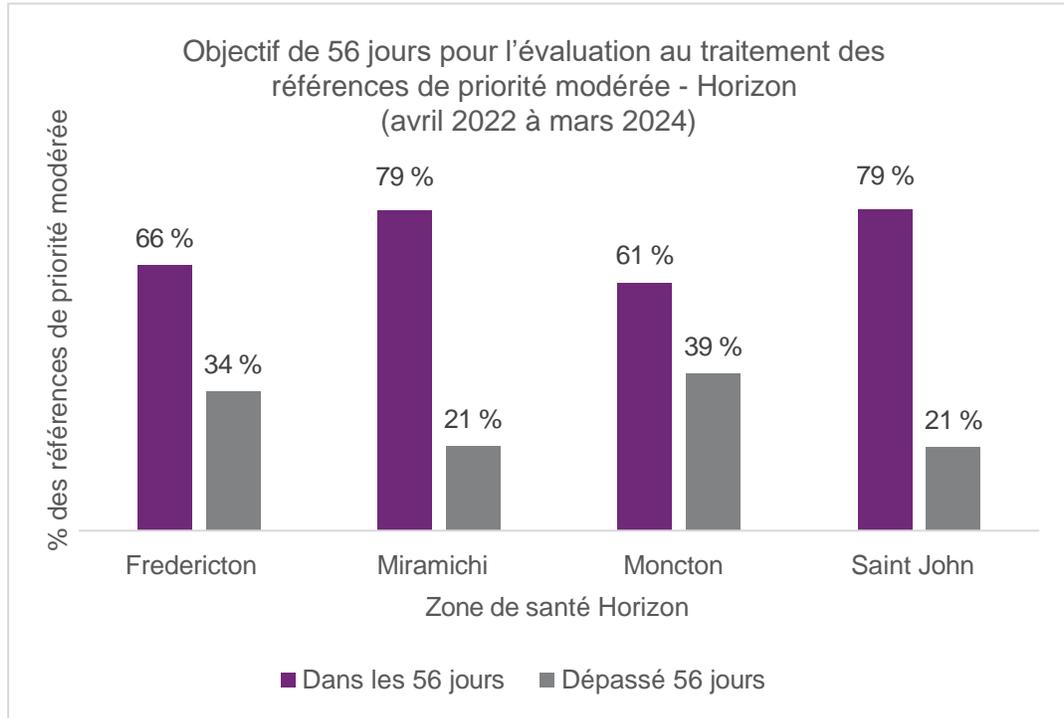
Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

3.27 L'indicateur clé de performance du ministère pour le temps d'attente prévu entre l'évaluation et le traitement pour les références qui ont été définis comme une priorité modérée est de 56 jours. Notre analyse a montré qu'entre 2022 et 2024, l'ICP a été respecté dans 69 % des cas, mais 74 références ont attendu entre 366 et 688 jours. Le graphique ci-dessous détaille le nombre de références et les temps d'attente entre l'évaluation et le traitement :

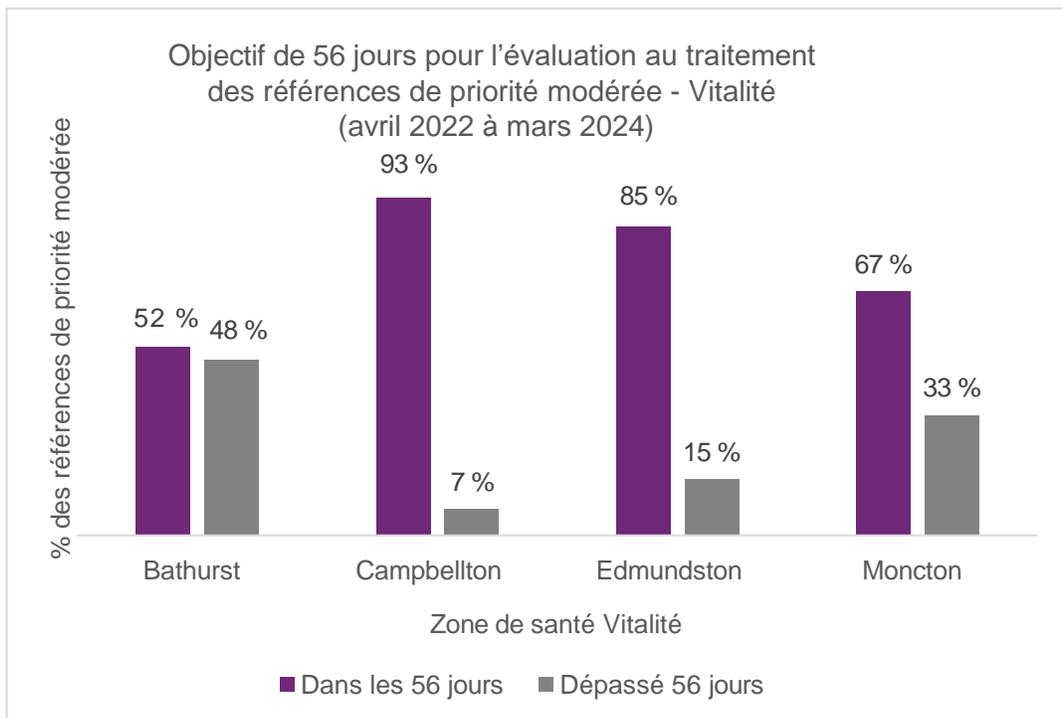


Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

3.28 Les graphiques suivants montrent le pourcentage de références qui ont respecté le temps d'attente de priorité modérée par zone de santé au sein de chaque RRS :

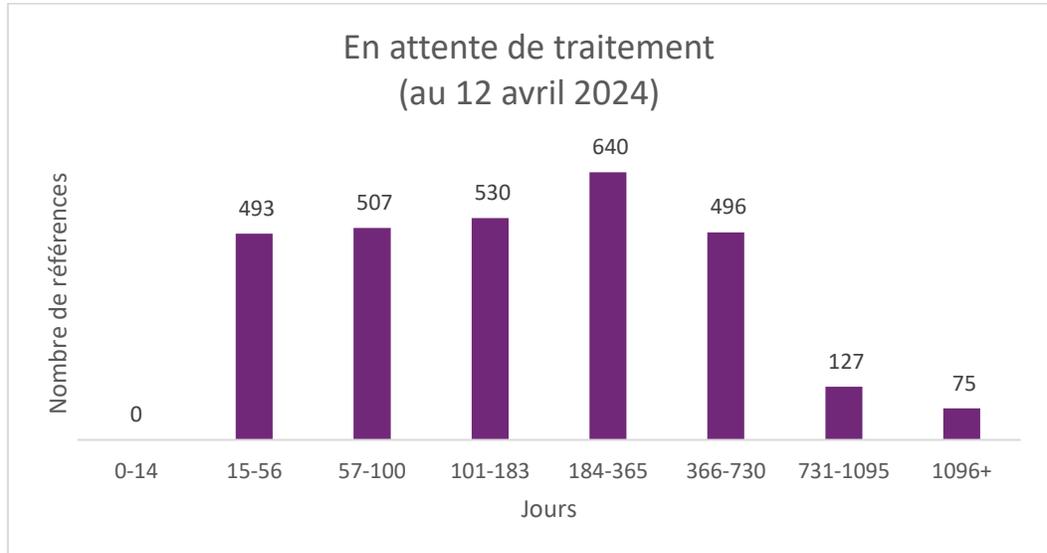


Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées).



Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

3.29 En avril 2024, 2 868 évaluations étaient en attente de traitement. Le graphique ci-dessous montre la répartition de ces temps d'attente, dont 698 (24 %) personnes qui attendent depuis plus d'un an. Parmi elles, 75 personnes attendent depuis plus de trois ans.



Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées).

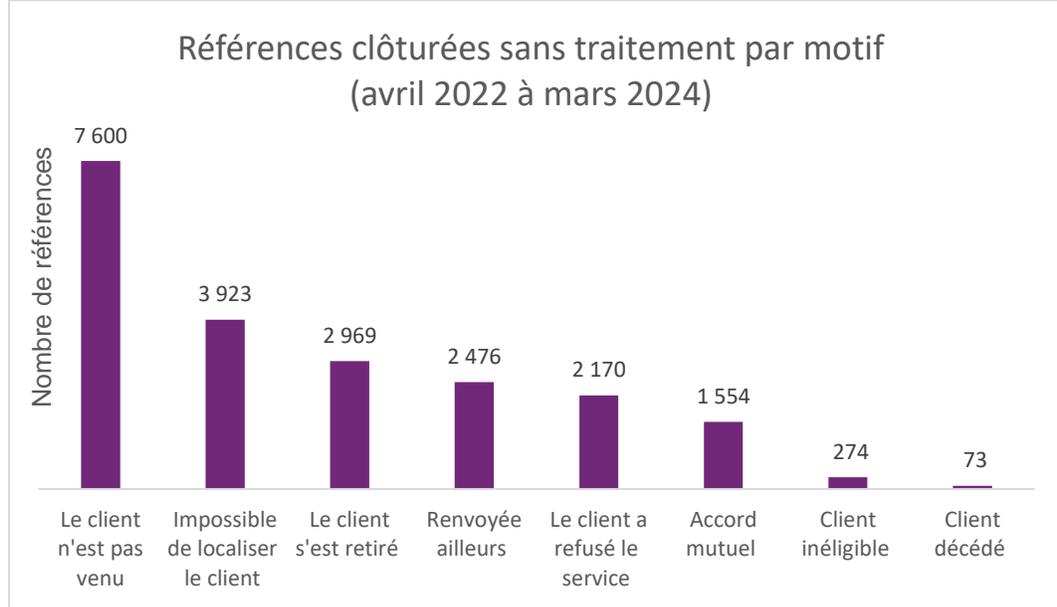
3.30 Bien que nous ayons été en mesure d'analyser les temps d'attente à partir des propres données du ministère, ils ne surveillent pas régulièrement ces informations pour comprendre où se situent les temps d'attente excessifs. Une telle analyse aiderait le ministère à comprendre où se situent les lacunes et faciliterait une intervention en temps opportun.

Recommandation

3.31 Nous recommandons au ministère de la Santé de surveiller les temps d'attente dans les services de traitement des dépendances et de la santé mentale afin d'identifier et de traiter les risques qui pèsent sur la prestation de services en temps opportun.

Absence d'analyse des cas clôturés sans traitement

3.32 Entre avril 2022 et mars 2024, le STDSM a reçu un total de 63 291 références. Parmi celles-ci, 21 039 (33 %) ont été clôturées sans traitement. Le graphique suivant détaille le nombre de références clôturées par motif :



Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées)

3.33 Nous avons examiné les trois motifs les plus courants de clôture des dossiers et constaté que les dossiers de priorité élevée attendaient en moyenne 124 jours, mais qu'ils étaient clôturés sans traitement. Cela représente 69 % (14 492) des dossiers fermés sans traitement, comme le montre le tableau ci-dessous.

Motif de l'état de la référence	% De références clôturées sans traitement	Temps d'attente moyen	# Priorité élevée	Temps d'attente moyen priorité élevée
Le client ne s'est pas présenté	36 %	42 jours	248	124 jours
Impossible de localiser le client	19 %	50 jours	152	120 jours
Le client s'est retiré	14 %	68 jours	196	129 jours

Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées)

Recommandation

3.34 Nous recommandons au ministère de la Santé, en collaboration avec les régies régionales de la santé :

- analyser les données et répondre au nombre élevé de références en matière de traitement des dépendances et de la santé mentale qui sont classées sans traitement, afin de s'assurer que les besoins des personnes sont satisfaits
- contrôler en permanence les données relatives aux références clôturées sans traitement
- traiter les causes profondes au fur et à mesure qu'elles se présentent, par régie régionale de la santé et/ou par zone de santé

Manque de formation au niveau provincial

3.35 Le ministère n'offre pas de formation aux cliniciens de le STDSM sur les lignes directrices opérationnelles provinciales, y compris sur l'application des outils d'évaluation normalisés et l'attribution des niveaux de priorité. L'absence de formation complète et obligatoire pour le personnel peut entraîner une application non uniforme des lignes directrices parmi les cliniciens et les zones de santé de la province et avoir une incidence sur la mesure des résultats en matière de rendement.

Recommandation

3.36 Nous recommandons que le ministère de la Santé, en collaboration avec les régies régionales de la santé, élabore et mette en œuvre une formation obligatoire pour l'application des lignes directrices opérationnelles provinciales à l'intention de tout le personnel des services de traitement des dépendances et de la santé mentale.

Non-respect de la *Loi sur les services à la santé mentale*

Comité consultatif sur les services de santé mentale ne se réunit pas

3.37 *La Loi sur les services à la santé mentale* régit certaines activités de planification, notamment la création d'un comité consultatif sur les services de santé mentale. L'article 4 stipule ce qui suit :

Est constitué le Comité consultatif sur les services à la santé mentale qui conseille le ministre sur :

(a) les besoins, la fourniture et la prestation de services à la santé mentale;

(b) les questions relatives à la santé mentale et aux services à la santé mentale que renvoie le ministre au Comité ou que soulève le Comité lui-même;

(c) les questions liées à l'élaboration et à l'amélioration des systèmes de soutien communautaires pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

3.38 L'article 6(1) de la *Loi sur les services à la santé mentale* stipule que « le Comité se réunit au moins quatre fois par an ». En outre, l'article 2(c) établit le comité comme « titre d'organisme de coordination pour le gouvernement et pour les agences communautaires s'occupant de troubles mentaux et de services à la santé mentale » et l'article 2(e) stipule que ce comité est chargé « d'établir, surveiller et réviser les normes concernant les services à la santé mentale ».

3.39 Le ministre de la Santé est chargé de nommer les membres du Comité consultatif sur les services à la santé mentale et de superviser ses activités. Nous avons constaté que le comité ne s'est pas réuni au cours de notre période d'audit de deux ans; sa dernière réunion remonte à juin 2018.

3.40 Par conséquent, le ministère ne respecte pas la *Loi sur les services à la santé mentale*, car ce comité ne s'est pas réuni conformément au calendrier des réunions (au moins quatre fois par année). Nous avons également constaté que le ministère n'avait pas évalué le risque associé à cette non-conformité.

Recommandation

- 3.41** Nous recommandons au ministère de la Santé de se conformer à la *Loi sur les services à la santé mentale*, y compris aux exigences relatives au Comité consultatif sur les services à la santé mentale, à son calendrier de réunions et à ses fonctions.

La budgétisation et la planification en matière de traitement des dépendances et de la santé mentale ne sont pas fondées sur les besoins

- 3.42** Selon le plan provincial de santé du Nouveau-Brunswick (2021) : « *Au cours des cinq dernières années, la demande de services de traitement des dépendances et de santé mentale a augmenté de 16 %. Les demandes des adultes sont en hausse de 9 %, tandis que les besoins en services aux jeunes sont en hausse de 33 %.* »
- 3.43** Conformément à l'article 5 de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le ministre de la Santé est responsable de l'orientation stratégique et de la planification des ressources financières et humaines pour le système de santé, qui comprend les services de traitement des dépendances et de santé mentale. En outre, le ministère doit évaluer les besoins en services de santé mentale au Nouveau-Brunswick. Le ministre de la Santé doit être informé de ces besoins, conformément à l'article 4 de la *Loi sur les services à la santé mentale*. L'existence d'une stratégie de surveillance est un élément clé de la planification stratégique et financière.
- 3.44** Le ministère fournit les montants du budget de le STDSM en se basant uniquement sur le montant du budget historique. Les RRS procèdent à des évaluations des besoins en santé communautaire, mais le ministère n'a pas utilisé ces évaluations pour préparer le budget de le STDSM. Sans une évaluation adéquate des besoins, le ministère ne peut pas établir un budget adapté aux besoins de la population.
- 3.45** En outre, nous avons constaté que le ministère ne surveille pas l'utilisation du budget des services de traitement des dépendances et de la santé mentale au sein des RRS. Sans cette fonction de contrôle, le ministère ne peut pas s'assurer que les fonds sont alloués aux ressources STDSM de manière efficiente.

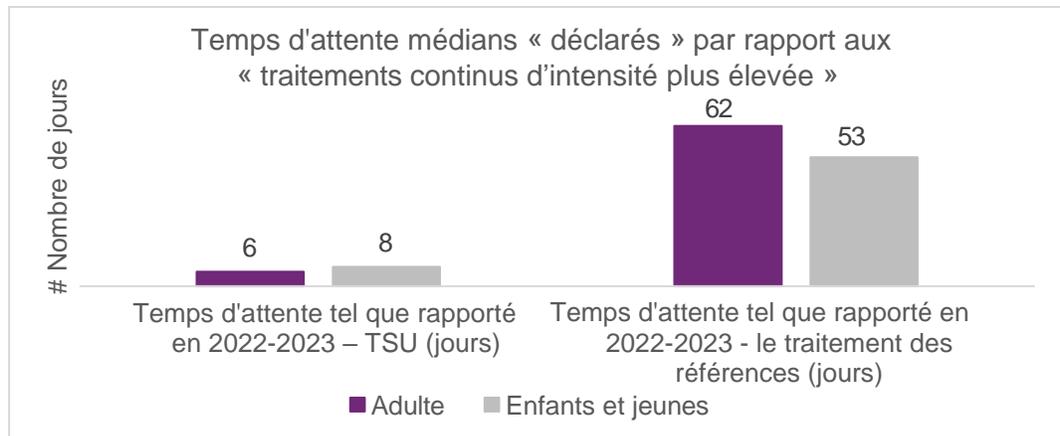
Recommandation

- 3.46** Nous recommandons que le ministère de la Santé, en collaboration avec les régies régionales de la santé, établisse son budget de base pour les services de traitement des dépendances et de la santé mentale en fonction d'une évaluation actualisée des besoins de la population du Nouveau-Brunswick.
- 3.47** Nous recommandons que le ministère de la Santé élabore un processus pour surveiller l'utilisation du budget des services de traitement des dépendances et de la santé mentale au sein des régies régionales de la santé afin de s'assurer que les ressources ont été utilisées comme prévu.

Des rapports publics inadéquats

Rapports publics incomplets sur les temps d'attente

- 3.48** Dans le rapport annuel 2022-2023, nous avons constaté que le ministère ne rendait compte que de la thérapie à séance unique (TSU). La TSU est une thérapie à une seule session qui met l'accent sur les forces et les ressources du client. Le ministère n'a pas fait rapport sur les temps d'attente pour les traitements continus d'une intensité plus élevée. Nous avons également examiné le rapport annuel 2021-2022 du ministère et avons constaté qu'aucun temps d'attente n'était signalé pour le STDSM.
- 3.49** Nous avons comparé les temps d'attente déclarés par les TSU aux temps d'attente globaux pour les services continus d'une intensité plus élevée en matière de STDSM, à partir du moment où le patient est orienté vers le traitement, dans le graphique ci-dessous.



Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère (non auditées)

- 3.50** Comme indiqué dans le graphique précédent, les temps d'attente médians pour les traitements continus d'intensité plus élevée sont nettement plus longs que pour les TSU
- 3.51** Comme le stipule la politique 1605 du Manuel d'administration du gouvernement, dans son rapport annuel, les ministères « *doivent exposer clairement leurs objectifs généraux et spécifiques ainsi que leurs indicateurs de performance. Le rapport devrait préciser dans quelle mesure les programmes existants demeurent pertinent et si les objectifs ont été atteints. Il devrait également rendre compte de l'accueil que le groupe cible a réservé aux programmes.* »
- 3.52** En raison de l'exigence politique de « *doivent exposer clairement leurs objectifs généraux et spécifiques ainsi que leurs indicateurs de performance* », nous encourageons le ministère à rendre compte de l'accès à le STDSM, y compris des temps d'attente.

Les rapports manquent de liens avec les impacts et les résultats

- 3.53** L'un des cinq domaines d'action du plan provincial de la santé est « *l'accès aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale* », dans lequel neuf objectifs sont définis. Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) est chargé de présenter des rapports trimestriels sur ces résultats au nom du ministère. Au 1^{er} avril 2024, le CSNB a indiqué que huit de ces résultats avaient été atteints.
- 3.54** Le ministère n'a toutefois pas rendu compte de l'impact de la réalisation de ces objectifs sur l'accès à le STDSM.

Recommandation

- 3.55** Nous recommandons au ministère de la Santé de fournir en temps utile des rapports publics sur l'accès aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale, y compris les temps d'attente et l'impact des produits livrables.

Annexe I : Recommandations et réponses

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Santé:			
3.24	d'établir des indicateurs clés de performance mesurables concernant le temps d'attente entre la référence et l'évaluation.	<p>D'accord</p> <p>Le ministère de la santé établira un indicateur de performance mesurable concernant le temps d'attente entre l'orientation et l'évaluation.</p> <p>Ce travail sera effectué en collaboration avec les régies régionales de santé.</p>	Premier trimestre 2025-2026
3.31	de surveiller les temps d'attente dans les services de traitement des dépendances et de santé mentale afin d'identifier et de traiter les risques qui pèsent sur la prestation de services en temps opportun.	<p>D'accord</p> <p>Le ministère de la Santé mettra en place un processus de contrôle continu afin de mesurer les temps d'attente, d'identifier les risques et d'informer les régies régionales de santé des améliorations continues à mettre en œuvre.</p>	Deuxième trimestre 2025-2026

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Santé:			
3.34	<p>en collaboration avec les régies régionales de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> analyser les données et répondre au nombre élevé de références en matière des dépendances et de santé mentale qui sont clôturés sans traitement, afin de s'assurer que les besoins des personnes sont satisfaits contrôler en permanence les données relatives aux références clôturés sans traitement traiter les causes profondes au fur et à mesure qu'elles se présentent, par régie régionale de santé et/ou par zone de santé 	<p>D'accord</p> <p>Le ministère de la santé, en collaboration avec les régies régionales de santé, analysera les données relatives au nombre d'orientations clôturées sans traitement et mettra en place un processus de contrôle continu afin de mesurer ces données.</p>	Troisième trimestre 2025-2026

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Santé:			
3.36	en collaboration avec les régies régionales de la santé, élabore et met en œuvre une formation obligatoire pour l'application des lignes directrices opérationnelles provinciales à l'intention de tout le personnel des services de traitement des dépendances et de santé mentale.	D'accord Le ministère de la Santé, en collaboration avec les régies régionales de la santé, met à jour les lignes directrices provinciales. Lorsque les lignes directrices seront finalisées, le ministère de la Santé transmettra les directives aux deux régies régionales de la santé afin qu'elles veillent à ce que le personnel reçoive la formation obligatoire.	Premier trimestre 2026-2027
3.41	de se conformer à la <i>Loi sur les services à la santé mentale</i> , y compris aux exigences relatives au Comité consultatif sur les services à la santé mentale, à son calendrier de réunions et à ses fonctions.	D'accord Le ministère de la santé mettra en place le comité consultatif des services de santé mentale, conformément à la <i>loi sur les services de santé mentale</i> .	Quatrième trimestre 2024-2025

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Santé:			
3.46	<p>en collaboration avec les régies régionales de la santé, établisse son budget de base pour les services de traitement des dépendances et de santé mentale en fonction d'une évaluation actualisée des besoins de la population du Nouveau-Brunswick.</p>	<p>D'accord</p> <p>Le ministère de la santé évaluera le budget actuel des programmes et services de traitement des dépendances et de santé mentale, ainsi que les services fournis par les régies régionales de la santé.</p> <p>Nous établirons un processus en collaboration avec les régies régionales de la santé pour identifier les besoins de la population.</p>	Premier trimestre 2026-2027
3.47	<p>élabore un processus pour surveiller l'utilisation du budget des services de traitement des dépendances et de santé mentale au sein des régies régionales de la santé afin de s'assurer que les ressources ont été utilisées comme prévu.</p>	<p>D'accord</p> <p>Le ministère de la santé mettra en place un processus pour que les régies régionales de la santé puisse répondre au ministère de la santé afin de garantir que les ressources sont utilisées comme prévu et se concentrent sur la réalisation des résultats attendus.</p>	Premier trimestre 2026-2027

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère de la Santé:			
3.55	de fournir en temps utile des rapports publics sur l'accès aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale, y compris les temps d'attente et l'impact des produits livrables.	D'accord Le ministère de la santé travaillera avec les régies régionales de santé sur des indicateurs de performance et sur un processus permettant de rendre les rapports accessibles, notamment en ce qui concerne les temps d'attente et l'impact des produits livrables.	Premier trimestre 2026-2027

Annexe II : Objectif et critères de l'audit

L'objectif et les critères de notre audit du ministère de la Santé sont présentés ci-dessous. Le ministère de la Santé et sa haute direction ont examiné et approuvé l'objectif et les critères connexes.

