

Audit du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuit

Rapport d'audit interne

Préparé par : La Direction générale des services de vérification et d'assurance

Septembre 2023



Services aux
Autochtones Canada

Indigenous Services
Canada

Canada

Table des matières

ACRONYMES	II
SOMMAIRE	III
1. CONTEXTE	1
2. AU SUJET DE L’AUDIT	2
2.1 <i>Pourquoi c’est important?</i>	3
2.2 <i>Objectif de l’audit</i>	3
2.3 <i>Portée de l’audit</i>	3
2.4 <i>Approche et méthodologie de l’audit</i>	4
3. PRINCIPALES CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS	4
3.1 <i>Gouvernance</i>	4
3.2 <i>Données à l’appui du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuit (PSDMCPNI)</i>	10
4. CONCLUSION	14
5. PLAN D’ACTION DE LA DIRECTION	15
ANNEXE A : CRITÈRE DE L’AUDIT	20

Acronymes

ABI	Allocation budgétaire initiale
AC	Administration centrale
BR	Bureaux régionaux
CHD	Comité de la haute direction
CT	Conseil du Trésor du Canada
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
e-RSPS	Système électronique de rapport statistique sur la prestation de services
e-SRHE	Outil électronique de suivi des ressources humaines
ETP	Équivalents temps plein
ICD	Instrument de collecte de données
POG	Plan opérationnel de gestion
PSDMCPNI	Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuit
SAC	Services aux Autochtones Canada

Sommaire

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuit (PSDMCPNI) fournit du financement et des conseils sur le développement de services de soins à domicile et en milieu communautaire aux peuples autochtones des communautés des Premières Nations et inuites. Le PSDMCPNI permet aux membres des Premières Nations et aux Inuits de tous âges, ayant une déficience, une maladie chronique ou aiguë et les personnes âgées, de recevoir les soins dont ils ont besoin à domicile et en milieu communautaire. La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Services aux Autochtones Canada (SAC) englobe de nombreux programmes, dont le PSDMCPNI. L'administration centrale (AC) de la DGSPNI est responsable de superviser le programme et de fournir du financement pour le PSDMCPNI. Les dépenses du programme pour l'exercice 2022-2023 s'élevaient à environ 170 millions de dollars.

L'objectif de l'audit était de fournir l'assurance que le PSDMCPNI a mis en œuvre des processus de gouvernance appropriés et recueille des données pertinentes pour exécuter et orienter la gestion de programme et la prise de décision.

L'audit a conclu que le programme a mis en œuvre des éléments clés de la gouvernance, cependant, des possibilités d'amélioration ont été identifiées en ce qui concerne la documentation des décisions de financement, l'examen et la mise à jour de la documentation clé du programme ainsi que l'identification des besoins du programme en matière de données.

Au moment de l'audit, le PSDMCPNI faisait partie d'une mobilisation avec des partenaires autochtones visant à identifier les possibilités d'amélioration du programme, y compris la rationalisation des services et la réinvention de la prestation des services essentiels aux communautés autochtones. Les conclusions de cette mobilisation ont également mis en évidence des opportunités d'amélioration liées à la gouvernance, aux défis liés au financement des services du programme, ainsi qu'à la collecte et à l'utilisation des données. Les recommandations de cet audit n'ont pas pour but de remplacer les résultats du processus de collaboration, mais de traiter les problèmes cernés dans l'intervalle.

L'audit a donné lieu à la formulation des recommandations suivantes :

1. La sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit, en collaboration avec la sous-ministre adjointe des Opérations régionales de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit, devrait veiller à ce que les principaux documents opérationnels des programmes soient examinés, mis à jour et approuvés au niveau approprié. De plus, les justifications des décisions de financement devraient être documentées et éventuellement communiquées aux régions pour une plus grande transparence.
2. La sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit, en collaboration avec la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit, devrait veiller à ce que les besoins en données du programme soient clairement définis et harmonisés avec les

résultats et les exigences en matière de prise de décision avant la mise en œuvre des recommandations pour l'engagement continu en faveur d'un continuum holistique de soins de longue durée et de soins continus. Cela permettra au programme de participer de manière plus significative à la discussion sur les exigences en matière de données et sur les approches permettant d'obtenir les données requises. En outre, il devrait y avoir des mécanismes de contrôle pour valider périodiquement la fiabilité des données et s'assurer que les mesures visant à atténuer les risques pour la qualité des données fonctionnent efficacement et que des améliorations sont apportées si nécessaire.

Énoncé de conformité

L'audit est conforme aux *Normes internationales pour la pratique professionnelle de vérification interne* de l'Institut des vérificateurs internes, et respecte les termes de la *Politique sur l'audit interne* du gouvernement du Canada, comme en témoignent les résultats obtenus dans le cadre du Programme d'assurance et d'amélioration de la qualité.

Réponse de la direction

La direction approuve les constatations, a accepté les recommandations incluses dans le rapport et développé un plan d'action de gestions pour y répondre. Le plan d'action de la direction a été intégré au présent rapport.