Objectif	Déterminer si le ministère de la Santé dispose de mécanismes permettant d'assurer l'accès en temps opportun aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale, ainsi que l'établissement de rapports adéquats sur ces services.
Critère 1	Le ministère de la Santé doit garantir un accès opportun aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale.
Critère 2	Le ministère de la Santé doit surveiller les besoins en services de traitement des dépendances et de la santé mentale et planifier l'allocation des ressources en fonction de la demande.
Critère 3	Le ministère de la Santé devrait veiller à ce que des rapports publics adéquats soient établis sur l'accès aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale, y compris sur les temps d'attente.

Annexe III : Rapport d'assurance indépendant

Ce rapport d'assurance indépendant a été préparé par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick (VGNB) sur le ministère de la Santé et l'accès aux services de traitement des dépendances et de la santé mentale. La responsabilité du VGNB consistait à fournir des renseignements objectifs, des conseils et une assurance pour aider l'Assemblée législative à examiner les services de traitement des dépendances et de la santé mentale du ministère de la Santé.

Tous les travaux effectués dans le cadre du présent audit ont été réalisés à un niveau d'assurance raisonnable conformément à la Norme canadienne de missions de certification (NCMC) 3001 - Missions d'appréciation directe de Comptables professionnels agréés du Canada (CPA Canada), qui est présentée dans le manuel de CPA Canada - Certification.

Le Bureau du vérificateur général de Nouveau-Brunswick applique la Norme canadienne de gestion de la qualité (NCGQ) 1, Gestion de la qualité par les cabinets qui réalisent des audits ou des examens d'états financiers, ou d'autres missions de certification ou de services connexes. Cette norme exige que notre bureau conçoive, mette en place et fasse fonctionner un système de gestion de la qualité, qui comprend des politiques ou des procédures conformes aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables.

Lors de la réalisation de nos travaux d'audit, nous nous sommes conformés aux règles sur l'indépendance et aux règles du Code de déontologie des Comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du Code de conduite professionnelle du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Ces deux codes reposent sur les principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de conduite professionnelle.

Conformément à notre processus normal d'audit, nous avons obtenu ce qui suit de la direction :

- la confirmation de la responsabilité à l'égard de l'objet considéré de l'audit
- la confirmation que les critères étaient valables pour la mission
- la confirmation qu'elles nous a fourni tous les renseignements dont elle avait connaissance et qui lui ont été demandés ou qui pourraient avoir une incidence sur les constatations ou les conclusions
- la confirmation que les constatations figurant dans le présent rapport étaient fondées sur des faits

Période visée par l'audit :

L'audit a porté sur la période allant du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2024. La conclusion vise cette période. Toutefois, afin d'approfondir notre compréhension de l'objet de l'audit, nous avons aussi examiné certaines questions antérieures à la période de notre audit, au besoin.

Date du rapport :

Nous avons obtenu des éléments probants appropriés en quantité suffisante sur lesquels repose notre conclusion le 27 novembre 2024, à Fredericton, Nouveau-Brunswick.



Décembre 2024

Politique sur l'hébergement à l'hôtel

Ministère des Finances et du Conseil
du Trésor

Volume II – chapitre 4
2024 Rapport annuel du VGNB

Table des matières

Faits saillants du chapitre 4	81
À propos de l’audit.....	83
Contexte	86
Analyse inadéquate pour la modification de la politique	87
Absence d’approbation du Conseil du Trésor	91
Manque de clarté dans les politiques et les directives	91
Annexe I : Recommandations et réponses	93
Annexe II : Objectif et critères d’audit	95
Annexe III : Rapport de d’assurance indépendant.....	96



2024 volume II

Faits saillants

du chapitre 4

Aucune analyse n'a été réalisée sur les coûts estimatifs liés à la modification de la politique des voyages

Le Conseil du Trésor n'a pas approuvé la modification de la politique

La politique actuelle sur les voyages des employés n'est pas claire et pourrait prêter à confusion

On estime que la décision de quitter le programme de Répertoire des établissements d'hébergement du gouvernement du Canada a engendré la perte d'économies annuelles estimées à 632 169 \$

Conclusions générales

Nos travaux de vérification ont permis de conclure que la politique du ministère des Finances et du Conseil du Trésor sur les frais d'hôtel des employés ne reflète pas d'une gestion financière prudente. Voici nos constatations générales :

- aucune analyse de rentabilisation, quantitative ou qualitative, n'a été effectuée pour appuyer la décision de cesser de participer au programme de Répertoire des établissements d'hébergement du gouvernement du Canada
- des économies annuelles potentielles de 632 169 \$ auraient pu être réalisées en utilisant les taux du Répertoire des établissements d'hébergement du gouvernement du Canada
- la politique actuelle sur l'hébergement à l'hôtel pourrait inciter les employés à continuer d'utiliser les tarifs d'hôtel du gouvernement auxquels ils ne sont plus admissibles

Aperçu des résultats

Politique sur l'hébergement à l'hôtel

Analyse insuffisante pour la modification de la politique



Constations



Aucune analyse de rentabilisation documentée n'a été effectuée pour justifier la décision de mettre fin à la participation au programme de Répertoire des établissements d'hébergement du gouvernement du Canada



L'analyse effectuée à l'appui du changement de politique **n'a pas tenu compte** adéquatement des facteurs quantitatifs et qualitatifs



Aucune analyse des économies potentielles ou de l'augmentation des coûts n'a été effectuée



632 169 \$ par an d'économies perdues estimées liées au changement de politique



Le Conseil du Trésor n'a **pas** approuvé la modification de la politique



Dans **24%** des séjours à l'hôtel testés, le tarif fédéral était inférieur à celui payé par un employé du gouvernement du Nouveau-Brunswick pour le même hôtel



Les directives actuelles de la politique sur les voyages des employés relatives à la recherche de tarifs gouvernementaux ne sont pas claires et peuvent prêter à confusion

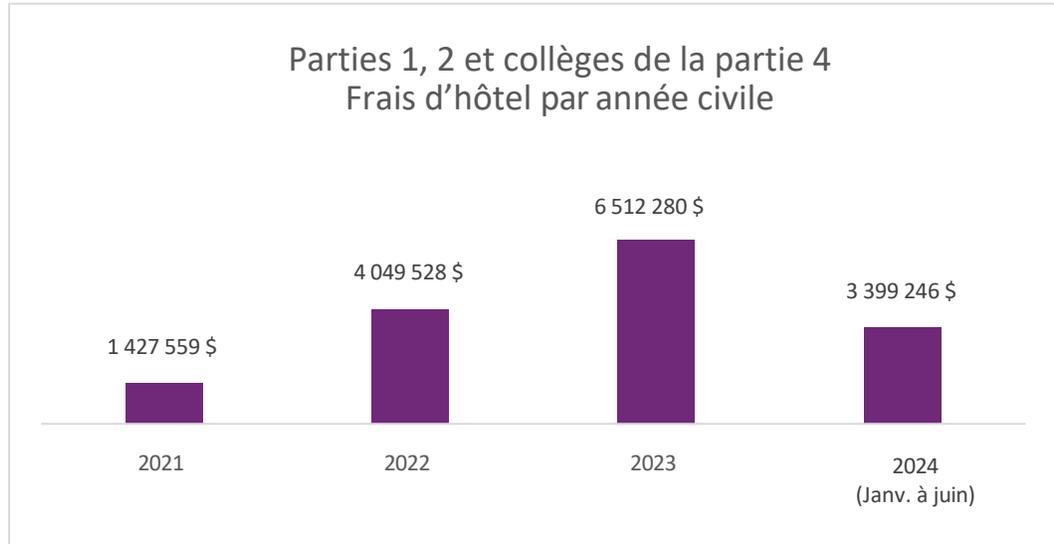
À propos de l'audit

Introduction à l'audit

- 4.1** Le ministère des Finances et du Conseil du Trésor est chargé de la planification et de l'élaboration des politiques, et a pour mandat de fournir une orientation stratégique pour la gestion financière prudente du gouvernement du Nouveau-Brunswick.
- 4.2** La politique AD-2801 du gouvernement fournit des directives relativement aux frais d'hébergement à l'hôtel et stipule que « *Les membres du personnel qui réservent une chambre d'hôtel sont responsables de demander les tarifs du gouvernement ou tout tarif spécial réduit, selon la valeur la plus faible... Pour réserver une chambre d'hôtel dont le tarif est supérieur au tarif d'une chambre standard ou au tarif du gouvernement, il faut obtenir une approbation et présenter une justification au préalable.* »
- 4.3** La politique s'applique :
- aux gestionnaires et employés non syndiqués des parties 1, 2 et 3 des services publics
 - aux employés syndiqués des parties 1, 2 et 3 des services publics, sauf en cas de disposition différentes dans le cadre des conventions collectives
 - aux personnes employées dans le cadre d'un contrat de services personnels
 - aux personnes du personnel occasionnel ou temporaire
- 4.4** En vertu de la *Loi sur l'administration financière*, le Conseil du Trésor peut « *déterminer et réglementer les indemnités susceptibles d'être versées aux personnes employées dans la fonction publique soit pour des frais de déplacement ou autres...* ».
- 4.5** Nous avons également constaté que les politiques de voyage du New Brunswick Community College (NBCC) et du Collège communautaire du Nouveau-Brunswick (CCNB) renvoient toutes deux au Répertoire des établissements d'hébergement du gouvernement du Canada.

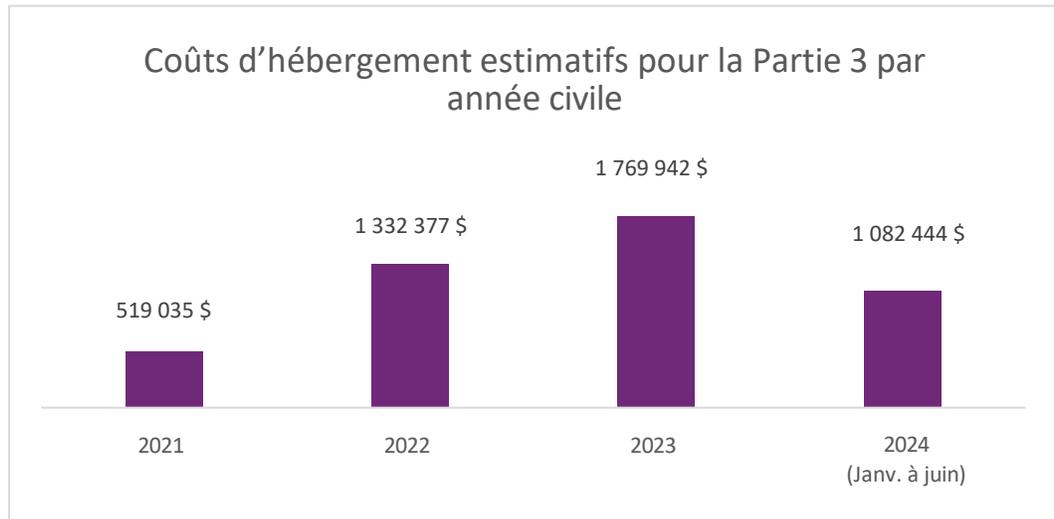
Pourquoi avons-nous choisi ce sujet?

- 4.6** Les frais d’hôtel engagés pour les parties 1 et 2 des services publics (et les collèges communautaires de la partie 4) étaient les suivants :



Source : Préparé par VGNB à partir des données des demandes de remboursement de frais de voyage (non auditées).

- 4.7** Les frais d’hébergement de la partie 3 n’étaient pas facilement accessibles, mais si l’on suppose que les frais d’hôtel représentent une part semblable du total des frais de déplacement que pour les parties 1 et 2 (et les collèges communautaires de la partie 4), nous estimons que les coûts pour la partie 3 sont les suivants :



Source : Préparé par VGNB à partir des données des demandes de remboursement de frais de voyage (non auditées).

- 4.8** Après une réduction des frais de voyage pendant la pandémie de COVID-19, le nombre de voyages effectués par les fonctionnaires augmente. Les frais d'hôtel ont augmenté depuis la pandémie, et il nous a semblé important d'examiner l'analyse de rentabilité qui sous-tend un changement de politique important relativement aux séjours à l'hôtel des membres du gouvernement.

Entité auditée

- 4.9** L'entité auditée était le ministère des Finances et du Conseil du Trésor (le ministère). Nous avons également obtenu des données probantes auprès d'autres ministères, districts scolaires et organismes de la Couronne concernant la vérification des demandes de remboursement de frais de voyage.

Étendue de l'audit

- 4.10** Nous avons examiné le rôle du ministère dans la planification et l'élaboration de la politique relative aux frais d'hébergement des employés.
- 4.11** L'audit a porté sur la période allant du 1^{er} janvier 2023 au 30 juin 2024. Des renseignements concernant des dates situées en dehors de cette période ont également été recueillis et examinés au besoin. Dans le cadre de nos travaux, nous avons examiné les demandes de remboursement des frais de voyage des employés, les politiques pertinentes, la législation, les contrats, les directives sur l'interprétation de la politique et le soutien aux changements apportés à la politique.
- 4.12** Les annexes II et III fournissent plus de renseignements sur l'objectif, les critères, l'étendue et l'approche de l'audit.

Objectif de l'audit

- 4.13** Notre audit visait à déterminer si la politique du ministère des Finances et du Conseil du Trésor sur les voyages reflète une gestion financière prudente des frais d'hôtel des employés.

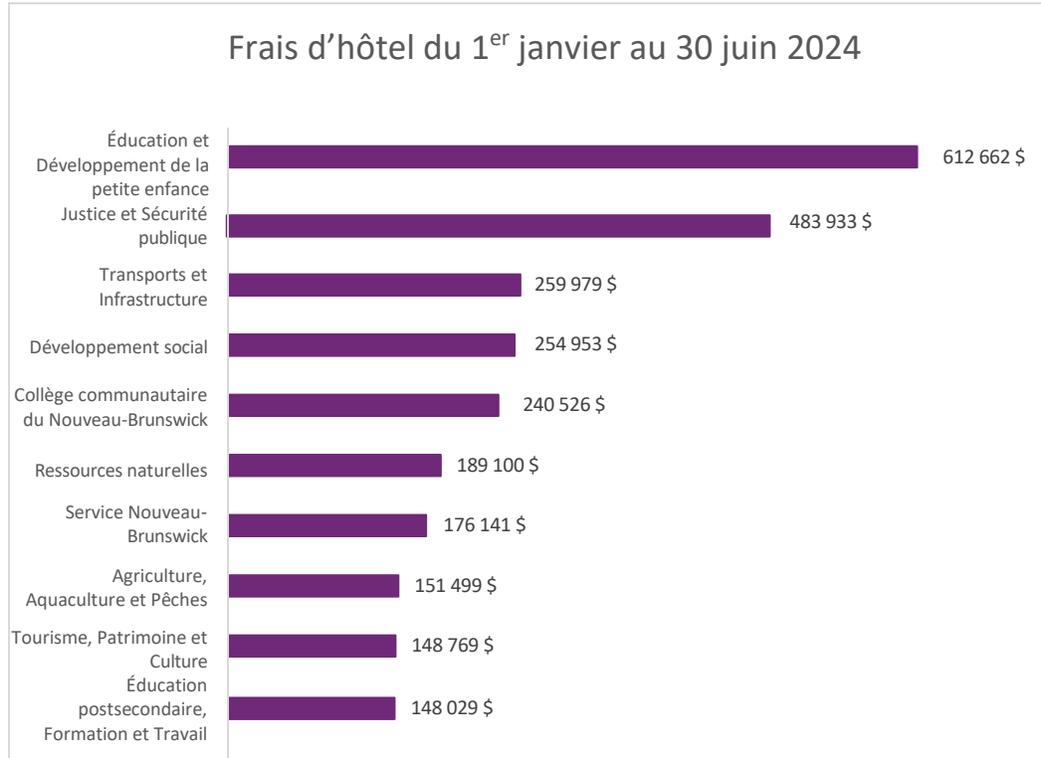
Conclusion

- 4.14** En nous fondant sur nos travaux d'audit, nous avons conclu que la politique du ministère des Finances et du Conseil du Trésor relative aux frais d'hôtel des employés ne reflète pas une gestion financière prudente.

Contexte

- 4.15** Avant le 1^{er} janvier 2023, le gouvernement du Nouveau-Brunswick (GNB) participait au programme de Répertoire des établissements d'hébergement du gouvernement du Canada (PREHGC), qui lui donnait accès à des tarifs d'hébergement négociés par le gouvernement fédéral dans de nombreux hôtels à travers le monde.
- 4.16** Le PREHGC repose sur une série d'accords entre le gouvernement du Canada et les fournisseurs d'hébergement, en vertu desquels des tarifs réduits sont proposés aux utilisateurs identifiés du PREHGC lorsqu'ils voyagent dans le cadre d'une mission officielle. Chaque année, le gouvernement du Canada demande aux établissements d'hébergement de lui accorder ces avantages sous la forme de tarifs journaliers.
- 4.17** Chaque hôtel participant propose des tarifs journaliers distincts que l'on peut trouver dans un répertoire en ligne accessible aux utilisateurs identifiés ou, dans certains cas, consulter directement sur les sites Web des hôtels.
- 4.18** Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC) supervise le PREHGC et dispose de mécanismes permettant de prendre des mesures correctives en cas de surfacturation et de qualité d'hébergement insuffisante, par l'intermédiaire de sa division de la gestion des contrats du programme. Les fournisseurs sont tenus de fournir des logements sûrs, propres et confortables au tarif gouvernemental offert dans le répertoire.
- 4.19** Les utilisateurs identifiés comprennent les ministères, les conseils et les agences du gouvernement du Canada. Les gouvernements provinciaux et territoriaux qui paient des frais de participation annuels sont également considérés comme des utilisateurs identifiés.
- 4.20** Le coût de participation au programme pour l'année civile 2022 était de 14 850 \$.
- 4.21** Le GNB a cessé de participer au PREHGC le 1^{er} janvier 2023.

4.22 Les dépenses des 10 ministères dont les frais d’hébergement à l’hôtel sont les plus élevés entre le 1^{er} janvier 2024 et le 30 juin 2024 sont indiquées ci-dessous :



Source : Préparé par VGNB à partir des données des demandes de remboursement de frais de voyage (non auditées).

Analyse inadéquate pour la modification de la politique

4.23 Bien que le GNB ait cessé de participer au programme fédéral de répertoire des établissements d’hébergement à compter du 1^{er} janvier 2023, le ministère n’a pas mis à jour la politique AD-2801 de façon à supprimer les références et les liens vers le répertoire des établissements d’hébergement avant mai 2023.

4.24 Avant ce changement, la politique indiquait que :

- il incombait à l’employé d’ « [utiliser] les outils en ligne désignés du gouvernement lorsque nécessaire, notamment [le] répertoire des établissements d’hébergement »
- les taux négociés dans le répertoire étaient liés à la politique et devaient être utilisés par les employés en voyage d’affaires officiel du gouvernement

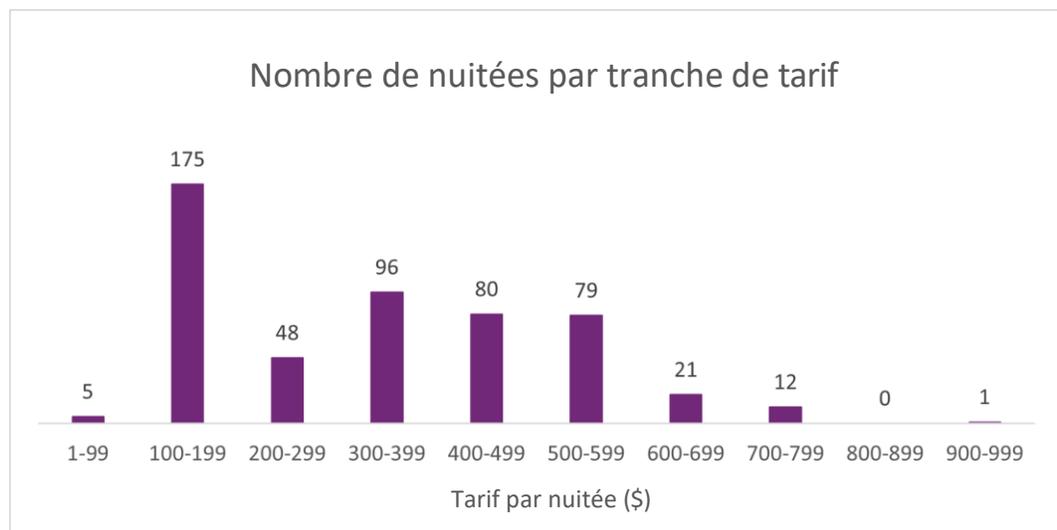
- les frais d'hôtel qui dépassaient les tarifs négociés pour les hôtels énumérés dans le répertoire exigeaient une justification de l'excédent
 - les frais d'hôtel dans les hôtels qui ne figuraient pas dans le répertoire nécessitaient une justification et une approbation préalable, et le remboursement ne pouvait dépasser les taux négociés maximaux pour la région
 - les employés étaient tenus de toujours demander le taux du gouvernement
- 4.25** La nouvelle politique stipule désormais que « *Les membres du personnel qui réservent une chambre d'hôtel sont responsables de demander les tarifs du gouvernement ou tout tarif spécial réduit, selon la valeur la plus faible... Pour réserver une chambre d'hôtel dont le tarif est supérieur au tarif d'une chambre standard ou au tarif du gouvernement, il faut obtenir une approbation et présenter une justification au préalable.* »
- 4.26** Nous avons demandé au ministère quelle analyse avait été réalisée pour justifier l'abandon du PREHGC et le changement de politique qui en a découlé.

Analyse quantitative

- 4.27** Aucune analyse documentée n'a été réalisée à l'appui de la décision de cesser de participer au programme fédéral de répertoire des établissements d'hébergement. Le ministère nous a informés que « *l'examen de l'abonnement de 14 850 \$ exigé pour la participation au répertoire des établissements d'hébergement du Canada a révélé qu'il ne correspondait pas à la valeur attendue, ce qui a conduit à la décision de ne pas procéder au paiement* » et que « *le retour sur investissement a été jugé insuffisant en raison de l'absence de preuves démontrées d'économies de coûts ou d'avantages mesurables* ». Aucune analyse de rentabilisation décrivant les économies prévues ou l'augmentation des dépenses n'a été effectuée.
- 4.28** Le ministère nous a informés qu'il avait examiné les activités sur la page intranet du GNB sur les voyages effectués pour le travail et qu'il n'y avait eu aucune activité sur le lien du GNB vers le répertoire électronique des hôtels ou vers la page du gouvernement fédéral entre janvier 2019 et mars 2022.
- 4.29** Toutefois, cette analyse n'a pas tenu compte de l'accès au répertoire ou aux tarifs gouvernementaux par d'autres moyens, comme un moteur de recherche ou le site web des hôtels.
- 4.30** Le ministère n'a pas examiné les frais d'hôtel réels pour déterminer dans quelle mesure les employés utilisaient les tarifs du gouvernement qui figurent dans le répertoire. Il n'a pas effectué d'analyse quantitative pour déterminer si des économies avaient été réalisées grâce au PREHGC, et aucune analyse n'a été effectuée par la suite pour déterminer si les dépenses avaient augmenté.

Test des tarifs d’hôtel

- 4.31** Pour déterminer les conséquences financières de la décision de cesser de participer au PREHGC, nous avons testé les frais d’hôtel figurant dans les demandes de remboursement de frais de voyage des employés du GNB entre le 1^{er} janvier 2024 et le 30 juin 2024, en comparant ces demandes aux tarifs figurant dans le répertoire pour les mêmes hôtels ou pour des hôtels situés à proximité de ceux-ci. Au cours de cette période, nous avons testé un échantillon aléatoire de 140 remboursements de frais de voyage pour des frais d’hôtel et nous avons également examiné les 60 remboursements de frais d’hôtel les plus élevés pour les parties 1 et 2.
- 4.32** Notre analyse a révélé des économies annuelles potentielles de 479 484 \$ par an pour les parties 1 et 2 et les collèges, ce qui équivaut à environ 32 fois le coût de la participation au PREHGC pour 2022, qui était de 14 850 \$.
- 4.33** Seuls deux codes de compte sont utilisés pour tous les frais de voyage de la partie 3 (voyage dans la province et voyage hors de la province), de sorte qu’il est difficile de connaître les coûts réels correspondant aux seuls frais d’hôtel. Si les tendances pour la partie 3 sont similaires à celles observées pour les parties 1 et 2 et les collèges, nous estimons que les économies réalisées pourraient s’élever à 152 685 \$ supplémentaires par an.
- 4.34** Pour situer le contexte, nous avons noté que 113 nuits de notre échantillon coûtaient 500 \$ ou plus par nuit. Voici un aperçu des tarifs des nuitées que nous avons observés :



Source : Préparé par VGNB à partir des données des demandes de remboursement de frais de voyage.

- 4.35** Dans le cadre de nos tests, nous avons observé les points suivants :
- 7 employés se sont rendus à Barcelone pour 4 à 6 nuits pour assister à une conférence pour un coût total d'hébergement de 19 346 \$, ce qui représente 7 304 \$ d'économies perdues. Au cours de ce voyage, l'un des employés a été hébergé dans un hôtel dont le tarif était de 997 \$ pour une nuit.
 - Un employé a séjourné dans un centre de villégiature de Disney World pendant 5 nuits à 414 \$ par nuit, alors que les hôtels voisins proposaient des tarifs du PREHGC de 209 \$ par nuit, ce qui représente 1 025 \$ d'économies perdues.
 - 4 employés ont passé 5 nuits à Phoenix, en Arizona, à un tarif moyen de 567 \$ par nuit, alors que les hôtels voisins proposaient des tarifs du PREHGC de 168 \$, soit un total de 6 665 \$ d'économies perdues. Sur ce total, 2 357 \$ ont été engagés par un employé.
 - 8 employés participant à la même conférence à Toronto et ont été hébergés dans 3 hôtels différents. Deux de ces hôtels proposaient des tarifs du PREHGC de 209 \$ et 309 \$ par nuit, respectivement, alors que les 7 employés séjournant dans ces hôtels ont tous payé des tarifs différents, allant de 260 \$ à 719 \$ par nuit. Le montant total des économies perdues pour ce voyage s'élève à 10 281 \$.

Analyse qualitative

- 4.36** L'analyse du ministère visant à mettre fin à la participation au programme fédéral n'a tenu compte des avantages qualitatifs du répertoire.
- 4.37** Comme le PREHGC représente une série de contrats entre le gouvernement fédéral et les fournisseurs de services, le fait d'y participer donne aux utilisateurs identifiés le droit de bénéficier de tarifs négociés, ce qui signifie que les utilisateurs sont en mesure de demander un remboursement en cas de surfacturation.
- 4.38** La préface du répertoire indique que si un établissement refuse d'accorder le tarif du gouvernement à un employé d'un utilisateur identifié, celui-ci peut contacter la direction du PREHGC pour obtenir de l'aide.
- 4.39** 24 % des éléments testés dans notre échantillon offraient un tarif du PREHGC inférieur pour le même hôtel que celui utilisé par un employé du GNB - ces tarifs étant garantis par le PREHGC.
- 4.40** La participation au PREHGC offre l'avantage qualitatif de garantir que tous les employés bénéficient du même taux pour chaque nuit, et qu'un recours est possible en cas de surfacturation. Ces avantages n'ont pas été pris en compte dans l'analyse du ministère à l'appui du retrait du PREHGC.

Recommandation

- 4.41** Nous recommandons au ministère des Finances et du Conseil du Trésor d'évaluer sa décision de cesser de participer au programme fédéral de répertoire des établissements d'hébergement et effectuer des analyses de rentabilité documentées, y compris des analyses quantitatives et qualitatives complètes, pour étayer sa décision.

Absence d'approbation du Conseil du Trésor

- 4.42** Le paragraphe 6.2 de la politique AD-1101 stipule que « *Le Conseil du Trésor est chargé d'autoriser les ajouts au manuel d'administration ou les changements aux directives administratives existantes qui ont rapport à la gestion financière, à la gestion du personnel ou à l'administration* ».
- 4.43** Nous avons demandé au conseil d'administration de nous fournir le procès-verbal détaillant l'approbation par le Conseil du Trésor et avons été informés que l'amendement n'avait pas été soumis à son approbation.

Recommandation

- 4.44** Nous recommandons au ministère des Finances et du Conseil du Trésor veiller à ce que les changements de politique de nature financière, personnelle ou administrative soient approuvés par le Conseil du Trésor (Conseil de gestion).

Manque de clarté dans les politiques et les directives

- 4.45** Bien que le ministère ne participe plus au PREHGC, la politique AD-2801 incite encore les employés à rechercher les tarifs gouvernementaux.
- 4.46** Le ministère a indiqué que la participation au PREHGC n'était pas une condition préalable à la réservation d'un tarif gouvernemental, d'où la décision de se retirer du programme, car « *l'utilisation du tarif le plus bas disponible, qu'il s'agisse ou non d'un tarif gouvernemental, permet d'obtenir un meilleur rapport qualité-prix pour le gouvernement* ».

- 4.47** Certains tarifs indiqués comme des tarifs gouvernementaux disponibles directement sur le site web d’un hôtel sont en fait des tarifs du PREHGC, auxquels les employés du GNB ne sont plus admissibles.
- 4.48** Nous avons constaté que, parce qu’elle laisse à l’employé la responsabilité de continuer de rechercher des tarifs gouvernementaux sans préciser quels tarifs gouvernementaux les employés du GNB peuvent utiliser, la politique modifiée manque de clarté et pourrait être interprétée à tort comme une directive les invitant à continuer d’utiliser les tarifs du PREHGC.
- 4.49** Nous avons également constaté, lors de nos tests, que les demandes de remboursement de frais de voyage et les factures d’hôtel n’indiquent souvent pas clairement si un taux gouvernemental a été appliqué. La personne chargée d’approuver la demande n’a donc aucun moyen de vérifier qu’un taux gouvernemental ou réduit a été appliqué, et quel type de réduction a été utilisé.

Recommandation

- 4.50** Nous recommandons au ministère des Finances et du Conseil du Trésor de veiller à ce que la politique et les orientations relatives aux hôtels définissent clairement les responsabilités des employés en ce qui concerne les frais de séjour à l’hôtel.

Annexe I : Recommandations et réponses

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère des Finances et du Conseil du Trésor :			
4.41	d'évaluer sa décision de cesser de participer au programme fédéral de répertoire des établissements d'hébergement et effectuer des analyses de rentabilité documentées, y compris des analyses quantitatives et qualitatives complètes, pour étayer sa décision.	D'accord <i>Le ministère des Finances et du Conseil du Trésor identifieront et évalueront les possibilités de renforcer leurs politiques et directives en matière de voyages, y compris la prise en compte du programme de répertoire fédéral.</i>	31 mars 2025
4.44	veiller à ce que les changements de politique de nature financière, personnelle ou administrative soient approuvés par le Conseil du Trésor (Conseil de gestion).	D'accord <i>Le ministère des Finances et du Conseil du Trésor veilleront à ce que les changements de politique de nature financière, administrative ou relative au personnel soient soumis au Conseil du Trésor, soit pour approbation, soit en tant que points d'information, conformément à la politique AD-1101.</i>	Immédiatement

N° du par.	Recommandation	Réponse du ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons au ministère des Finances et du Conseil du Trésor :			
4.50	de veiller à ce que la politique et les orientations relatives aux hôtels définissent clairement les responsabilités des employés en ce qui concerne les frais de séjour à l’hôtel.	<p>D'accord</p> <p><i>Le ministère des Finances et du Conseil du Trésor examinera la politique et les directives relatives aux hôtels, identifiera les possibilités de clarifier davantage les responsabilités des employés et améliorera les processus d'approbation. En outre, le ministère des Finances et du Conseil du Trésor collaborera avec d'autres ministères pour sensibiliser davantage les employés aux responsabilités qui leur incombent en vertu de la politique et pour veiller à ce que le respect de cette politique soit correctement appliqué.</i></p>	31 mars 2025

Annexe II : Objectif et critères d’audit

L’objectif et les critères de notre audit du ministère des Finances et du Conseil du Trésor sont présentés ci-dessous. Le ministère des Finances et du Conseil du Trésor, ainsi que ses cadres supérieurs, ont examiné et approuvé l’objectif et les critères connexes.

Objectif	Déterminer si la politique du ministère des Finances et du Conseil du Trésor sur les voyages reflète une gestion financière prudente des frais d’hôtel des employés.
Critère 1	Les directives ou la politique en matière de frais d’hôtel des employés doivent être fondées sur une analyse quantitative et qualitative solide.
Critère 2	Les exigences et les orientations relatives aux frais d’hôtel des employés doivent être clairement documentées dans la politique.

Annexe III : Rapport d’assurance indépendant

Ce rapport d’assurance indépendant a été produit par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick au sujet du ministère des Finances et du Conseil du Trésor et de sa politique en matière de frais de voyage (AD-2801) en ce qui concerne l’hébergement à l’hôtel. Notre responsabilité était de fournir des renseignements objectifs, des conseils et une assurance pour aider l’Assemblée législative à effectuer un examen minutieux du ministère des Finances et du Conseil du Trésor en ce qui concerne sa politique en matière d’hébergement dans les hôtels

Tous les travaux effectués dans le cadre du présent audit ont été réalisés à un niveau d’assurance raisonnable conformément à la Norme canadienne de missions de certification (NCMC) 3001 – Missions d’appréciation directe de Comptables professionnels agréés (CPA) Canada, qui est présentée dans le Manuel de CPA Canada – Certification.

Le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick applique la Norme canadienne de contrôle qualité 1, Gestion de la qualité par les cabinets qui réalisent des audits ou des examens d’états financiers, ou d’autres missions de certification ou de services connexes. Cette norme exige que notre bureau conçoive, mette en place et fasse fonctionner un système de gestion de la qualité qui comprend des politiques ou des procédures en ce qui concerne la conformité aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables.

Lors de la réalisation de nos travaux d’audit, nous nous sommes conformés aux règles sur l’indépendance et aux autres règles du code de déontologie des Comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du Code de conduite professionnelle du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Ces deux codes reposent sur les principes fondamentaux d’intégrité, d’objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de conduite professionnelle.

Conformément à notre processus d’audit usuel, nous avons obtenu ce qui suit de la direction :

- la confirmation de sa responsabilité à l’égard de l’objet considéré de l’audit
- la confirmation que les critères étaient valables pour la mission
- la confirmation qu’elle nous a fourni tous les renseignements dont elle avait connaissance et qui lui ont été demandés ou qui pourraient avoir une incidence sur les constatations ou les conclusions
- la confirmation que les constatations figurant dans le présent rapport étaient fondées sur des faits

Période visée par l’audit

L’audit a porté sur la période du 1^{er} janvier 2023 au 30 juin 2024. Il s’agit de la période à laquelle s’appliquent les conclusions de l’audit. Toutefois, afin d’approfondir notre compréhension de l’objet de l’audit, nous avons aussi examiné certaines questions antérieures à la date du début de notre audit, au besoin.

Date du rapport

Nous avons obtenu des éléments probants appropriés en quantité suffisante sur lesquels repose notre conclusion le 27 novembre 2024, à Fredericton (Nouveau-Brunswick).



Rapport de situation sur la mise en œuvre des recommandations d'audit de performance

Table des matières

Faits saillants du chapitre 5	98
Contexte	102
Mise en œuvre des recommandations de 2020.....	103
Annexe I : À propos de notre rapport de situation	110
Annexe II : Recommandations des chapitres de 2020 non mises en œuvre	111
Annexe III : Recommandations des chapitres de 2022 non mises en œuvre	114



2024, volume II

Faits saillants

du chapitre 5

Ce chapitre est un outil permettant au Comité des comptes publics (CCP) et au public de tenir les ministères, commissions et les organismes de la Couronne responsables de la mise en œuvre des recommandations formulées à l'issue d'audits de performance antérieurs.

<u>Audits de 2020</u>	<u>Audits de 2021</u>	<u>Audits de 2022</u>
57% de mise en œuvre	100% de mise en œuvre	71% de mise en œuvre
La Comité des comptes publics devrait demander aux ministères de rendre compte de la mise en œuvre de nos recommandations		

Aperçu des résultats

% de recommandations mises en œuvre

Année	Titre du chapitre	Nombre total de recommandations	% de recommandations mises en œuvre
2020	Redevances sur le bois - Ministère de Ressources naturelles et Développement de l'énergie 8		100%
	Planification de l'infrastructure scolaire - Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance et districts scolaires 14		86%
	Programme des dossiers médicaux électroniques - Ministère de la Santé 7		86%
	L'accès de la vérificatrice générale à Vestcor est considérablement limité 5		40%
	Mise à jour sur la planification des foyers de soin et la stratégie sur le vieillissement - Ministère du Développement social 6		33%
	Services d'ambulance - Ministère de la Santé et EM/ANB Inc. 21		29%
	Problèmes liés à la dette d'Énergie NB 2		0%

Année	Titre du chapitre	Nombre total de recommandations	% de recommandations mises en œuvre
2021	Facteurs de risque dans la surveillance gouvernementale des organismes de la Couronne - Bureau de Conseil exécutif 5		100%
	Financement lié à la Covid-19 - Prestation de revenu d'urgence pour les travailleurs du Nouveau-Brunswick - Ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail 15		100%
	Financement pour la connectivité rurale à Internet - Société de développement régional et Opportunités Nouveau-Brunswick 13		100%
	Pratiques relatives aux salaires et aux avantages sociaux des organismes de la Couronne 2		100%
	Programmes résidentiels d'efficacité énergétique - Ministère des Ressources naturelles et du Développement de l'Énergie NB 7		100%

Année	Titre du chapitre	Nombre total de recommandations	% de recommandations mises en œuvre
2022		Développement du secteur des boissons alcoolisées au Nouveau-Brunswick - Société des alcools du Nouveau-Brunswick Corporation 19	 <p>89%</p>
		Sites contaminés - Ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux 17	 <p>76%</p>
		Fonds en fiducie pour l'environnement - Ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux 9	 <p>67%</p>
		Surveillance du Régime de soins de santé et de soins dentaires des employés - Ministère des Finances et Conseil du Trésor 14	 <p>43%</p>

Contexte

Processus de suivi

- 5.1** Ce chapitre de suivi rend compte de la mise en œuvre des recommandations formulées dans nos rapports d'audit de performance 2020-2022.
- 5.2** Nous ne fournissons pas de mise à jour dans l'année qui suit la publication initiale de nos rapports d'audit de performance, car nous donnons aux ministères, aux commissions et aux organismes de la Couronne la possibilité de donner suite à nos recommandations.
- 5.3** Entre la deuxième et la quatrième année, nous obtenons la confirmation de la direction sur le niveau de mise en œuvre.
- 5.4** Au cours de la quatrième année, des travaux supplémentaires peuvent être menés dans certains domaines à haut risque afin de s'assurer que la mise en œuvre est conforme aux attentes du bureau.
- 5.5** Voir l'annexe I : À propos de notre rapport de situation sur la mise en œuvre des recommandations d'audit de performance.

Mise en œuvre des recommandations de 2020

- 5.6** Dans l'ensemble, 57 % de nos recommandations pour 2020 ont été mises en œuvre au 31 août 2024. Comme il s'agit de la dernière année où notre bureau fournit des mises à jour sur l'état d'avancement de ces recommandations, des détails supplémentaires sont notés ci-dessous.

Planification de l'infrastructures scolaires - Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance et districts scolaires

Volume I, chapitre 2

Contexte du chapitre

- 5.7** L'objectif de notre audit était de déterminer si le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance (EDPE) et les districts scolaires prennent des décisions fondées sur des données probantes pour établir l'ordre de priorité des grands projets d'investissement dans les infrastructures scolaires (coût estimé supérieur à 1 million de dollars) et des projets d'amélioration des infrastructures scolaires existantes (coût estimé compris entre 10 000 et 1 million de dollars).

- 5.8** Dans notre rapport 2020, nous avons constaté que des améliorations étaient nécessaires dans les domaines suivants :

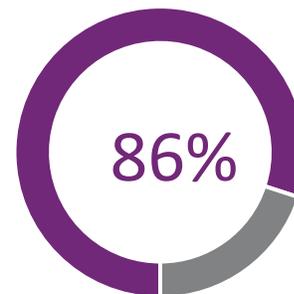
- planification à long terme des investissements scolaires à l'échelle de la province
- processus de priorisation du financement
- la qualité des données sur l'état des installations

- 5.9** Nous avons formulé 14 recommandations à l'EDPE.

2024 État d'avancement de la mise en œuvre

- 5.10** 86 % de nos recommandations ont été mises en œuvre.

12 Recommandations mises en œuvre



2 Non mises en œuvre

Services d'ambulance - Ministère de la Santé et EM/ANB Inc.

Volume I, Chapitre 3

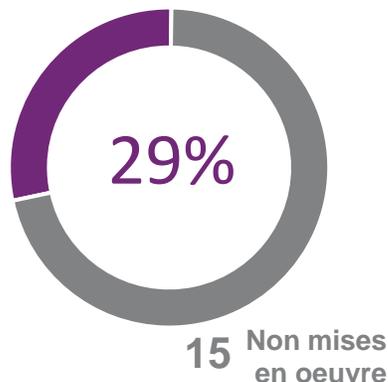
Contexte du chapitre

- 5.11** Notre objectif d'audit était de déterminer si les structures et les processus de gouvernance du ministère de la Santé établis pour l'EM/ANB définissent un cadre pour une surveillance efficace et si le contrat de l'EM/ANB pour les services d'ambulance est conçu et géré de manière à atteindre les objectifs escomptés.
- 5.12** Dans notre rapport de 2020, nous avons constaté que des améliorations devaient être apportées au cadre législatif et à la structure de gouvernance du gouvernement pour les services d'ambulance, ainsi qu'à son contrat avec les Services de santé Medavie du Nouveau-Brunswick.
- 5.13** Nous avons formulé 21 recommandations.

2024 État d'avancement de la mise en œuvre

- 5.14** 29 % de nos recommandations ont été mises en œuvre.

6 Recommandations mises en œuvre



2008 Redevances sur le bois - Ministère des Ressources naturelles et Développement de l'énergie

Volume I, chapitre 4

Contexte du chapitre

- 5.15** L'objectif de cet examen de suivi était de déterminer si le ministère des Ressources naturelles et Développement de l'énergie avait pleinement mis en œuvre les quatre recommandations formulées dans le chapitre 5 de notre rapport 2008 du Bureau du vérificateur général intitulé « *Ministère des Ressources naturelles - Redevances sur le bois* ».
- 5.16** Dans notre rapport 2020, nous avons constaté que des améliorations subsistaient dans la collection et l'utilisation des données utilisées pour la mise à jour des taux de redevances sur le bois des terres de la Couronne.
- 5.17** Nous avons formulé huit recommandations.

2024 État d'avancement de la mise en œuvre

- 5.18** 100 % de nos recommandations ont été mises en œuvre.

8 Recommandations
mises en œuvre



Programme des dossiers médicaux électronique - Ministère de la Santé

Volume II, chapitre 2

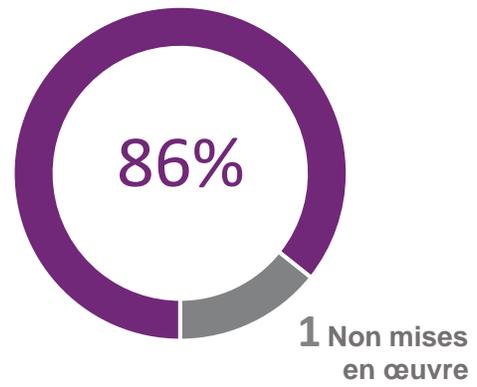
Contexte du chapitre

5.19 Les objectifs de cet audit étaient de déterminer :

- si le programme provincial des dossiers médicaux électronique (DME) a été mis en œuvre comme prévu et a atteint les résultats escomptés
- si le ministère de la Santé a contrôlé le financement des DME afin d'atténuer les risques pour le contribuable et de garantir le respect des accords de financement

6 Recommandations mises en œuvre

5.20 Dans notre rapport de 2020, nous avons constaté que des améliorations étaient nécessaires dans la supervision par le gouvernement du financement et de la mise en œuvre du programme de DME.



5.21 Nous avons formulé sept recommandations.

2024 État d'avancement de la mise en œuvre

5.22 Toutes les recommandations, sauf une, ont été mises en œuvre.

Problèmes liés à la dette d'Énergie NB

Volume II, chapitre 3

Contexte du chapitre

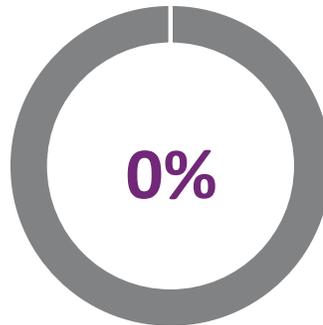
5.23 Dans ce chapitre, nous avons examiné une analyse des tendances sur dix ans des principaux ratios financiers d'Énergie NB liés à la dette. Nous avons également comparé ces ratios d'Énergie NB à ceux d'autres entreprises de services publics semblables au Canada et nous avons examiné le cadre réglementaire du Nouveau-Brunswick.

5.24 Dans notre rapport de 2020, nous avons constaté que des améliorations devaient être apportées au plan de réduction de la dette et au processus de prévision d'Énergie NB.