1. Contexte

Le PSDMCPNI fournit du financement et des conseils sur le développement de services de soins à domicile et en milieu communautaire aux peuples autochtones des communautés des Premières Nations et inuites. Le PSDMCPNI permet aux membres des Premières Nations et aux Inuits de tous âges, ayant une déficience, une maladie chronique ou aiguë et les personnes âgées de recevoir les soins dont ils ont besoin à domicile et dans leur communauté. En outre, l'un des principaux objectifs du programme est de s'assurer à ce que les membres des Premières Nations et les Inuits reçoivent des services de soins à domicile et en milieu communautaire équivalent à ceux que reçoivent les autres résidents canadiens.

Le PSDMCPNI est offert par des infirmières autorisées en soins à domicile ainsi que par des préposés aux soins personnels formés et certifiés. Le PSDMCPNI a été autorisé en tant que programme obligatoire et a été élaboré conjointement avec l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami en 1999.

Le financement est fourni sur une base annuelle par le biais d'ententes de financement négociées pour soutenir la prestation de services aux bénéficiaires du programme. Le PSDMCPNI fournit des fonds et exerce le pouvoir¹ en matière de services essentiels de soins à domicile² et le fonctionnement des services qui soutiennent la prestation du programme. Ces services comprennent :

- l'évaluation des clients;
- la gestion des cas;
- les services de soins infirmiers à domicile;
- le soutien à domicile et soins personnels ;
- le répit à domicile;
- les soins palliatifs;
- les liens et orientations vers d'autres services sociaux et de santé;
- la fourniture et l'accès à l'équipement médical spécialisé et aux fournitures pour les soins;
- la tenue de dossiers et la collecte de données;
- la gestion et la supervision du programme; et
- la formation pour la prestation des services susmentionnés.

Le PSDMCPNI est également habilité à fournir des services de soutien tels que des programmes de repas, des soins de jour pour adultes, des services de bien-être et de remise en forme ; toutefois, ces services ne sont financés que s'il reste des fonds pour les services essentiels de soins à domicile.

Les dépenses du PSDMCPNI ont augmenté depuis la création du programme. L'augmentation des dépenses est le résultat de multiples facteurs, notamment l'ajout de nouvelles communautés

¹Le pouvoir, qui est lié au mandat du programme et à ses services et activités.

²Selon un processus de gestion de cas qui évalue les besoins individuels des clients.

au programme, l'élargissement des services pour inclure les soins palliatifs résultant de la mise en œuvre du budget 2017 et le financement supplémentaire lié à la Covid-19 qui a été ajouté à la partie de l'accord de contribution du PSDMCPNI. Ce financement a été utilisé par le programme en réponse à la pandémie. Bien que la COVID-19 soit survenue au cours de l'exercice 2020-2021, le programme n'a pas fourni de financement supplémentaire lié à la Covid-19 avant l'exercice 2021-2022.

Le tableau ci-dessous présente les dépenses des années précédentes³.

Tableau 1 : Dépenses de programme du PSDMCPNI

Dépenses 2019-2020	Dépenses 2020-2021	Dépenses 2021-2022		Dépenses 2022-2023
		sans financement pour la COVID-19	avec du financement pour la COVID-19	
148,3 M\$	155,6 M\$	191,2 M\$	257,9 M\$	169,8 M\$

Rôles et responsabilités ministériels

La DGSPNI finance et exécute plusieurs programmes, y compris le PSDMCPNI. L'AC de la DGSPNI est chargée de faciliter les activités de recherche, d'entretenir des relations de travail avec d'autres ministères fédéraux, de fournir des communications et des informations continues aux Premières Nations et aux Inuits sur les développements nationaux qui ont une incidence sur les soins à domicile et en milieu communautaire, de faciliter les activités d'élaboration et de mise en œuvre du programme, compilation d'analyses et préparation de rapports d'un point de vue national, et supervision et garantie de l'achèvement des activités nationales d'évaluation et de responsabilisation. Les bureaux régionaux (BR) sont chargés de distribuer le financement aux bénéficiaires, d'assurer la liaison avec les intervenants des Premières Nations et des Inuits et d'assurer la surveillance et le suivi de la prestation de services et de la collecte de données, entre autres.

Le financement de ce programme est assuré par des paiements de transfert, et le rôle du Ministère est de gérer les paiements de transfert aux bénéficiaires. Les bénéficiaires sont responsables de la mise en œuvre du programme au niveau communautaire.

2. Au Sujet de l'audit

L'audit du PSDMCPNI faisait partie du Plan d'audit fondé sur les risques de Services aux Autochtones Canada, de 2022-2023 à 2023-2024, qui a été présenté au comité ministériel d'audit et approuvé par le sous-ministre en juin 2022.

³Fondé sur les données du Système de gestion de l'information – subventions et contributions.

2.1 Pourquoi c'est important?

L'audit a été identifié comme une priorité parce que le Ministère a identifié plusieurs risques pour les services de santé et, à ce titre, il est important de s'assurer que le programme dispose de mécanismes de gouvernance efficaces et de données adéquates pour prendre des décisions importantes liées au financement et à la prestation de services aux bénéficiaires du programme.