5.25 Nous avons formulé deux recommandations.

2024 État d'avancement de la mise en œuvre

5.26 Aucune de nos recommandations n'a été mises en œuvre.



2 Recommandations Non mises en œuvre

Mise à jour sur la planification des foyers de soins et la stratégie de vieillissement - Ministère du Développement social

Volume II, chapitre 4

Contexte du chapitre

- 5.27** Dans ce chapitre, nous avons évalué l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations formulées dans notre rapport de 2016 au ministère du Développement social sur les foyers de soins.
- 5.28** Dans notre rapport de 2020, nous avons constaté que des améliorations étaient nécessaires dans la mise en œuvre des plans gouvernementaux sur les foyers de soins, de la stratégie sur le vieillissement et des rapports publics.
- 5.29** Nous avons formulé six recommandations.

2 Recommandations
mises en œuvre



4 Non mises
en œuvre

2024 État d'avancement de la mise en œuvre

- 5.30** 33 % de nos recommandations ont été mises en œuvre.

L'accès de la vérificatrice générale à Vestcor est considérablement limité

Volume II, chapitre 5

Contexte du chapitre

5.31 L'objectif de ce chapitre est d'informer l'Assemblée législative des difficultés que nous avons rencontrées en essayant d'obtenir l'accès à l'information chez Vestcor.

5.32 Dans notre rapport 2020, nous avons constaté que l'accès à des informations essentielles était limité, ce qui a suscité des inquiétudes quant à la transparence et à la responsabilité dans la gestion des fonds de pension publics.

5.33 Nous avons formulé cinq recommandations.

2 **Recommandations
mises en œuvre**



3 **Non mises
en œuvre**

2024 État d'avancement de la mise en œuvre

5.34 40 % de nos recommandations ont été mises en œuvre.

Conclusion

5.35 Nous encourageons la Comité des comptes publics à tenir les ministères, les commissions et les organismes de la Couronne responsables des recommandations qui n'ont pas été mises en œuvre, comme l'indique l'annexe II.

Annexe I : À propos de notre rapport de situation

Le rapport de suivi sur la mise en œuvre des recommandations de performance n'est pas un audit et n'exprime pas d'opinion d'audit. Il incombe à la direction de mettre en œuvre les recommandations formulées à l'issue des audits de performance antérieurs. Pour garantir la crédibilité du présent rapport, nous avons obtenu des ministères, des commissions et des organismes de la Couronne la confirmation de l'exactitude et de l'exhaustivité des informations présentées.

Le présent rapport est établi en vertu de la *Loi sur le vérificateur général*. Dans l'exécution de nos travaux, nous nous sommes conformés aux règles sur l'indépendance et aux autres règles du code de déontologie des Comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du Code de conduite professionnelle du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Ces deux codes reposent sur les principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de conduite professionnel.

Période couverte par le rapport de situation :

2020, 2021 et 2022

Date du rapport de situation :

Nous avons achevé nos travaux sur le rapport de situation sur la mise en œuvre des recommandations d'audit de performance le 27 novembre 2024, à Fredericton, au Nouveau-Brunswick.

Annexe II : Recommandations des chapitres de 2020 non mises en œuvre

Planification de l'infrastructure scolaire - Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance et districts scolaires 2020, volume I, chapitre 2

2.116	Nous recommandons que le ministère, en consultation avec les districts scolaires, élabore et maintienne un inventaire centralisé des biens qui contient les détails de toutes les composantes importantes des installations pour soutenir la planification des immobilisations du Ministère.
2.117	Nous recommandons que le ministère élabore et applique des normes et des exigences en matière de collecte de données pour la collecte et l'agrégation uniformes des données sur les installations dans tous les districts scolaires.

Services d'ambulance - Ministère de la Santé et EM/ANB Inc. 2020, volume I, chapitre 3

3.51	Nous recommandons que le ministère officialise le mandat et la gouvernance d'EM/ANB dans une loi et fournisse des lettres de mandat à EM/ANB avec l'approbation du budget annuel.
3.70	Nous recommandons que la loi habilitante d'EM/ANB renforce et clarifie les pouvoirs du conseil d'administration en ce qui concerne l'embauche, la rémunération, le rendement et la cessation d'emploi du directeur général.
3.71	Nous recommandons que le conseil d'administration embauche un directeur général indépendant lors de la future modification ou renégociation du contrat.
3.77	Nous recommandons que le conseil d'administration évalue le plan d'entreprise annuel d'EM/ANB dans le cadre de son examen du rendement du directeur général et de SSMNB et les compare au rapport annuel d'EM/ANB et à ses obligations envers le Ministère.
3.78	Nous recommandons que le conseil d'administration établisse un cadre de gestion du rendement pour EM/ANB et qu'il évalue son rendement chaque année.
3.103	Nous recommandons qu'EM/ANB calcule les paiements d'excédents budgétaires en fonction de montants budgétaires flexibles qui reflètent les charges prévues de l'exercice.
3.108	Nous recommandons que le conseil d'administration établisse des restrictions relativement aux paiements d'excédents budgétaires afin d'exclure les circonstances susceptibles de diminuer la qualité de la prestation des services d'ambulance.
3.135	Nous recommandons qu'EM/ANB adopte une série plus équilibrée d'indicateurs de rendement clés comme base des paiements fondés sur le rendement afin d'inciter SSMNB à atteindre un rendement élevé dans toutes les collectivités du Nouveau-Brunswick.
3.152	Nous recommandons que le ministère et EM/ANB adoptent des contrôles pour réduire au minimum la fréquence d'utilisation des exemptions de déploiement total ou abolissent le recours aux exemptions.

3.153	Nous recommandons que le conseil d'administration d'EM/ANB exige que SSMNB révise le plan d'état du système afin d'actualiser les spécifications détaillées quant aux ambulances, aux installations et aux ressources humaines qui doivent être déployées pour atteindre les normes de rendement.
3.163	Nous recommandons que le ministère et EM/ANB révisent le guide d'approbation des exemptions afin d'empêcher l'utilisation non valable des exemptions de déploiement total ou abolissent le recours aux exemptions.
3.191	Nous recommandons que le conseil d'administration mette en œuvre des objectifs de rendement progressifs pour inciter SSMNB à assurer une amélioration continue pendant la durée du contrat.
3.192	Nous recommandons qu'EM/ANB améliore le repérage et le suivi des initiatives stratégiques et des initiatives d'entreprise et inclue des résultats mesurables dans ses plans.
3.193	Nous recommandons que le conseil d'administration élargisse les indicateurs de rendement clés pour les paiements fondés sur le rendement afin d'inclure tous les secteurs d'activité, comme les ressources humaines, la flotte et les langues officielles.
3.206	Nous recommandons que le Bureau du Conseil exécutif examine le règlement sur les conflits d'intérêts pris en vertu de la <i>Loi sur les conflits d'intérêts</i> et le modifie pour y inclure à l'annexe A toutes les sociétés de la Couronne concernées, y compris EM/ANB Inc.

Programme des dossiers médicaux électroniques - Ministère de la Santé

2020, volume II, chapitre 2

2.61	Nous recommandons que le ministère de la Santé s'assure que des audits périodiques sont effectués sur les futurs programmes afin d'évaluer l'atteinte des résultats du programme et la conformité des bénéficiaires de financement aux modalités du financement.
------	--

Problèmes liés à la dette d'Énergie NB

2020, volume II, chapitre 3

3.59	Nous recommandons qu'Énergie NB accorde la priorité à la réduction de la dette en élaborant un rigoureux plan de gestion de la dette bien défini afin d'atteindre l'objectif prescrit en matière de ratio d'endettement d'ici 2027. Le plan devrait comprendre : <ul style="list-style-type: none"> • des indicateurs de rendement clés (IRC) annuels réalisables, y compris un montant de réduction de la dette et un ratio d'endettement ; • l'obligation de fournir, au moyen un rapport annuel d'Énergie NB : <ol style="list-style-type: none"> i. des informations sur tout écart par rapport aux IRC annuels; ii. les raisons pour lesquelles les IRC ne sont pas atteints, le cas échéant ; iii. un plan d'action ajusté pour atteindre l'objectif prescrit en 2027.
3.84	Nous recommandons qu'Énergie NB améliore son processus prévisionnel et quantifie l'incidence des incertitudes probables dans le plan décennal, comme les prix du carburant, la production hydroélectrique, le facteur de capacité de la centrale de Point Lepreau, les phénomènes météorologiques et ainsi de suite.

Mise à jour sur la planification des foyers de soins et la stratégie sur le vieillissement -
Ministère du Développement social
2020, volume II, chapitre 4

4.46	Nous continuons à recommander que le ministère du Développement social évalue s'il y a un avantage économique à fournir des lits de foyer de soins selon le modèle opéré par un organisme à but lucratif par rapport au modèle traditionnel. Cette évaluation devrait comporter une comparaison des coûts réels et de la qualité du service.
4.73	Nous recommandons que le ministère du Développement social élabore, en collaboration avec les parties prenantes, pertinentes des indicateurs de rendement assortis de cibles précises pour chaque mesure énoncée dans la stratégie sur le vieillissement.
4.74	Nous recommandons que le ministère du Développement social mette au point un processus officiel pour surveiller les mesures énoncées dans la stratégie sur le vieillissement et vérifier leur mise en œuvre.
4.88	Nous recommandons que le ministère du Développement social rende publics les résultats réels comparativement aux résultats escomptés ou attendus dans le cadre de la stratégie sur le vieillissement et du plan pour les foyers de soins. Les rapports devraient expliquer les écarts entre les plans et les résultats.

L'accès du vérificateur général à Vestcor est considérablement limité
2020, volume II, chapitre 5

5.9	Nous recommandons que le ministre des Finances et du Conseil du Trésor propose une modification de la <i>Loi sur le vérificateur général</i> pour inclure Vestcor (et les entités connexes) dans les entités auditables, afin que la vérificatrice générale dispose d'un droit d'accès illimité pour effectuer des audits de performance et des audits financiers comme elle le juge nécessaire.
5.10	Nous recommandons que le ministre des Finances et du Conseil du Trésor en vertu de l'article 12 de la <i>Loi sur le vérificateur général</i> , demandent à la vérificatrice générale d'effectuer un audit de performance portant sur Vestcor (et les entités connexes) et demande à Vestcor de lui donner un accès illimité.
5.12	Nous recommandons que le ministre des Finances et du Conseil du Trésor propose une modification de la <i>Loi sur Vestcor</i> pour exiger que Vestcor (et les entités connexes) a : <ul style="list-style-type: none"> - déposent un rapport annuel auprès du greffier de l'Assemblée législative ; - comparaissent devant les comités de l'Assemblée législative.

NOTE : Toutes les recommandations de nos sections 2021 ont été déclarées comme mises en œuvre.

Annexe III : Recommandations des chapitres 2022 non mises en œuvre

Développement du secteur des boissons alcoolisées au Nouveau-Brunswick - Société des alcools du Nouveau-Brunswick 2022, volume I, chapitre 2

2.44	<p>Nous recommandons à la Société des alcools du Nouveau-Brunswick d'élaborer un plan de communication et de mobilisation pour son interaction avec les producteurs locaux afin d'établir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les modalités de mobilisation avec les producteurs locaux; • les objectifs et les cibles permettant de mesurer l'efficacité de la mobilisation des producteurs locaux; • la surveillance et la production de rapports sur l'efficacité de la mobilisation des producteurs locaux au développement du secteur local des boissons alcoolisées.
2.92	<p>Nous recommandons à la Société des alcools du Nouveau-Brunswick d'effectuer un examen complet et une mise à jour de sa stratégie d'établissement des prix et de sa structure de majoration pour s'assurer que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tous les types de statuts de la liste de produits sont inclus; • le processus, les critères de décision et les exigences en matière de documentation pour les ententes spéciales distinctes de la structure de majoration habituelle sont clairement décrits; • les pratiques commerciales sont conformes à la stratégie d'établissement des prix, à la structure de majoration et aux fins prescrites par la <i>Loi sur la Société des alcools du Nouveau-Brunswick</i>.

Surveillance du Régime de soins de santé et de soins dentaires des employés - Ministère des Finances et Conseil du Trésor 2022, volume I, chapitre 3

3.32	<p>Nous recommandons au FCT de réévaluer la structure opérationnelle du Régime afin de déterminer s'il existe un modèle de gouvernance plus efficace.</p>
3.48	<p>Nous recommandons au ministère des Finances et Conseil du Trésor d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de limitation des coûts pour stabiliser les coûts tout en assurant la viabilité à long terme du Régime.</p>
3.53	<p>Nous recommandons au ministère des Finances et Conseil du Trésor en consultation avec le Comité permanent sur les régimes d'assurance, d'établir un processus de gestion des risques, y compris une évaluation indépendante des pratiques de gestion des risques liés aux tiers.</p>
3.62	<p>Nous recommandons au ministère des Finances et Conseil du Trésor de déterminer si le contrat d'administration du Régime conclu avec Vestcor assure le meilleur rapport qualité-prix, par exemple en remplissant une demande d'information pour les services de Vestcor.</p>

3.65	<p>Nous recommandons au ministère des Finances et Conseil du Trésor en collaboration avec le Comité permanent sur les régimes d'assurance :</p> <ul style="list-style-type: none"> de préciser la répartition des coûts entre les différents régimes d'avantages sociaux administrés par Vestcor; de s'assurer que les dépenses de Vestcor sont admissibles et exactes avant le paiement.
3.72	<p>Nous recommandons au ministère des Finances et Conseil du Trésor en collaboration avec le Comité permanent sur les régimes d'assurance, d'établir et de communiquer des objectifs de rendement assortis de paramètres précis pour mesurer le rendement du Régime, y compris les contrats avec des tiers.</p>
3.80	<p>Nous recommandons au ministère des Finances et Conseil du Trésor analyse périodiquement les données sur les réclamations pour déterminer :</p> <ul style="list-style-type: none"> les tendances inhabituelles en matière de réclamations ; les fraudes soupçonnées ou d'autres types d'anomalies.
3.85	<p>Nous recommandons au ministère des Finances et Conseil du Trésor de comparer le rendement du Régime par rapport aux données pertinentes sur les avantages de l'industrie.</p>

Sites contaminés - Ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux
2022, volume II, Chapitre 2

2.31	<p>Nous recommandons que le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux rend un plus grand nombre de renseignements sur les sites contaminés accessibles au public sur son site Web.</p>
2.54	<p>Nous recommandons que le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> crée un plan et établisse un échéancier pour le traitement de tous les dossiers de site contaminé ouverts en suspens; examine périodiquement le plan par rapport aux résultats réels pour s'assurer que les travaux seront achevés dans les délais.
2.61	<p>Nous recommandons que le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux normalise l'information consignée dans la base de données des dossiers d'incident par les inspecteurs régionaux à l'échelle de la province.</p>
2.72	<p>Nous recommandons que le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> crée des cibles de rendement pour le processus de gestion des incidents et compare régulièrement les résultats réels aux cibles de rendement ; rend compte publiquement des mesures de rendement du processus de gestion des incidents.

Fonds en fiducie pour l'environnement - Ministère de l'Environnement et des gouvernements locaux
2022, volume II, chapitre 3

3.35	<p>Nous recommandons au ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • de désigner une seule autorité chargée de superviser l'administration du Fonds en fiducie pour l'environnement (FFE) ; • d'élaborer un cadre de référence pour clarifier et définir les rôles, les responsabilités du Comité consultatif et les attentes à son sujet.
3.40	<p>Nous recommandons au ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'élaborer une stratégie et des plans annuels pour le FFE, avec des objectifs, des mesures de rendement et des cibles clairement définis ; • d'établir un lien entre le budget annuel et les objectifs du programme dans le cadre de la planification annuelle permanente.
3.76	<p>Nous recommandons au ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux de mesurer et de déclarer les résultats attendus et réels de tous les projets financés par le FFE.</p>

RAPPORT DU

Vérificateur général du Nouveau-Brunswick

Volume III
audit financier

2024

AUDITOR GENERAL
OF NEW BRUNSWICK



VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL
DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Publié par:
Le Bureau du vérificateur général
Province du Nouveau-Brunswick

Décembre 2024

ISBN: 978-1-4605-4129-6 (Édition imprimée bilingue)

ISBN: 978-1-4605-4131-9 (Version anglaise en ligne)

ISBN: 978-1-4605-4133-3 (Version français en ligne)

ISSN 0382-1420



Président de l'Assemblée législative
Province du Nouveau-Brunswick

Madame la Présidente,

Conformément au paragraphe 15(1) de la *Loi sur le vérificateur général*, j'ai l'honneur de soumettre le volume III du rapport 2024 de mon bureau à l'Assemblée législative.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments respectueux,

A handwritten signature in black ink that reads "Paul Martin". The signature is written in a cursive, flowing style.

Paul Martin, FCPA, FCA
Vérificateur général

Fredericton (N.-B.)
Décembre 2024

Table des matières

Chapitre 1 – Message du Vérificateur général	1
Chapitre 2 – Excédent annuel, dette nette et dette consolidée.....	2
Faits saillants du chapitre	3
Excédent annuel.....	4
Dette nette.....	9
Dette consolidée.....	19
Chapitre 3 – État de la situation financière du Nouveau-Brunswick	22
Faits saillants du chapitre	23
Situation financière de la province.....	24
Indicateurs de viabilité	26
Indicateurs de flexibilité	34
Indicateurs de vulnérabilité	37
Chapitre 4 – Résultats de l’audit des états financiers de la province du Nouveau-Brunswick.....	39
Faits saillants du chapitre	40
Audit des états financiers de la province.....	41
Autosuffisance d'Énergie NB	41
Santé : 18 mois de retard dans l'émission des factures	42
Systèmes informatiques du Gouvernement	42
Chapitre 5 – Constatations des audits des états financiers des organismes de la Couronne.....	45
Faits saillants du chapitre	46
Audits des états financiers des organismes de la Couronne.....	47

Chapitre 1 - Message du Vérificateur général

Le 10 septembre 2024, le Bureau a terminé l'audit annuel des Comptes publics de la province et a émis une opinion d'audit sans réserve « propre ».

Nous sommes encouragés par les signes continus de progrès financier pour la province. L'excédent de 501 millions de dollars enregistré cette année est le septième excédent consécutif de la province, et la dette nette a diminué pour la quatrième année consécutive et est à son niveau le plus bas depuis près d'une décennie. Dans l'ensemble, la situation financière de la province est restée stable depuis 2023.

Dans ce rapport, nous présentons les résultats de notre vérification des Comptes publics. Parmi les points importants, citons l'autosuffisance d'Énergie NB, les retards dans le recouvrement de près de 100 millions de dollars de comptes débiteurs et le montant de la dette de la province.

L'exercice 2024 était également la troisième année de mise en œuvre par la province du projet de planification des ressources d'entreprise Oracle Fusion, qui est de grande envergure et dont l'achèvement complet nécessitera plusieurs années. Fusion étant partiellement mis en œuvre, la province continue d'utiliser des systèmes informatiques dépassés qui présentent des risques notables.

Le présent rapport traite également les résultats de nos audits des états financiers des organismes de la Couronne. Bien que nous ayons émis des opinions sans réserve dans chacune de ces audits, dans presque toutes les audits, nous avons cerné des points à améliorer. Cette année, nous avons réalisé neuf audits et émis au total 24 recommandations.

Nous sommes reconnaissants de la coopération continue que nous recevons des ministères et des organismes de la Couronne au cours de nos travaux d'audit des états financiers.

Je tiens à remercier mon équipe d'audit pour son engagement et son dévouement à remplir le mandat du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Le présent rapport témoigne de leur travail acharné et de leur professionnalisme.



Paul Martin, FCPA, FCA
Vérificateur général



Décembre 2024

Excédent annuel, dette nette et dette consolidée

Table des matières

Faits saillants du chapitre 2	3
Excédent annuel.....	4
Dettes nettes	9
Dettes consolidées	19



2024 Volume III

Faits saillants du chapitre 2

L'excédent annuel de 501 millions de dollars est le septième excédent consécutif de la province

Les dépenses provinciales ont augmenté d'un milliard de dollars

La dette nette est à son niveau le plus bas depuis 2015

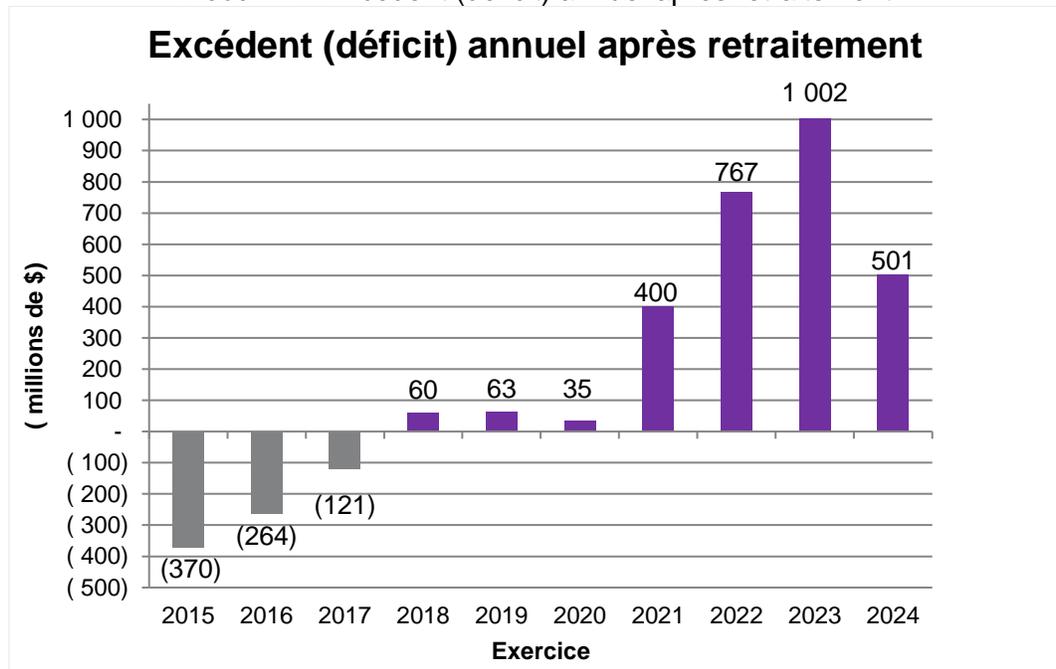
Une dette de 4,4 milliards de dollars doit être remboursés au cours des quatre prochaines années

Excédent annuel

Septième excédent annuel consécutif

- 2.1** Pour la septième année consécutive, la province du Nouveau-Brunswick a enregistré un excédent annuel. Les états financiers consolidés vérifiés du 31 mars 2024 font état d'un excédent annuel de 501 millions de dollars.
- 2.2** La pièce 2.1 présente l'historique des excédents (et déficits) annuels sur dix ans.

Pièce 2.1 - Excédent (déficit) annuel après retraitement



Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

2.3 La pièce 2.2 présente un résumé des facteurs ayant contribué à la diminution de l'excédent de 2023 et 2024.

Pièce 2.2 - Ventilation de la diminution de l'excédent annuel de 2024

Que s'est-il passé depuis l'an dernier ?	
	Dépenses provinciales <i>Augmentation de 1 milliard de dollars par rapport à 2023</i>
	Revenus des impôts provinciaux <i>Diminution de 133 millions de dollars par rapport à 2023</i>
	Autres sources de revenus provinciales <i>Augmentation de 220 millions de dollars par rapport à 2023</i>
	Revenus provenant du gouvernement fédéral <i>Augmentation de 468 millions de dollars par rapport à 2023</i>

Source : Préparé par le VGNB à partir des Comptes publics du Nouveau-Brunswick, volume I, pour l'année se terminant le 31 mars 2024

L'augmentation des dépenses a été supérieure à celle des revenus

2.4 La diminution de 501 millions de dollars de l'excédent de 2023 et 2024 est due aux augmentations des dépenses provinciales qui ont dépassé les augmentations des revenus totaux. Les augmentations les plus importantes des dépenses et des revenus sont les suivantes :

- dépenses de Santé de 434 millions de dollars (soit une augmentation de 11 %)
- des dépenses de Développement social de 217 millions de dollars (soit une augmentation de 13 %)
- des dépenses d'Éducation et de formation de 202 millions de dollars (soit une augmentation de 8 %)
- recettes fédérales de 468 millions de dollars (soit une augmentation de 11 %)

Des revenus des impôts provinciales constituent une source importante de revenus

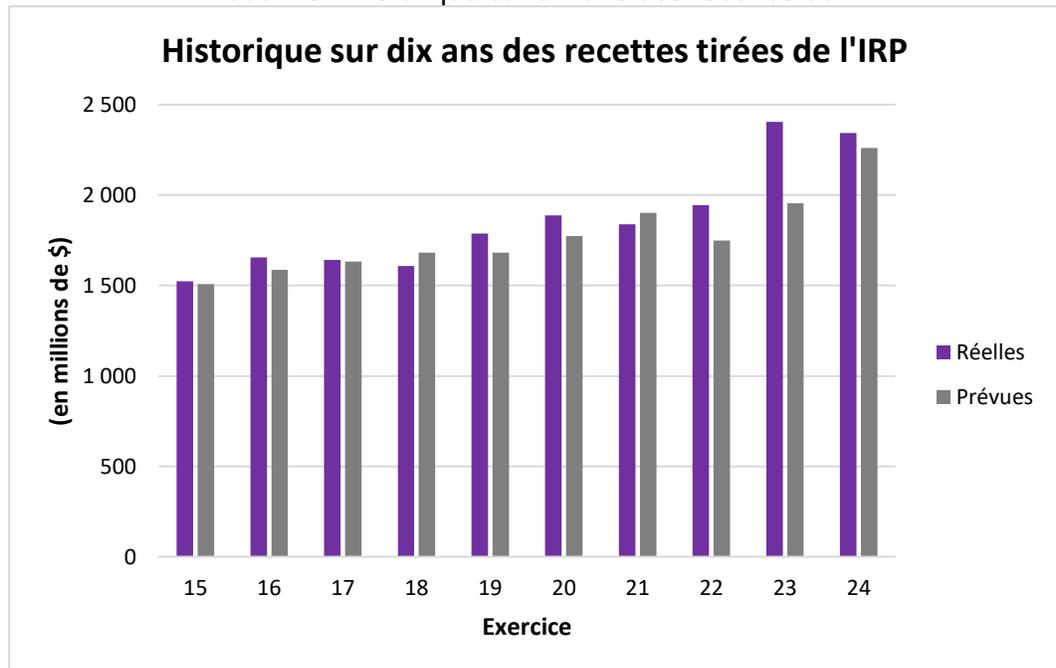
2.5 Bien que des revenus fiscaux provinciales aient diminué par rapport à 2023, elles se sont élevées à 6,4 milliards de dollars cette année et ont représenté 77 % des revenus de provenance provinciales. Les principaux revenus fiscaux provinciales de l'année sont les suivantes :

- l'impôt sur le revenu des particuliers (2,3 milliards de dollars)
- l'impôt sur le revenu des sociétés (0,6 milliard de dollars)
- taxe de vente harmonisée (2,4 milliards de dollars)

Recettes tirées de d'impôt sur le revenu des particuliers

2.6 Les estimations des recettes tirées de l'impôt sur le revenu des particuliers (IRP) sont fondées sur les données fournies par Finances Canada et le ministère des Finances et du Conseil du Trésor. La pièce 2.3 présente l'historique sur dix ans des recettes tirées de l'IRP réelles et prévues au budget.

Pièce 2.3 - Historique sur dix ans des recettes de l'IRP

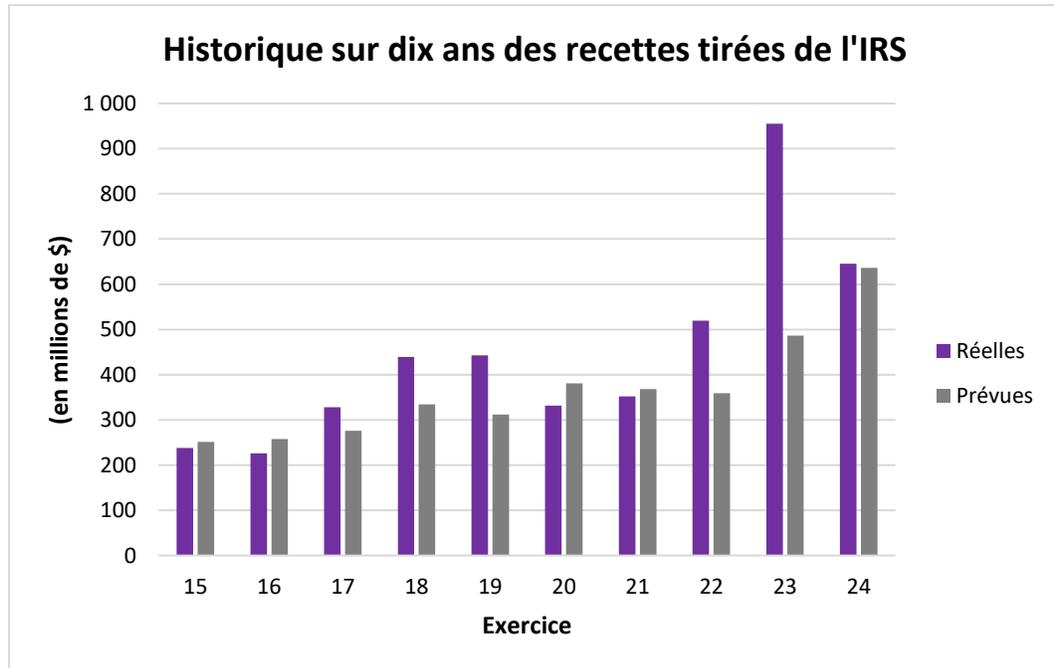


Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

Impôt sur le revenu des sociétés

- 2.7** Les estimations des revenus de l'impôt sur le revenu des sociétés (IRS) sont fondées sur les données fournies par Finances Canada et le ministère des Finances et Conseil du Trésor. La pièce 2.4 présente l'historique sur dix ans des recettes tirées de l'IRS réelles et prévues au budget.

Pièce 2.4 - Historique sur dix ans des recettes tirées de l'IRS

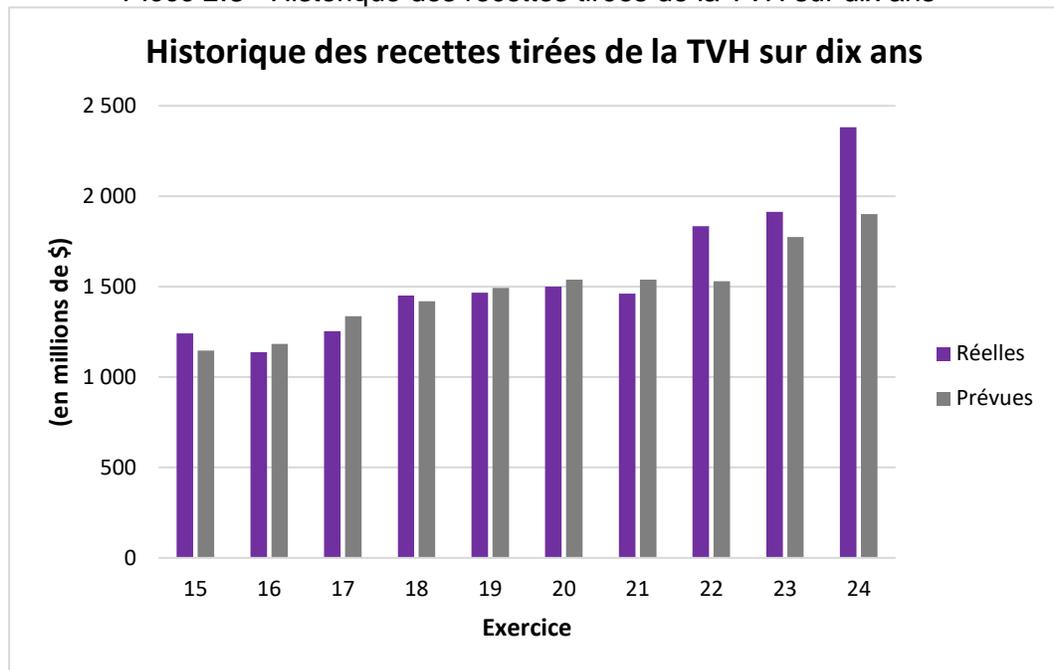


Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

Taxe de vente harmonisée

- 2.8** Les estimations des recettes de la taxe de vente harmonisée (TVH) sont basées sur une formule qui fait partie d'une entente conclue entre la province et le gouvernement fédéral. Chaque année, le gouvernement fédéral estime le montant auquel la province a droit au titre de la TVH selon la formule. Le gouvernement fédéral verse ensuite des paiements à la province sur la base de ces estimations. Ces estimations sont ensuite révisées selon un calendrier officiel à mesure que d'autres données économiques et fiscales sont disponibles. La pièce 2.5 présente l'historique sur dix ans des recettes tirées de la TVH réelles et prévues au budget.

Pièce 2.5 - Historique des recettes tirées de la TVH sur dix ans



Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

- 2.9** Les défis associés à l'estimation des recettes fiscales, notamment les retards dans le calendrier des rajustements possibles, peuvent donner lieu à des écarts budgétaires.

Dettes nettes

Dettes nettes, dettes consolidées et frais d'intérêt

- 2.10** La dette nette et la dette consolidée sont deux formes de dette présentées dans les états financiers consolidés audités de la province. La province comptabilise également une dépense pour le service de sa dette consolidée chaque année, qui consiste principalement en des frais d'intérêt. La pièce 2.6 ci-dessous contient les définitions de la dette nette, de la dette consolidée et du service de la dette publique.

Pièce 2.6 – Définition de dette nette, dette consolidée et service de la dette publique

Terme	Montant pour 2024	Définition
Dette nette	11,8 milliards de dollars	Un calcul comptable mathématique présenté comme le total des passifs <i>moins les actifs financiers</i> .
Dette consolidée	17,6 milliards de dollars*	Dette totale à long terme sous forme de débiteures que la province a contractée et qu'elle est légalement tenue de rembourser. Le solde de la dette consolidée de la province est constitué principalement d'obligations émises sur le marché financier.
Service de la dette publique	537 millions de dollars	Frais annuels de service de la dette consolidée**, consistant principalement en frais d'intérêts.

Source : Préparé par le VGNB à partir des Comptes publics 2024

* La dette consolidée exclut les 5,3 milliards de dollars empruntés pour le compte d'Énergie NB.

**Le service de la dette consolidée consiste principalement en intérêts, en intérêts sur les contrats de location-acquisition et les partenariats public-privé, et en intérêts sur les emprunts à court terme, compensés par les revenus des investissements à court terme, l'amortissement des escomptes et des primes, et le recouvrement des intérêts pour la dette contractée pour Énergie NB

La dette nette a diminué pour la quatrième année consécutive

- 2.11** La dette nette donne un précieux aperçu de la solidité financière de la province, car elle fournit de l'information au sujet des recettes futures nécessaires pour couvrir les dépenses antérieures. La dette nette diminue régulièrement depuis quatre ans, et se chiffre à 11,8 milliards de dollars au 31 mars 2024. Voir la pièce 2.7 ci-dessous pour l'historique de la dette nette sur dix ans.

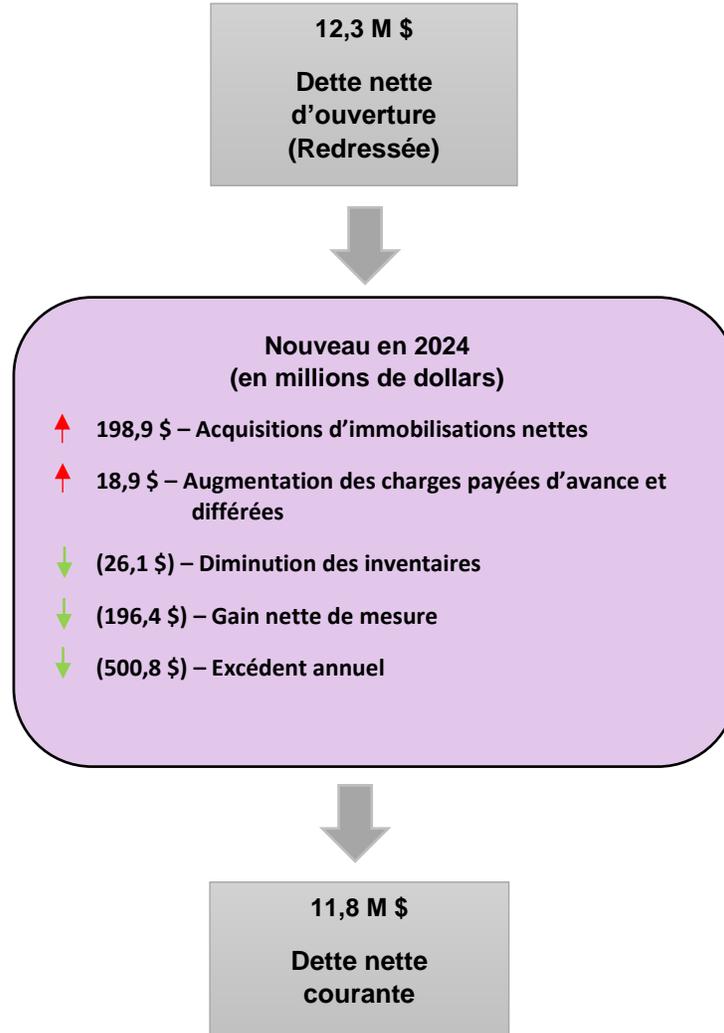
Pièce 2.7- Historique de la dette nette sur dix ans



Source : Préparé par le VGNB sur la base des Comptes publics de l'année concernée, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

2.12 La pièce 2.8 indique les facteurs ayant contribué à la variation de la dette nette par rapport à l'exercice précédent.

Pièce 2.8 - Variation de la dette nette d'une année sur l'autre

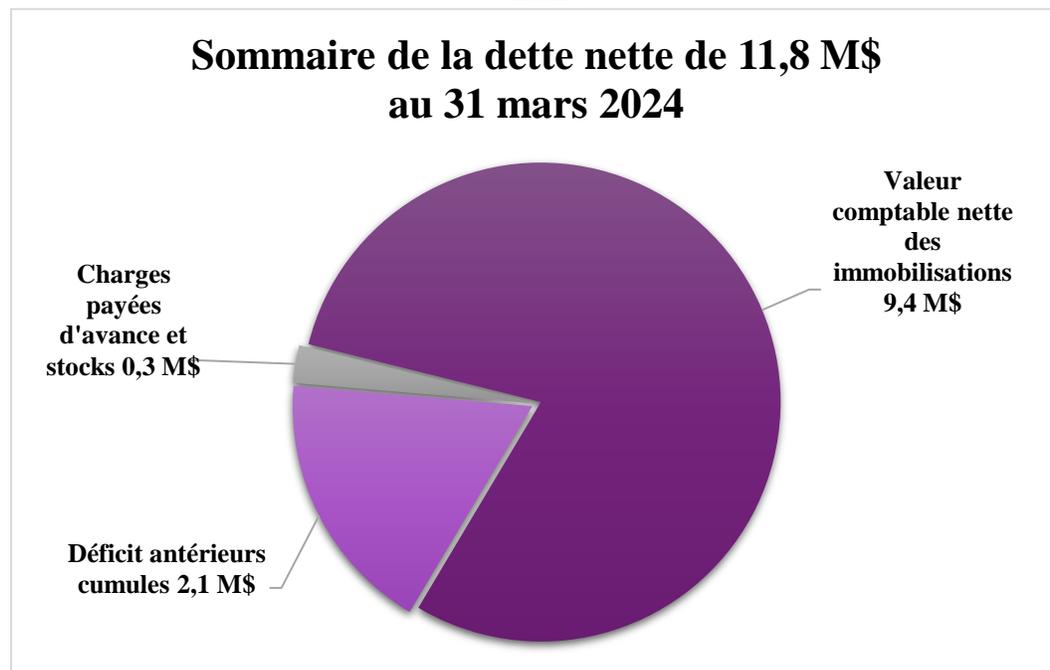


Source : Préparé par le VGNB à partir des Comptes publics de 2024

De quoi la dette nette de 11,8 milliards de dollars se compose-t-elle ?

2.13 La pièce 2.9 présente la composition de la dette nette pour l'exercice terminé en 2024.

Pièce 2.9 - Sommaire de la dette nette de 11,8 milliards de dollars au 31 mars 2024



Source : Préparé par le VGNB à partir des Comptes publics de 2024

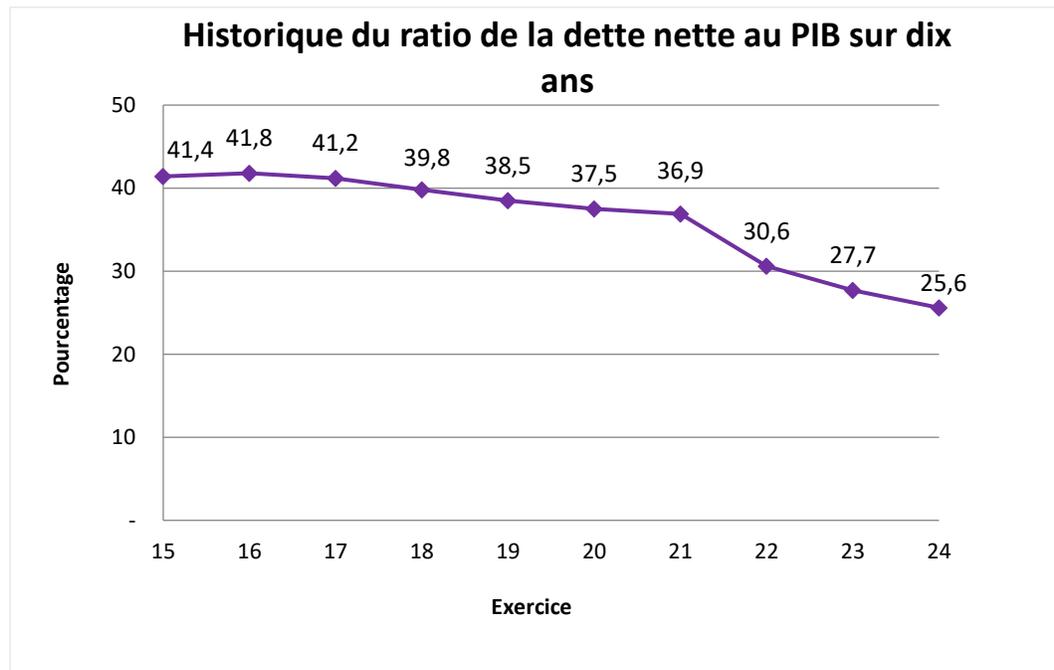
2.14 Les immobilisations corporelles (immobilisations) représentent 80 % de la dette nette. Chaque année, le solde des immobilisations change en fonction d'éléments comme les acquisitions, les cessions et l'amortissement. Les immobilisations principales sont :

- les routes, les ponts et les autoroutes
- les écoles
- les hôpitaux
- les foyers de soins
- les autres immeubles appartenant à la province

Ratio de la dette nette au PIB du Nouveau-Brunswick

- 2.15** Le ratio de la dette nette au produit intérieur brut (PIB)¹ est devenu un important indicateur de viabilité pour les gouvernements, car il montre la relation entre la dette nette et l'activité économique. La province inclut un examen de ce ratio dans son analyse des états financiers annuelle.
- 2.16** La pièce 2.10 présente l'historique du ratio de la dette nette au PIB sur dix ans.

Pièce 2.10 - Historique du ratio de la dette nette au PIB sur dix ans



Source : Préparé par le VGNB sur la base des Comptes publics de l'année concernée, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

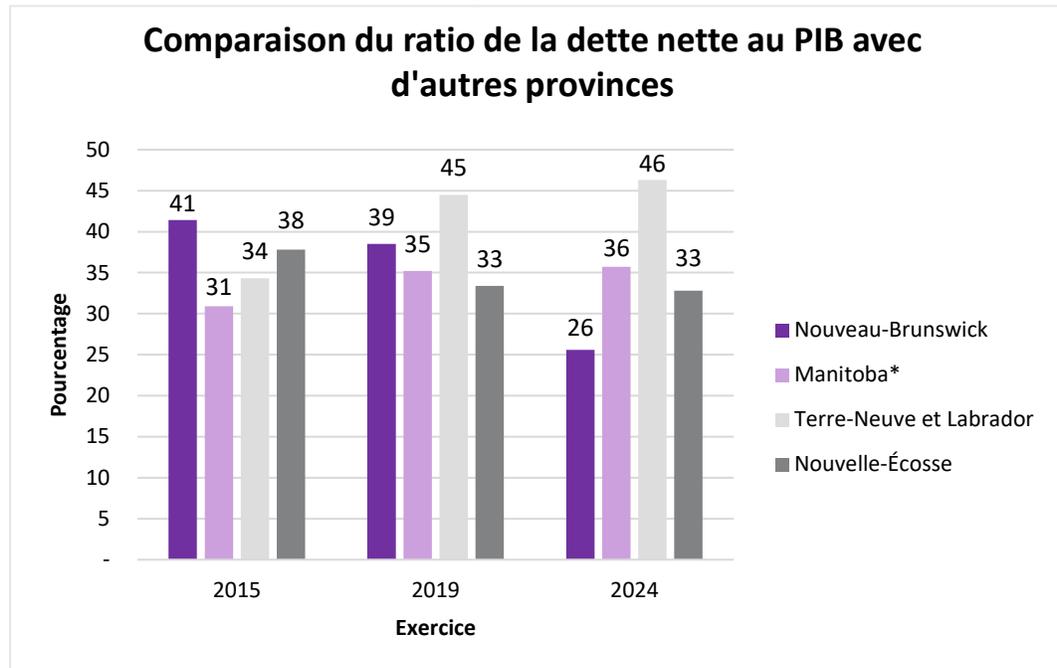
- 2.17** Le ratio de la dette nette au PIB diminue régulièrement depuis 2016 et a atteint son plus bas niveau depuis dix ans. Cela indique que le PIB continue de croître plus rapidement que la dette nette.

¹ Le produit intérieur brut (PIB) mesure la valeur de tous les biens et services produits par une économie pendant une période donnée.

Comparaison du ratio de la dette nette au PIB du Nouveau-Brunswick avec d'autres provinces

2.18 La pièce 2.11 ci-dessous montre une comparaison du ratio de la dette nette au PIB du Nouveau-Brunswick avec d'autres provinces. Pour l'exercice financier se terminant en 2024, le Nouveau-Brunswick avait le plus faible ratio de la dette nette au PIB.

Pièce 2.11 - Comparaison du ratio de la dette nette au PIB avec d'autres provinces



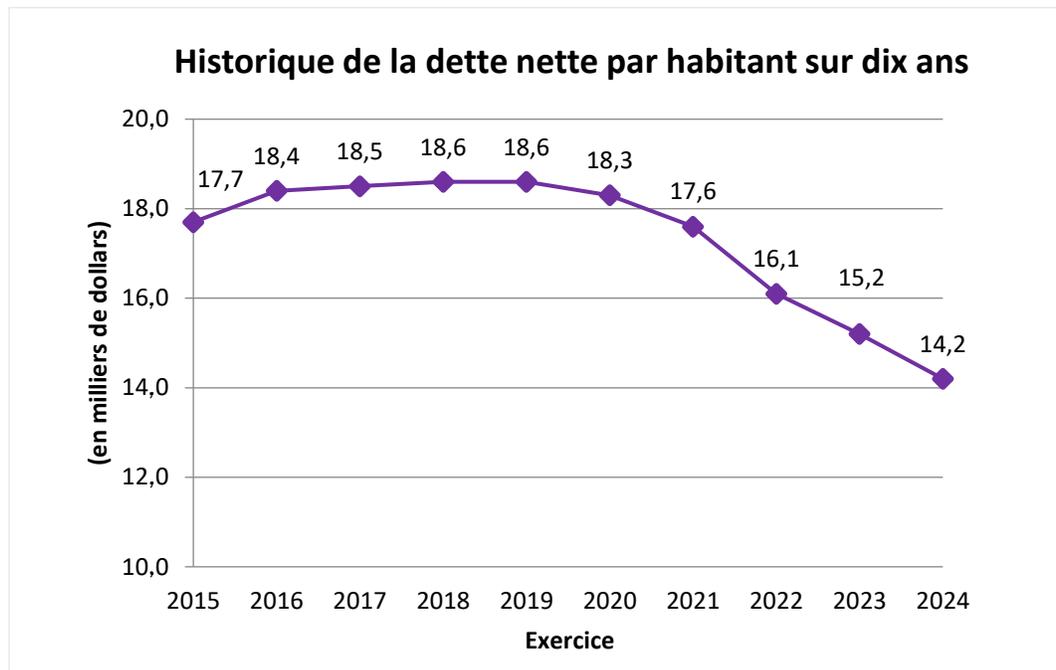
Source : Préparé par le VGNB (après retraitement s'il y a lieu)

*Les informations sur les Comptes publics utilisées pour le Manitoba contenaient un rapport de l'auditeur indépendant qualifié

Dettes nettes par habitant du Nouveau-Brunswick

- 2.19** Une autre façon d'évaluer l'importance de la taille de la dette nette du Nouveau-Brunswick est de la comparer à la taille de la population, également connue sous le nom de dette nette par habitant.
- 2.20** La dette nette par habitant du Nouveau-Brunswick a atteint un sommet de 18 600 \$ en 2018 et 2019, mais elle a depuis diminué pour se chiffrer à 14 200 \$ en 2024. La pièce 2.12 présente l'historique de la dette nette par habitant sur dix ans, indiquant une amélioration constante depuis 2019.

Pièce 2.12 - Historique de la dette nette par habitant sur dix ans

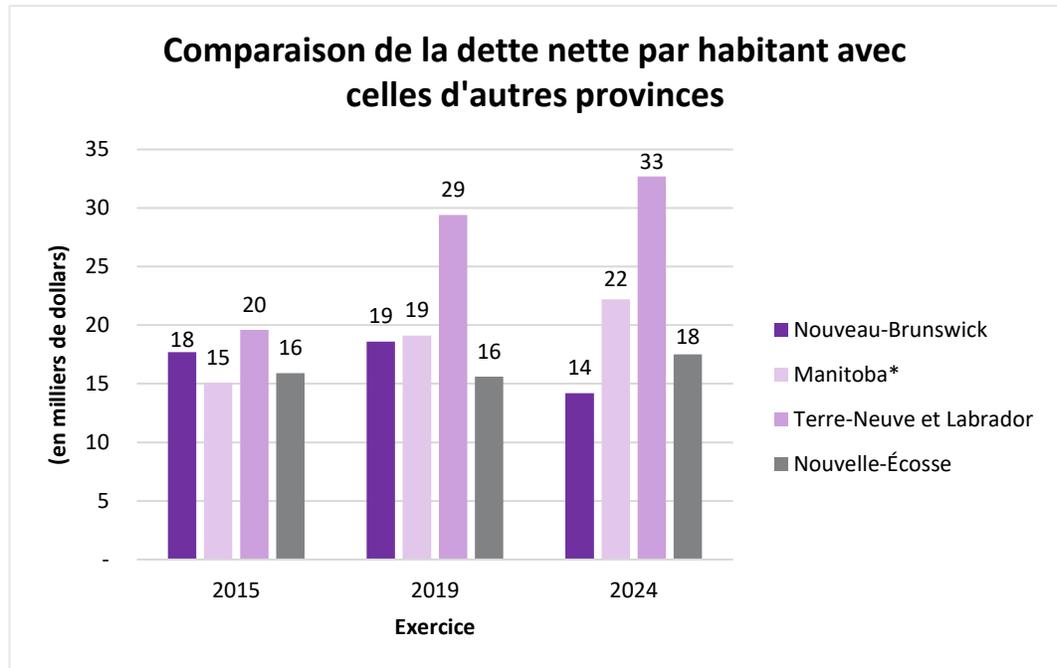


Source : Préparé par le VGNB sur la base des Comptes publics de l'année concernée, avec des retraitements le cas échéant

Comparaison de la dette nette par habitant du Nouveau-Brunswick avec celle d'autres provinces

2.21 La pièce 2.13 ci-dessous présente une comparaison la dette nette par habitant du Nouveau-Brunswick avec celles d'autres provinces. Pour l'exercice terminé en 2024, le Nouveau-Brunswick affichait le ratio le plus bas.

Pièce 2.13 - Comparaison de la dette nette par habitant avec celles d'autres provinces



Source : Préparé par le VGNB, (après retraitement s'il y a lieu)

*Les informations sur les Comptes publics utilisées pour le Manitoba contenaient un rapport d'auditeur indépendant qualifié

Le Nouveau-Brunswick a-t-il atteint ses objectifs ?

Objectifs de réduction de la dette

- 2.22** La pièce 2.14 décrit en détail les objectifs de réduction de la dette nette établis par la province pour les cinq dernières années. Le Nouveau-Brunswick a atteint ou dépassé les objectifs établis pour quatre des cinq dernières années.

*Pièce 2.14 - Historique sur cinq ans des objectifs de réduction de la dette nette par rapport aux chiffres réels (après retraitement, s'il y a lieu)
(millions de \$)*

Exercice					
	2020	2021	2022	2023	2024
Objectif (augmentation) Diminution	49	129	(241)	(15)	(183)
Réel (augmentation) Diminution	33	475	1 091	363	505
Différence	(16) (Diminution réelle inférieure aux prévisions)	346 (Diminution réelle supérieure aux prévisions)	1 332 (Diminution réelle alors qu'une augmentation était prévue)	378 (Diminution réelle alors qu'une augmentation était prévue)	688 (Diminution réelle alors qu'une augmentation était prévue)
Objectif atteint ou dépassé ?	Non	Oui	Oui	Oui	Oui

Source : Préparé par le VGNB sur la base des budgets et des Comptes publics de l'année concernée, avec des retraitements le cas échéant

Objectifs du ratio de la dette nette au PIB

- 2.23** La pièce 2.15 indique les objectifs du ratio de la dette nette au PIB établis par la province pour les cinq dernières années. Le Nouveau-Brunswick a atteint ou dépassé les objectifs établis pour deux des cinq dernières années.

Pièce 2.15 - Historique sur cinq ans des objectifs du ratio de la dette nette au PIB compare aux chiffres réels (tel qu'enregistré à l'origine)

Exercice					
	2020	2021	2022	2023	2024
Objectif	37,0 %	34,7 %	36,4 %	30,1 %	24,9 %
Réel*	37,5 %	36,9 %	30,6 %	27,7 %	25,6 %
Différence	0,5 % (Ratio réel supérieur aux prévisions)	2,2 % (Ratio réel supérieur aux prévisions)	(5,8) % (Ratio réel inférieur aux prévisions)	(2,4) % (Ratio réel inférieur aux prévisions)	0,7 % (Ratio réel supérieur aux prévisions)
Objectif atteint ou dépassé ?	Non	Non	Oui	Oui	Non

Source : Préparé par le VGNB sur la base des budgets et des Comptes publics de l'année concernée, avec des retraitements le cas échéant

** Une diminution de la dette nette exprimée en pourcentage du PIB dénote une tendance positive, car cela signifie que le PIB croît plus rapidement que la dette nette*

Objectifs pluriannuels

- 2.24** Nous sommes heureux de constater que la province continue de fixer des objectifs pluriannuels en matière de dette nette et de dette nette par rapport au PIB. Les objectifs pluriannuels annoncés dans le Budget principal 2024-2025 de la province sont présentés à la pièce 2.16.

Pièce 2.16- Objectifs de réduction de la dette nette de la province

	Budget de 2025	Objectif de 2026	Objectif de 2027
Diminution (augmentation) annuelle de la dette nette (en millions de dollars)	(315)	(241)	(270)
Ratio de la dette nette au PIB	26,7%	26,0%	25,6%

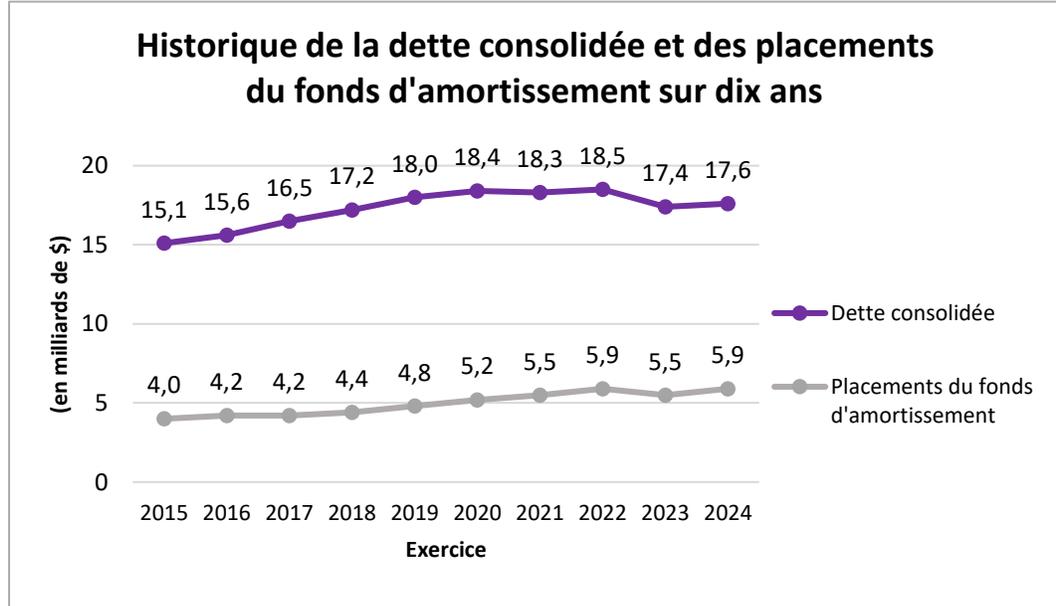
Source : <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/fin/pdf/Budget/2024-2025/speech-2024-2025.pdf>

Dettes consolidées

Dettes consolidées de 17,6 milliards de dollars

- 2.25** Cette année, la dette consolidée s'élève à 17,6 milliards de dollars, ce qui représente une légère augmentation par rapport aux 17,4 milliards de dollars de 2023.
- 2.26** Pour faciliter les remboursements futurs de cette dette, la province maintient un fonds d'amortissement. La *Loi provinciale sur les prêts* stipule qu'au plus tard à la date anniversaire de l'émission d'une dette consolidée, au moins 1 % du capital de l'émission qui est encore dû sera versé au fonds d'amortissement. Au 31 mars 2024, la valeur marchande des placements du fonds d'amortissement de la province était d'environ 5,9 milliards de dollars.
- 2.27** La pièce 2.17 montre l'historique de la dette consolidée et des placements du fonds d'amortissement de la province sur dix ans.

Pièce 2.17 - Historique de la dette consolidée et des placements du fonds d'amortissement sur dix ans



Source : Préparé par le VGNB sur la base des Comptes publics de l'année concernée, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

2.28 Comme on l’a mentionné précédemment, la dette consolidée est nettement supérieure aux placements du fonds d’amortissement. D’autres dépenses d’environ 12 milliards de dollars seront nécessaires à l’avenir pour rembourser l’intégralité de la dette consolidée.

2.29 Au cours des quatre prochaines années, environ 4,4 milliards de dollars de dette financée doivent être remboursés. La province peut soit utiliser des fonds consolidés, ou soit refinancer. Par exemple, en 2024 :

- 1,4 milliard de dollars (CA) ont été remboursés
- 1,8 milliard de dollars (CA) de nouvelle dette ont été émis

2.30 Les besoins de trésorerie futurs pour rembourser la dette au cours des quatre prochaines années et au-delà sont indiquées la pièce 2.18.

Pièce 2.18 - Besoins de trésorerie futurs pour rembourser la dette consolidée



Source : Préparé par le VGNB sur la base des Comptes publics de 2024

Frais d'intérêt

2.31 Durant l'exercice terminé en 2024, le coût du service de cette dette (excluant Énergie NB) a été de 537 millions de dollars. Cela représente des frais annuels et ne réduit pas le montant du principal impayé.

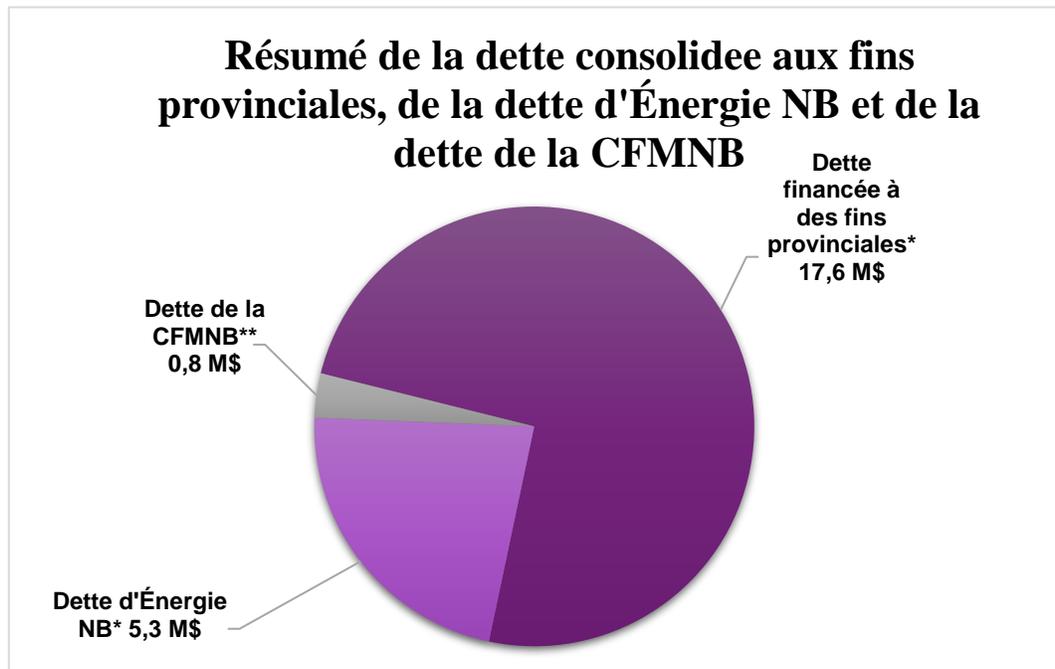
Dettes provinciales

2.32 Les montants comptabilisés comme une dette provinciale (17,6 milliards de dollars) ne comprennent pas :

- Dette d'Énergie NB de 5,3 milliards de dollars
- La dette garantie de 773,4 millions de dollars de la Corporation de financement des municipalités du Nouveau-Brunswick (CFMNB)

2.33 La pièce 2.19 décrit en détail la dette de près de 24 milliards de dollars accumulée par la province.

Pièce 2.19 - Résumé de la dette consolidée aux fins provinciales, de la dette d'Énergie NB et de la dette de la CFMNB



Source : Préparé par le VGNB

*Dette consolidée aux fins provinciales et dette d'Énergie NB au 31 mars 2024

** Dette de la CFMNB au 31 décembre 2023



Décembre 2024

État de la situation financière du Nouveau-Brunswick

Volume III – chapitre 3
2024 Rapport annuel du VGNB

Table des matières

Faits saillants du chapitre 3	23
Situation financière de la province	24
Indicateurs de viabilité.....	26
Indicateurs de flexibilité.....	34
Indicateurs de vulnérabilité	37



Volume III - 2024

Faits saillants du chapitre 3

<u>Viabilité</u>	<u>Flexibilité</u>	<u>Vulnérabilité</u>
5/7 indicateurs de tendance à court terme sont favorables	1/3 indicateurs de tendance à court terme est favorable	1/2 indicateurs de tendance à court terme est favorable
3/7 indicateurs de tendance à long terme sont favorables	1/3 indicateurs de tendance à long terme est favorables	1/2 indicateurs de tendance à long terme est favorable
Dans l'ensemble, la situation financière de la province est restée stable depuis 2023		

Situation financière de la province

Indicateurs financiers

3.1 La situation financière de la province est restée stable depuis 2023. Nous avons analysé douze indicateurs financiers établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (CCSP). Pour les besoins de notre analyse, nous avons défini les tendances comme suit :

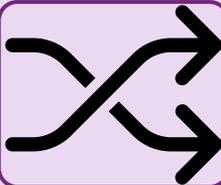
- Tendance à court terme : sur les deux dernières années
- Tendance à long terme : sur dix ans

3.2 Voir la pièce 3.1 pour un résumé complet de tous les indicateurs financiers.



Viabilité

La viabilité indique si la province peut maintenir son niveau actuel de dépenses et s'acquitter de ses obligations financières sans augmenter les impôts ou la dette consolidée.



Flexibilité

La flexibilité est la mesure dans laquelle la province est à même de réagir face à des dépenses accrues ou imprévues, que ce soit par une augmentation des impôts ou de la dette consolidée.



Vulnérabilité

La vulnérabilité est la mesure dans laquelle la province dépend de sources de financement sur lesquelles elle n'exerce pas de contrôle ou d'influence.

Pièce 3.1 - Résumé des indicateurs financiers

	Indicateur	Objectif	Tendance à court terme	Tendance à long terme
Viabilité	Actif/passif	Indique la mesure dans laquelle le gouvernement finance ses activités par l'émission de titres d'emprunt	Favorable	Défavorable
	Actif financier/passif	Indique si les recettes futures seront nécessaires pour payer les opérations passées	Favorable	Défavorable
	Dette nette/recettes annuelles totales	Indique s'il faudra plus de temps pour payer les opérations passées	Favorable	Favorable
	Charges par fonction/charges totales	Indique la tendance des dépenses publiques au fil du temps	Neutre	Neutre
	Dette nette/PIB	Indique la relation entre la dette nette et l'activité économique	Favorable	Favorable
	Déficit accumulé/PIB	Mesure la somme des résultats des activités de l'exercice considéré et de tous les exercices antérieurs par rapport à la croissance économique	Favorable	Favorable
	Charges totales/PIB	Indique la tendance des dépenses publiques dans le temps par rapport à la croissance économique	Défavorable	Neutre
Flexibilité	Frais de la dette/recettes	Indique la mesure dans laquelle les décisions d'emprunt passées limitent la capacité à remplir ses engagements courants en matière de finances et de services	Favorable	Favorable
	Valeur comptable nette des immobilisations/coût des immobilisations	Mesure la durée de vie utile estimatives des immobilisations corporelles disponibles pour la fourniture des produits et services	Défavorable	Défavorable
	Recettes d'origine interne/PIB	Indique la mesure dans laquelle les recettes sont tirées de l'économie	Neutre	Neutre
Vulnérabilité	Paiements de transfert/recettes totales	Mesure le degré de dépendance envers un autre ordre de gouvernement	Neutre	Neutre
	Dette en devises/dette nette	Mesure le degré de vulnérabilité du gouvernement en cas de fluctuations des taux de change	Favorable	Favorable

Source : Préparé par le VGNB

Indicateurs de viabilité

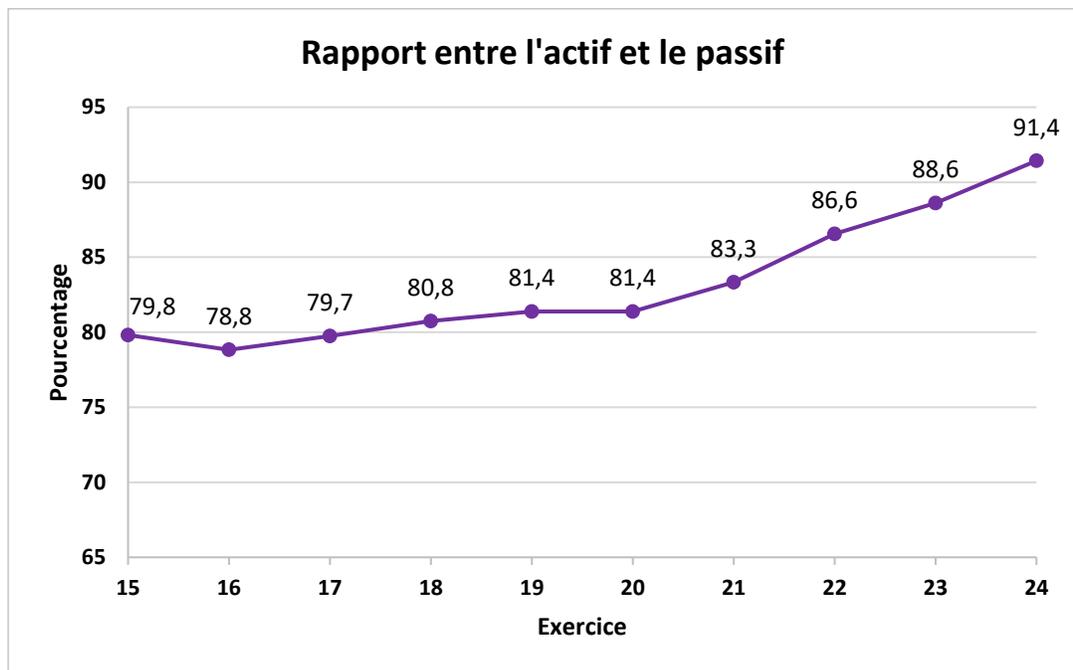
Rapport entre l'actif et le passif

3.3 Le rapport entre l'actif et le passif indique la mesure dans laquelle le gouvernement finance ses activités par l'émission de titres de créances. Un pourcentage :

- inférieure à 100 % indique une tendance défavorable, car la province a plus de dettes que d'actifs.
- qui augmente d'une année sur l'autre indique une tendance favorable à court terme

3.4 Voir la pièce 3.2 ci-dessous pour les résultats du rapport entre l'actif et le passif de 2015 à 2024.

Pièce 3.2 - Rapport entre l'actif et le passif



Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

3.5 Le rapport entre l'actif et le passif est resté inférieur à 100 % au cours des dix dernières années. Il a toutefois augmenté au cours des quatre dernières années. Selon notre évaluation la tendance à :

- long terme - défavorable
- court terme - favorable

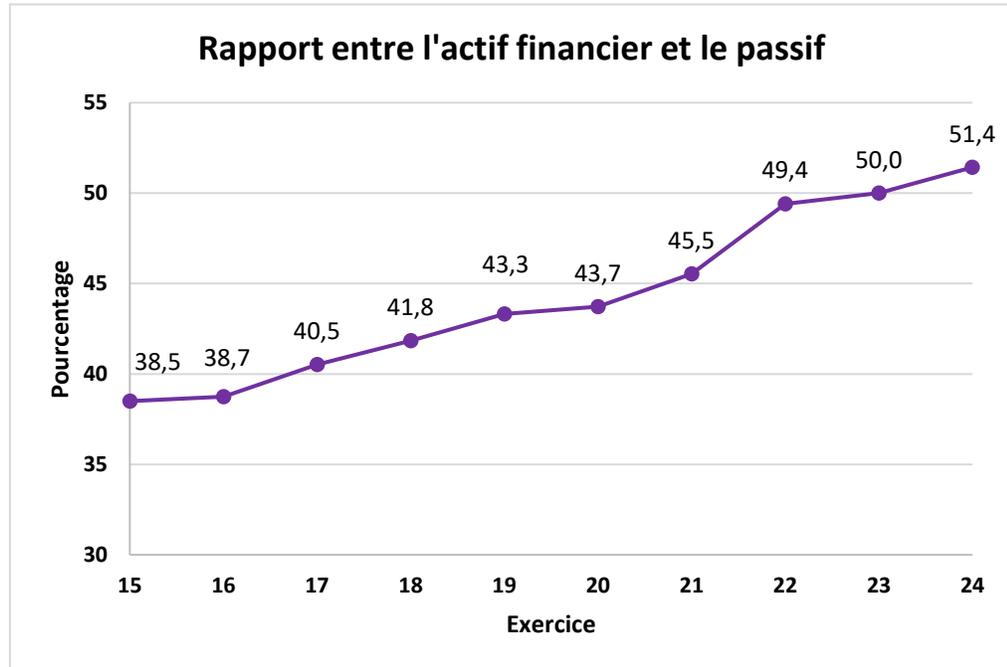
Rapport entre l'actif financier et le passif

3.6 Le rapport entre l'actif et le passif indique la mesure dans laquelle les recettes futures seront nécessaires pour payer les opérations passées. Un pourcentage :

- inférieure à 100 % indique une tendance défavorable car cela signifie qu'il faudra dégager des excédents pour pouvoir payer les opérations passées
- qui augmente d'une année sur l'autre indique une tendance favorable à court terme.

3.7 Voir la pièce 3.3 ci-dessous pour les résultats des actifs financiers par rapport aux passifs pour la période 2015 à 2024.

Pièce 3.3 - Rapport entre l'actif financier et le passif



Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

3.8 Le rapport entre l'actif financier et le passif est resté inférieur à 100 % au cours des dix dernières années. Toutefois, le pourcentage a constamment augmenté depuis 2015. Selon notre évaluation, la tendance à :

- long terme - défavorable
- court terme - favorable

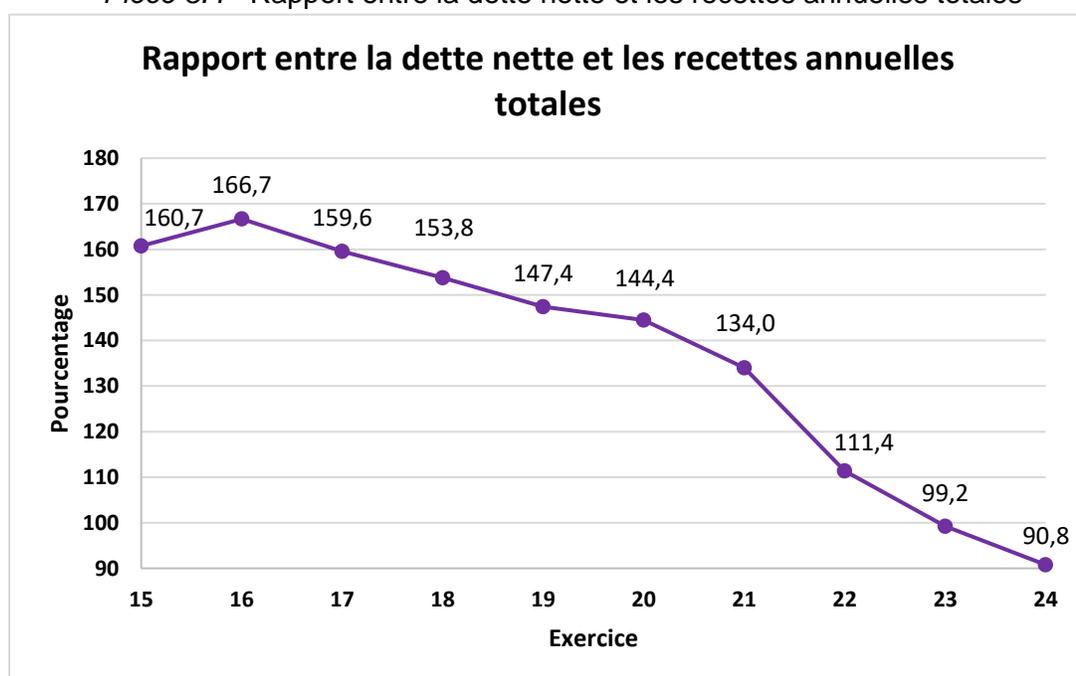
Rapport entre la dette nette et les recettes annuelles totales

3.9 Le rapport entre la dette nette et les recettes annuelles totales indique s'il faut plus de temps pour payer les opérations passées. Un pourcentage qui est :

- à la baisse indique une tendance positive, car la province aura besoin de moins de temps pour éliminer la dette nette.
- en augmentation indique une tendance négative car la province aura besoin de plus de temps pour éliminer la dette nette.

3.10 Voir la pièce 3.4 ci-dessous pour le rapport entre la dette nette et les recettes annuelles totales de 2015 à 2024.

Pièce 3.4 - Rapport entre la dette nette et les recettes annuelles totales



Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

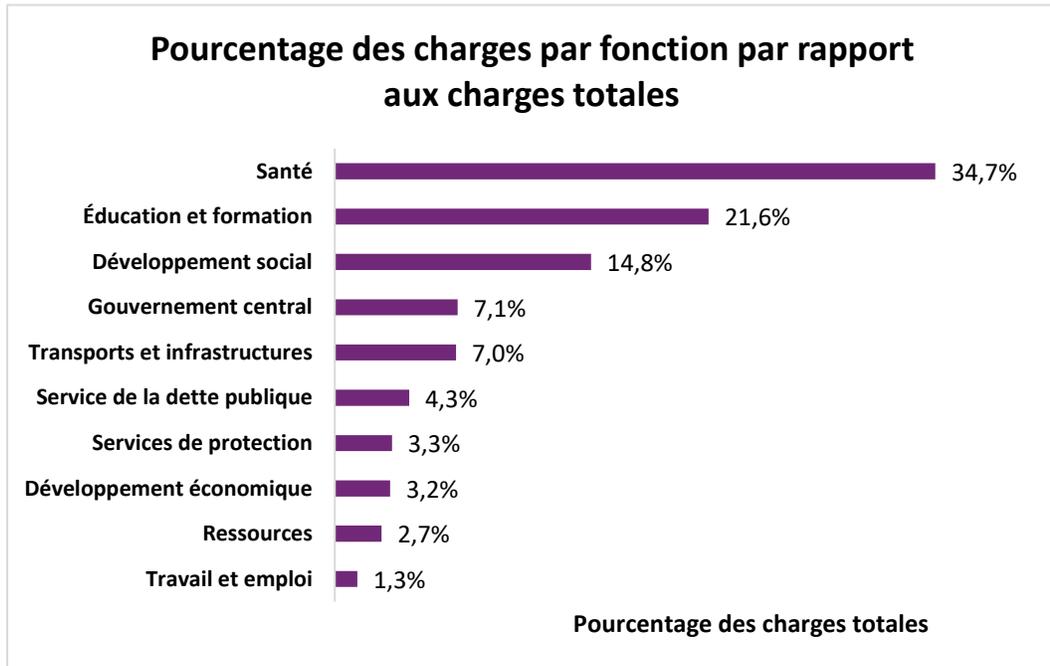
3.11 Le rapport entre la dette nette et les recettes annuelles totales diminue constamment depuis 2016. Selon notre évaluation, la tendance à :

- long terme - favorable
- court terme – favorable

Rapport entre les charges par fonction aux charges totales

- 3.12** Le pourcentage des charges par fonction par rapport aux charges totales indique la tendance des dépenses publiques au fil du temps. Si les frais de la dette augmentent, il y a moins de fonds disponibles pour fournir des services.
- 3.13** Voir la pièce 3.5 ci-dessous pour le pourcentage des charges par fonction par rapport aux charges totales pour l'exercice clos le 31 mars 2024.

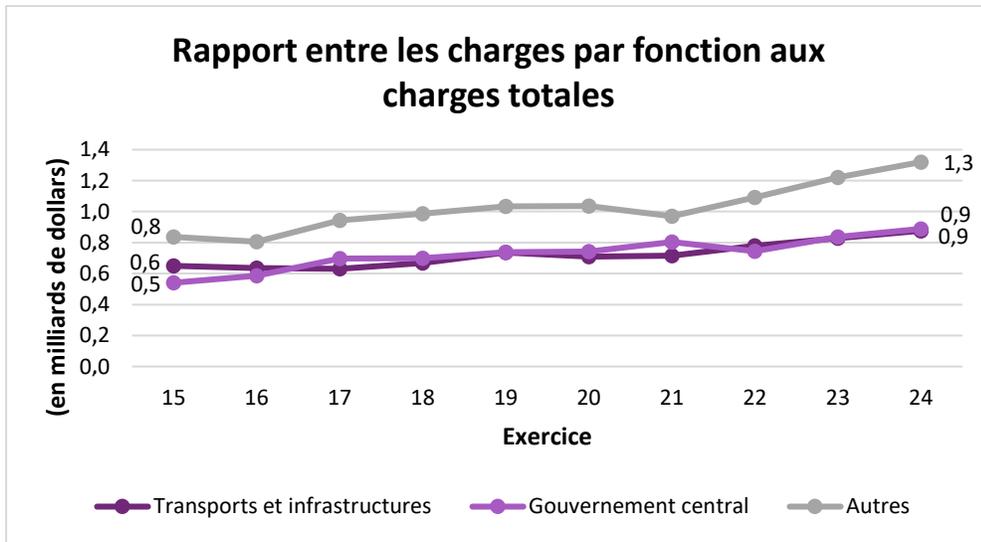
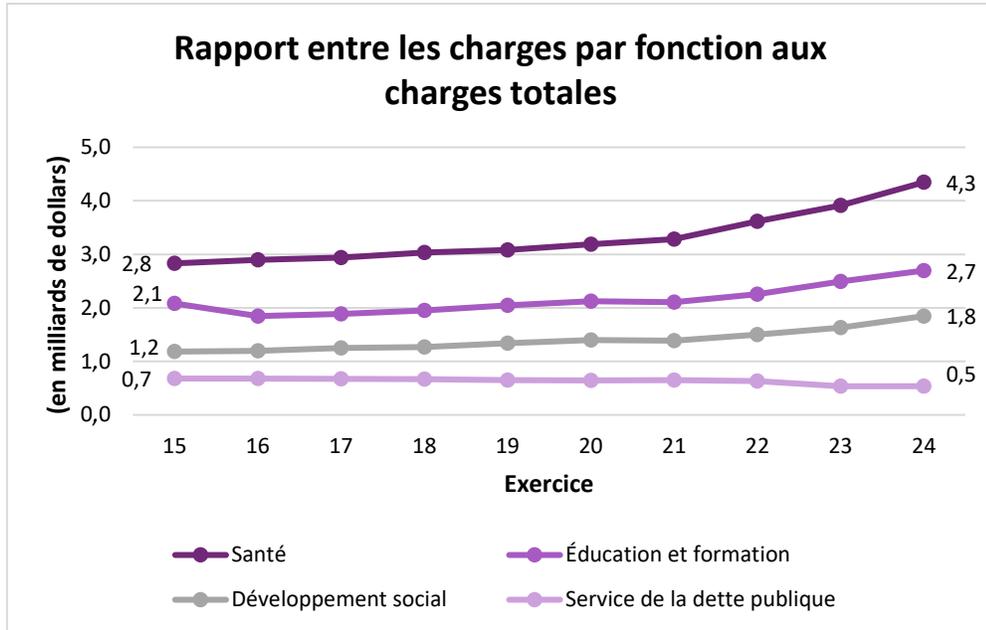
Pièce 3.5 - Pourcentage des charges par fonction par rapport aux charges totales au 31 mars 2024



Source : Préparé par le VGNB sur la base des Comptes publics 2024

- 3.14** La pièce suivante détaille les charges par fonction par rapport aux charges totales pour la période 2015 à 2024 :
- Santé, Éducation et formation, Développement social, Service de la dette publique
 - Transports et infrastructures, Administration central, Divers

Piece 3.6 - Rapport entre les charges par fonction aux charges totales



Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

Autres : Comprend le Développement économique, Travail et d'emploi, les Services de protection, les Ressources et les Pertes dues à la restructuration

3.15 La répartition des dépenses a peu évolué au cours des neuf dernières années, à l'exception des dépenses de Santé qui ont augmenté à court terme. Selon notre évaluation, la tendance à :

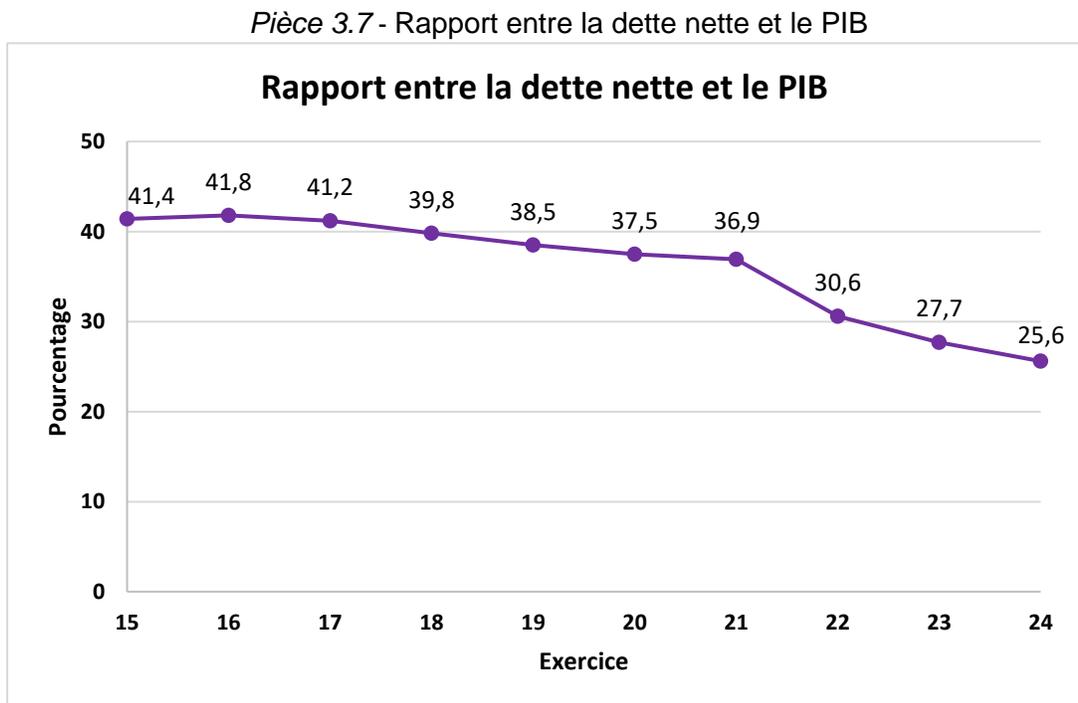
- long terme - neutre
- court terme - neutre

Rapport entre la dette nette et le PIB

3.16 Le rapport entre la dette nette et le PIB indique la relation entre la dette nette et l'activité économique. Un pourcentage qui est :

- à la baisse indique une tendance positive, car la croissance du PIB dépasse celle de la dette nette
- en augmentation révèle une tendance négative, car elle indique que la croissance de la dette nette dépasse celle du PIB.

3.17 La pièce 3.7 ci-dessous présente les résultats du rapport entre la dette nette et le PIB pour la période 2015 à 2024.



Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

3.18 Le rapport entre la dette nette et le PIB est en baisse constante depuis 2016. Selon notre évaluation, la tendance à :

- long terme - favorable
- court terme - favorable

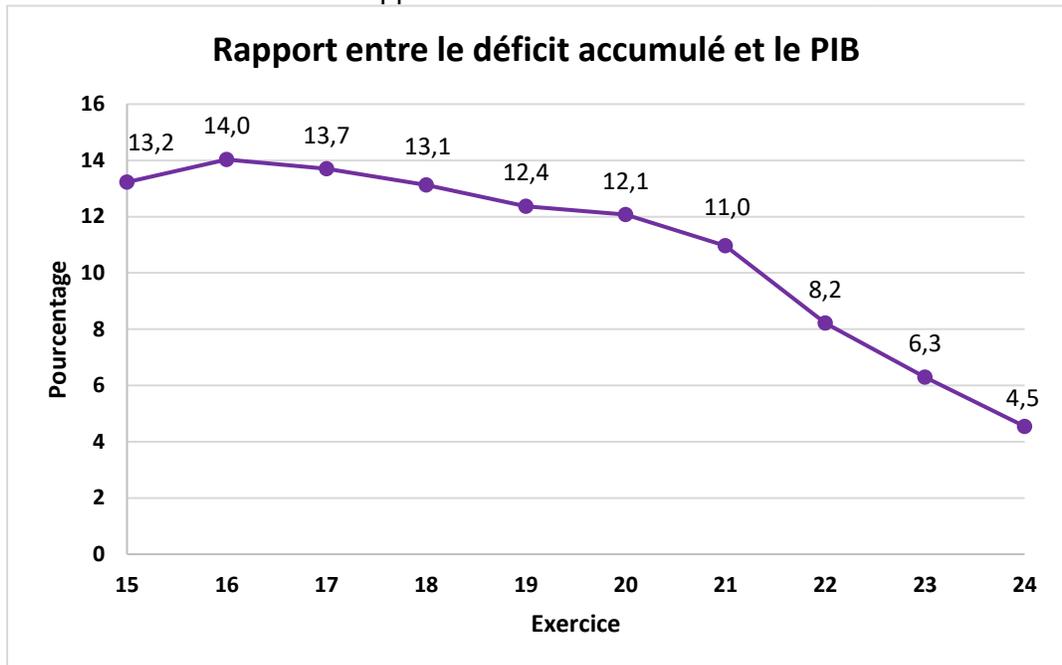
Rapport entre le déficit accumulé et le PIB

3.19 Le rapport entre le déficit accumulé et le PIB indique la tendance des dépenses publiques dans le temps par rapport à la croissance économique. Le déficit accumulé donne la mesure dans laquelle les recettes annuelles actuelles et passées ont été insuffisantes pour couvrir les coûts annuels actuels et passés de la prestation des services. Un pourcentage qui est en :

- baisse indique une tendance positive, car la croissance du PIB dépasse celle du déficit accumulé
- augmentation indique une tendance négative, car le déficit accumulé dépasse la croissance du PIB

3.20 Voir la pièce 3.8 ci-dessous pour les résultats accumulés du déficit par rapport au PIB pour la période 2015 à 2024.

Pièce 3.8 - Rapport entre le déficit accumulé et le PIB



Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

3.21 Le rapport entre le déficit accumulé et le PIB a constamment diminué depuis 2016. Selon notre évaluation, la tendance à :

- long terme - favorable
- court terme - favorable

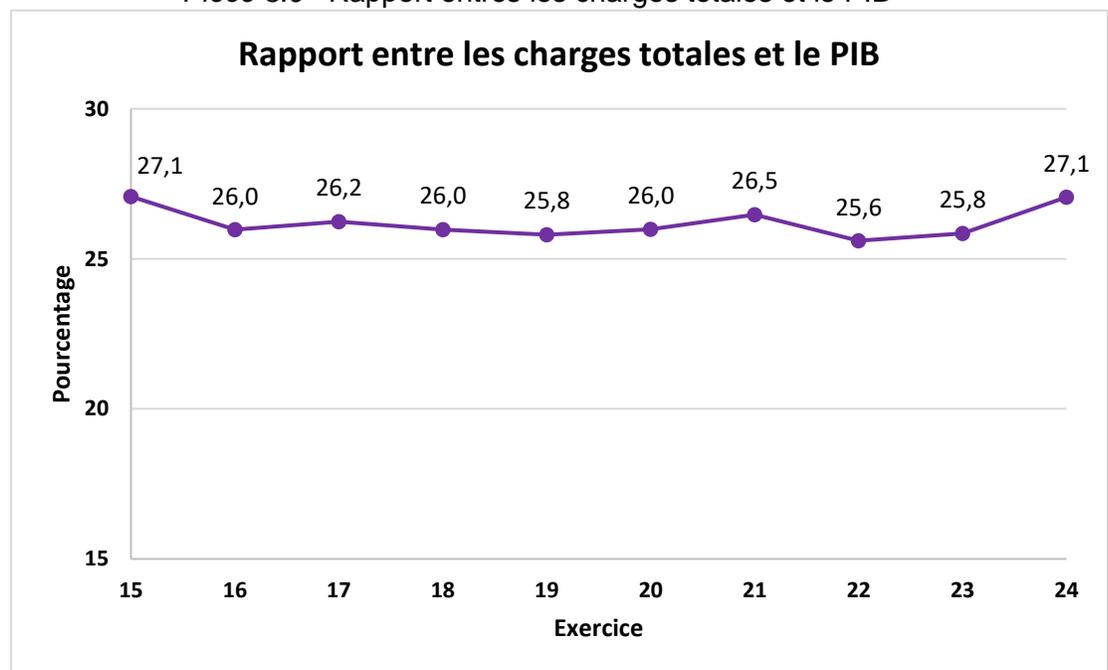
Rapport entre les charges totales et le PIB

3.22 Le rapport entre les charges totales et le PIB indique la tendance des dépenses publiques dans le temps par rapport à la croissance économique. Un pourcentage qui est en :

- augmentation indique une tendance négative, car les charges publiques augmentent plus rapidement que l'économie.
- baisse indique une tendance positive, car la croissance de l'économie est plus rapide que les dépenses publiques.

3.23 Voir la pièce 3.9 ci-dessous pour les résultats des charges totales par rapport au PIB pour la période 2015 à 2024.

Pièce 3.9 - Rapport entre les charges totales et le PIB



Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

3.24 Il y a eu peu de changements au cours des neuf dernières années. Selon notre évaluation, la tendance à :

- long terme - neutre
- court terme - défavorable

Indicateurs de flexibilité

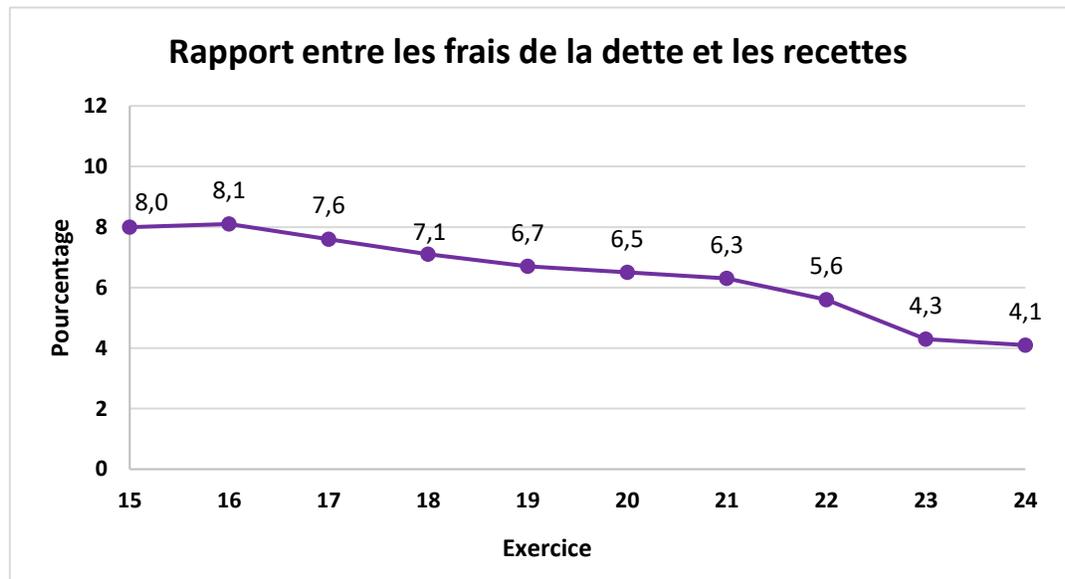
Rapport entre les frais de la dette et les recettes

3.25 Le rapport entre les frais de la dette et les recettes montre dans quelle mesure les décisions d'emprunt passées limitent la capacité à remplir ses engagements courants en matière de finances et de services. Un pourcentage qui est en:

- baisse indique une tendance favorable, car cela signifie que, toutes proportions gardées, une part moins importante des recettes est requise pour acquitter les frais de service de la dette consolidée
- augmentation indique une tendance défavorable, car, toutes proportions gardées, une part plus importante des recettes est requise pour acquitter les frais de service de la dette consolidée

3.26 Voir la pièce 3.10 ci-dessous pour les frais de la dette par rapport aux recettes pour la période 2015 à 2024.

Pièce 3.10 - Rapport entre les frais de la dette et les recettes



Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

3.27 Le rapport entre les frais de la dette et les recettes a constamment diminué au cours des huit dernières années. Selon notre évaluation, la tendance à :

- long terme - favorable
- court terme - favorable

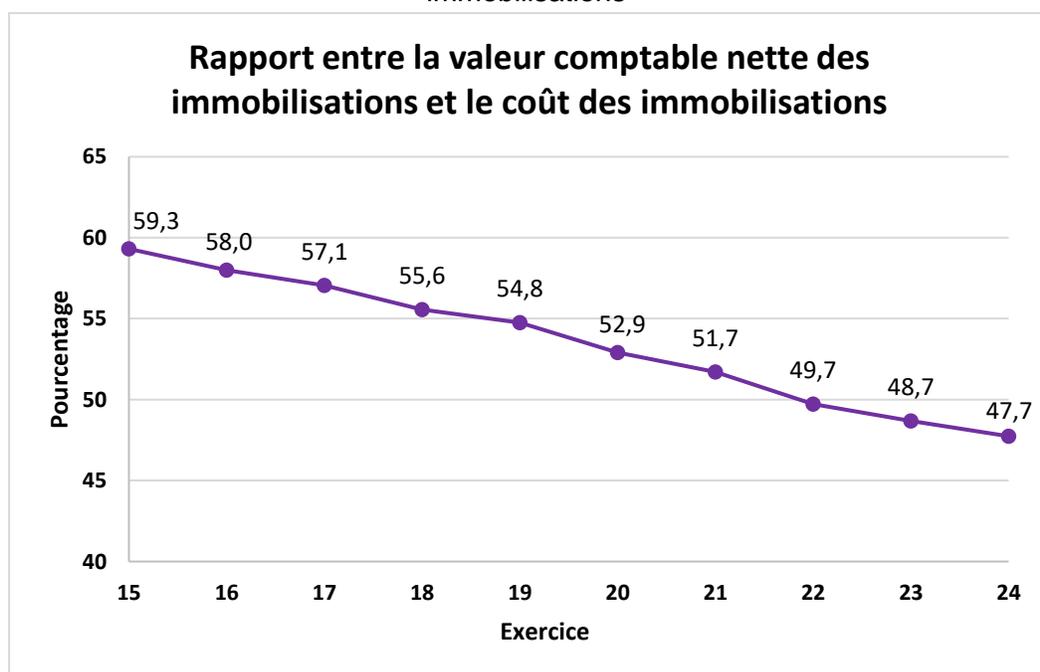
Rapport entre la valeur comptable nette des immobilisations et le coût des immobilisations

3.28 Le rapport entre la valeur comptable nette des immobilisations et le coût des immobilisations mesure la durée de vie utile estimative des immobilisations corporelles disponibles pour la fourniture des produits et services. Un pourcentage qui est en :

- baisse indique une tendance négative, car la dépréciation des actifs (leur utilisation) est plus rapide que leur remplacement
- augmentation indique une tendance positive car le remplacement des actifs est plus rapide que leur dépréciation (utilisation)

3.29 Voir la pièce 3.11 ci-dessous pour la valeur comptable nette des immobilisations par rapport au coût des immobilisations pour la période 2015 à 2024.

Pièce 3.11 - Rapport entre la valeur comptable nette et le coût des immobilisations



Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

3.30 Le rapport entre la valeur comptable nette des immobilisations et le coût des immobilisations a constamment diminué depuis 2015. Selon notre évaluation, la tendance à :

- long terme - défavorable
- court terme - défavorable

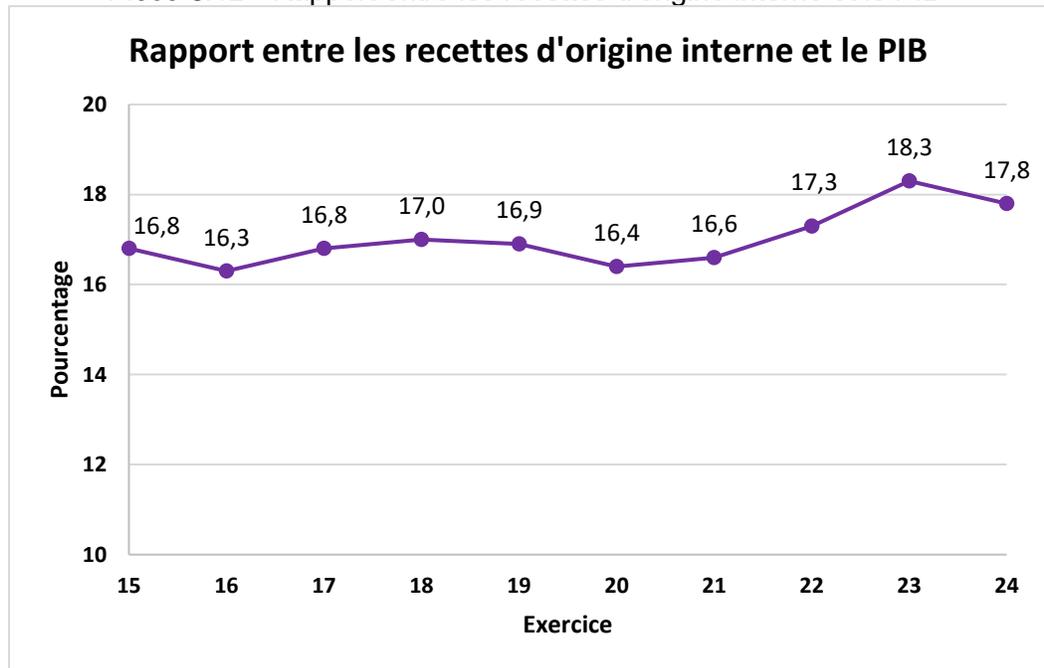
Rapport entre les recettes d'origine interne et le PIB

3.31 Le rapport entre les recettes d'origine interne et le PIB indique la mesure dans laquelle les recettes sont tirées de l'économie. Un pourcentage qui est en :

- augmentation indique une tendance négative, car la province dispose de moins de latitude quant aux moyens de générer des recettes
- baisse indique une tendance positive, car la province dispose de plus de latitude quant aux moyens de générer des recettes

3.32 Voir le pièce 3.12 ci-dessous pour le rapport entre les recettes d'origine interne et le PIB pour la période 2015 à 2024.

Pièce 3.12 - Rapport entre les recettes d'origine interne et le PIB



Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

3.33 Le rapport entre les recettes d'origine interne et le PIB est demeuré relativement stables depuis 2015. Nous avons évalué les tendances comme suit :

- long terme - neutre
- court terme - neutre

Indicateurs de vulnérabilité

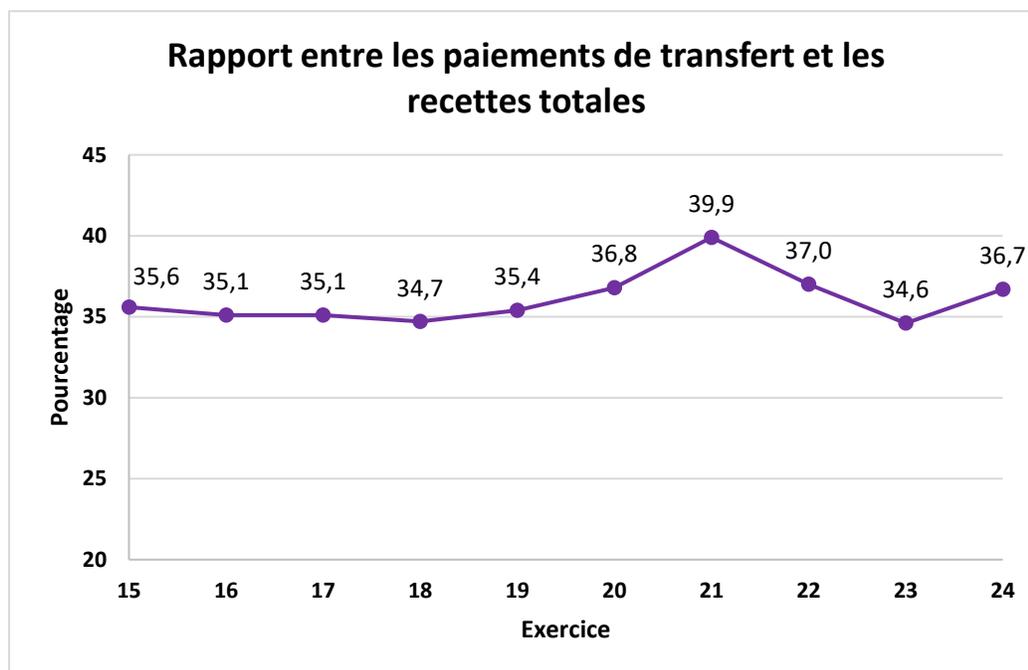
Rapport entre les paiements de transfert et les recettes totales

3.34 Le rapport entre les paiements de transfert et les recettes totales mesure le degré de dépendance envers un autre palier de gouvernement. Un pourcentage qui est en :

- baisse indique une tendance positive, car la province tire ses recettes, dans une moindre mesure, des paiements de transfert
- augmentation indique une tendance négative car la province tire ses recettes, dans une plus grande mesure, des paiements de transfert

3.35 Voir la pièce 3.13 ci-dessous pour les paiements de transfert par rapport aux recettes totales pour la période 2015 à 2024.

Pièce 3.13 - Rapport entre les paiements de transfert et les recettes totales



Source : Préparé par le VGNB sur la base des données des Comptes publics des années concernées, avec des retraitements lorsque ceux-ci sont identifiés dans les Comptes publics

3.36 Le rapport entre les paiements de transfert et les recettes totales est resté relativement stable au cours des dix dernières années. Il y a eu une augmentation notable des paiements de transferts en 2021, en raison du financement de COVID. Une fois ces fonds retranchés de notre analyse, nous avons dégagé les tendances suivantes :

- long terme - neutre
- court terme - neutre

Rapport entre la dette en devises et la dette nette

3.37 Le rapport entre la dette en devises et la dette nette mesure la vulnérabilité potentielle du gouvernement aux fluctuations des devises. Étant donné que la province a couvert la totalité de ses positions en devises, nous avons évalué les tendances suivantes :

- la tendance à long terme - favorable
- la tendance à court terme - favorable



Décembre 2024

Résultats de l'audit des états financiers de la province du Nouveau-Brunswick

Volume III – chapitre 4
2024 Rapport annuel du VGNB

Table des Matières

Faits saillants du chapitre 4	40
Audit des états financiers de la province.....	41
Autosuffisance d'Énergie NB	41
Santé : 18 mois de retard dans l'émission des factures	42
Systemes informatiques du Gouvernement.....	42



2024 Volume III

Faits saillants du chapitre 4

Le vérificateur général a émis une opinion sans réserve sur les états financiers consolidés de la province du Nouveau-Brunswick pour l'exercice clos le 31 mars 2024

La capacité d'Énergie NB à assurer l'autosuffisance de ses opérations reste une préoccupation

Le ministère de la santé ne recouvre pas en temps voulu les sommes dues par les sociétés pharmaceutiques

La province continue d'utiliser des systèmes informatiques présentant des risques notables

Audit des états financiers de la province

Le vérificateur général a exprimé une opinion d'audit sans réserve

- 4.1** Le 10 septembre 2024, le vérificateur général a exprimé une opinion sans réserve (« propre ») sur les états financiers consolidés de la province du Nouveau-Brunswick pour l'exercice clos le 31 mars 2024. Cette opinion indique que les états financiers consolidés de la province sont présentés fidèlement conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.
- 4.2** Nos travaux d'audit ont porté sur l'analyse des éléments suivants :
- les principaux programmes et activités des ministères et organismes de la couronne
 - postes de recettes principaux
 - divers postes de dépenses
 - les contrôles internes relatifs à la préparation des états financiers consolidés
 - contrôles internes des systèmes informatiques importants
- 4.3** Chaque année, nous présentons les résultats de nos travaux et formulons des recommandations d'amélioration à l'intention du bureau du Contrôleur et des ministères.
- 4.4** Dans ce chapitre, nous présentons les principales constatations de nos travaux. Nous n'avons pas constaté de fraudes ou de pertes d'actifs significatives au cours de notre audit.

Autosuffisance d'Énergie NB

La capacité d'Énergie NB à assurer l'autosuffisance de ses opérations demeure préoccupante

- 4.5** Nous demeurons préoccupés par la capacité d'Énergie NB d'autosuffire ses activités et de respecter ses obligations sans l'appui du gouvernement. Au cours des dernières années, nous avons fait part de nos préoccupations concernant des éléments tels que ceux d'Énergie NB :
- des niveaux d'endettement élevés
 - manque de rentabilité
 - défis opérationnels

Santé : 18 mois de retard dans l'émission des factures

Ministère de la santé : on lui doit 97 millions de dollars

- 4.6** En vertu de l'accord sur la liste des prix du Régime médicaments du Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé facture chaque mois les sociétés pharmaceutiques afin de recouvrer une partie des coûts encourus par le ministère au cours de l'année.
- 4.7** Au 31 mars 2024, le ministère de la santé était en retard de 18 mois dans la préparation et l'émission de factures d'une valeur estimée à 97 millions de dollars.
- 4.8** Bien que les montants liés à ces factures aient été correctement enregistrés dans les états financiers consolidés de la province, des retards importants comme celui-ci augmentent le risque que ces montants ne soient pas perçus et peuvent également augmenter le coût des emprunts pour la province.
- 4.9** Nous avons recommandé au ministère de la santé d'élaborer et de mettre en œuvre une procédure permettant de préparer et de présenter régulièrement des factures dans le cadre de cet accord.

Systemes informatiques du Gouvernement

Systeme Oracle Fusion

- 4.10** La portée du projet de planification des ressources d'entreprise Oracle Fusion est considérable et sa mise en œuvre complète nécessitera plusieurs années. L'exercice 2024 a été la troisième année complète d'utilisation de Fusion par la province. Le système comporte plusieurs fonctionnalités, notamment :
- gestion des salaires et des ressources humaines
 - approvisionnement (achats)
 - les finances (paiements, grand livre, immobilisations, gestion de trésorerie, etc.)

4.11 Une fois entièrement mis en œuvre, Fusion sera utilisé par :

- Partie I (ministères)
- Partie II (districts scolaires)
- Collèges communautaires

Contrôle interne et processus comptables

4.12 Pour faire face aux risques liés à un système informatique complexe, nous avons effectué des tests détaillés sur le système Fusion. Les procédures de test ont été conçues pour s'assurer que les montants enregistrés et traités par Fusion sont matériellement complets et exacts.

4.13 Bien que nous n'ayons relevé aucun problème de nature significative, nous avons constaté que des améliorations pouvaient être apportées en veillant à ce que les transactions enregistrées dans le grand livre général fassent l'objet d'un soutien adéquat.

Autres systèmes informatiques

4.14 Outre Fusion, nous avons effectué des travaux sur les systèmes informatiques gouvernementaux suivants :

- Oracle Financials (EBS) - Finances et Conseil du Trésor
- Rémunération des enseignants - Éducation et développement de la petite enfance
- Paie des employés (SIRH) - Service Nouveau-Brunswick
- Infrastructure TI - Service Nouveau-Brunswick, Finances et Conseil du Trésor
- Impôt foncier - Finances et Conseil du Trésor
- Évaluations foncières - Service Nouveau-Brunswick

4.15 Nous avons relevé des recommandations pour tous les systèmes informatiques, à l'exception d'EBS et de l'impôt foncier. Les thèmes communs des améliorations requises concernaient :

- séparation des tâches
- l'adéquation de l'accès des utilisateurs

Systèmes informatiques présentant des risques connus

4.16 Fusion étant partiellement mis en œuvre, la province continue d'utiliser des systèmes informatiques présentant des risques connus.

4.17 Le système utilisé pour traiter les salaires des enseignants en est un exemple. Ce système utilise un ordinateur central qui a plus de 20 ans et présente un risque important. Alors que trois des sept districts scolaires de la province ont migré vers

le système Fusion en avril 2024, les quatre autres districts doivent migrer avant le 31 mars 2026.

- 4.18** Nous avons recommandé au ministère de l'éducation et développement de la petite enfance de continuer à surveiller et à évaluer les risques liés à l'utilisation de ce système obsolète.
- 4.19** Un deuxième exemple est le système utilisé pour traiter la paie de la plupart des employés du gouvernement de la Partie I. Il s'agit d'un autre système qui a plus de 20 ans et, au 31 mars 2024, seuls deux ministères avaient migré vers Fusion.
- 4.20** Nous continuerons à suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre de Fusion.



Décembre 2024

Constatations des audits des états financiers des organismes de la Couronne

Volume III – chapitre 5
2024 Rapport annuel du VGNB

Table des Matières

Faits saillants du chapitre 5	46
Audits des états financiers des organismes de la Couronne	47



2024 Volume III Faits saillants du chapitre 5

Notre bureau a réalisé neuf audits d'organismes de la Couronne - nous avons émis une opinion d'audit sans réserve « propre » pour chacun d'entre eux

Nous avons recommandé aux organismes de la Couronne de s'améliorer dans les domaines des systèmes comptables et de l'informatique, du contrôle interne et des processus comptables

Audits des états financiers des organismes de la Couronne

Ce que nous avons trouvé

- 5.1** Depuis notre dernier rapport de décembre 2023, nous avons achevé l'audit des états financiers de neuf organismes de la Couronne. À l'issue de nos travaux, nous avons émis une opinion d'audit sans réserve (« propre ») à l'égard de chaque organisme de la Couronne. Pour presque chaque audit, nous avons également formulé des constatations et des recommandations à l'intention de la direction et du conseil d'administration. La pièce 5.1 présente un résumé des audits que nous avons réalisés depuis notre dernier rapport.

Pièce 5.1 - Résumé des vérifications des états financiers des organismes de la Couronne effectuées entre décembre 2023 et octobre 2024

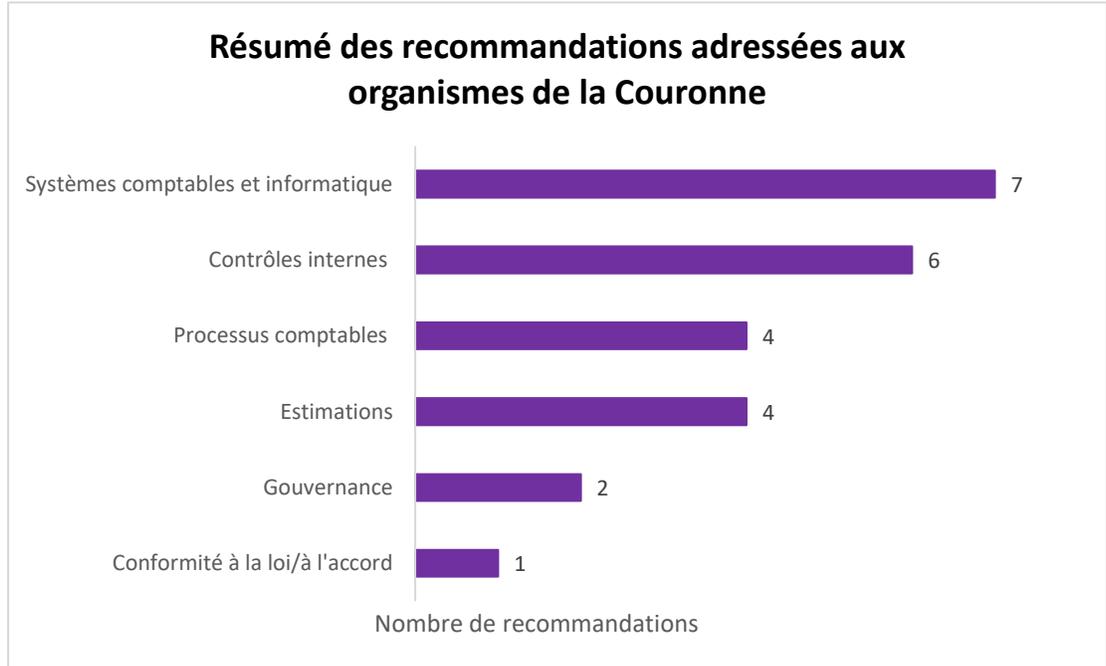
Les organismes de la Couronne
Audits pour l'exercice terminé le 31 mars 2024
Opportunités Nouveau-Brunswick
Service Nouveau-Brunswick
Commission des services d'aide juridique du Nouveau-Brunswick
Audits pour l'exercice terminé le 31 décembre 2023
Corporation de financement des municipalités du Nouveau-Brunswick
Audits pour l'exercice terminé le 31 mars 2023
Société de voirie du Nouveau-Brunswick
Société de gestion du cannabis
Société des loteries et des jeux du Nouveau-Brunswick
Société de développement régional
Audits pour l'exercice terminé le 31 mars 2022
Société de voirie du Nouveau-Brunswick

Source : Préparé par le VGNB

Résumé des recommandations

- 5.2** Nous avons formulé un total de 24 recommandations à l'intention des organismes de la Couronne. La pièce 5.2 résume, par thème, les domaines dans lesquels nous avons trouvé des possibilités d'amélioration.

Pièce 5.2 - Résumé des recommandations adressées aux organismes de la Couronne



Source : Préparé par le VGNB

- 5.3** Bien que nous n'ayons pas trouvé de preuves de fraude ou de vol significatifs, nos recommandations montrent que des améliorations peuvent être apportées dans des domaines clés tels que les systèmes comptables et l'informatique, les contrôles internes et les processus comptables.
- 5.4** Dans l'ensemble, les organismes de la Couronne ont accepté nos recommandations et se sont engagés à les mettre en œuvre. Nous assurerons un suivi avec les organismes de la Couronne l'année prochaine afin de déterminer si les domaines qui nous préoccupent ont été traités.