2.2 Objectif de l'audit

L'objectif de l'audit était d'assurer que le PSDMCPNI a mis en œuvre des processus de gouvernance appropriés et recueille des données pertinentes pour exécuter et orienter la prise de décision et la gestion du programme.

2.3 Portée de l'audit

L'audit portait sur les processus et les activités de Services aux Autochtones Canada dans le cadre du PSDMCPNI qui soutiennent l'exécution du programme, tant à l'administration centrale (AC) que dans les régions.

Afin d'englober les processus et les activités du programme qui étaient en place à la fois avant et pendant la COVID-19, l'audit s'est penché sur la période allant du 1^{er} avril 2018 au 30 septembre 2022.

L'audit a porté sur quatre bureaux régionaux de Services aux Autochtones Canada (SAC), qui ont été sélectionnés en fonction des critères suivants :

- l'affectation des fonds et les dépenses;
- les types d'accords de financement des bénéficiaires (approches de financement préétablies, fixes, souples et globales, et de la Nouvelle relation financière - Subvention de dix ans (NRF)); et
- les types de bénéficiaires du programme (Premières Nations et Inuits)⁴.

Les régions sélectionnées pour la phase de réalisation étaient l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la région du Nord. La région du Nord comprend les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Yukon. Toutefois, le Yukon a été exclu car 94,4 % des fonds alloués aux régions du Nord vont aux Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut⁵. Ces quatre régions représentent 67 % du total des dépenses du PSDMCPNI dans le cadre du crédit 10 et 75 % du total des dépenses du PSDMCPNI pour ce qui est de la subvention versée au titre de la NRF (crédit 10) pour les exercices financiers de 2020-2021, de 2021-2022 et de 2022-2023.

⁴Assurer la couverture des bénéficiaires des Premières Nations et des Inuits.

⁵ 11 des 14 Premières Nations du Yukon ont conclu des accords d'autonomie gouvernementale et reçoivent leur financement pour les soins à domicile et en milieu communautaire dans le cadre de leurs ententes de transfert de programmes et de services par l'intermédiaire de Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada.

L'audit n'a pas porté sur les processus et les activités en place au sein des organisations bénéficiaires de financement. L'audit ne s'est pas non plus penché sur les activités de collaboration, car elles étaient en cours au début de l'audit, et les résultats régionaux initiaux des activités de mobilisation n'avaient pas été finalisés.

2.4 Approche et méthodologie de l'audit

L'audit a été effectuée conformément aux exigences de la *Politique sur l'audit interne* du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada (CT) et respecte les *Normes internationales pour la pratique professionnelle de la vérification interne*, de l'Institut des vérificateurs internes. L'audit a permis d'examiner des preuves suffisantes et pertinentes et d'obtenir des renseignements suffisants pour fournir un niveau d'assurance raisonnable à l'appui de la conclusion de l'audit.

Le travail d'audit sur le terrain a été effectué d'août 2022 à septembre 2023 et s'est déroulé en trois phases : la phase de planification, la phase d'exécution et la phase de rapport. Les principales techniques d'audit utilisées sont les suivantes :

- des entrevues avec les principaux intervenants participant au processus de gouvernance et à la collecte de données;
- des revues générales de processus avec l'administration centrale (AC) et chaque région concernée afin d'évaluer les structures de gouvernance, les cadres de responsabilisation, les processus décisionnels, ainsi que les rôles et responsabilités au sein du PSDMCPNI;
- l'examen de la documentation, y compris les procédures en place pour examiner la gouvernance, pour s'assurer que celle-ci est effectivement mise en œuvre dans le cadre du programme, et la documentation relative à l'obtention et à la communication de la rétroaction et des commentaires des intervenants des Premières Nations et des Inuits; et
- l'examen de la documentation, y compris l'examen des sources de données, les orientations décrivant les données nécessaires à la prise de décision et les orientations utilisées pour valider la fiabilité des données.

L'approche employée en vue d'atteindre les objectifs de l'audit comprend la formulation de critères à partir desquels les observations sont faites et les conclusions sont tirées. Les critères s'appliquant au présent audit sont énoncés à l'annexe A.

3. Principales constatations et recommandations

3.1 Gouvernance

Contexte

La gouvernance désigne les structures, les systèmes et les pratiques mis en place pour :

- attribuer les pouvoirs décisionnels, définir le processus de prise de décision et établir l'orientation stratégique de l'organisation;

- superviser la prestation de ses services, la mise en œuvre de ses politiques, de ses plans, de ses programmes et de ses projets;
- surveiller et atténuer les principaux risques; et
- rendre compte de son rendement en fait d'obtention des résultats escomptés et utiliser l'information sur le rendement pour conduire des améliorations continues et des mesures correctives.⁶

Les pratiques de gouvernance sont importantes pour s'assurer que le programme fonctionne efficacement par rapport à ces objectifs et qu'il est suffisamment financé pour fournir efficacement ses services de soins à domicile essentiels au sein des communautés et maintenir une égalité réelle avec les services de soins à domicile et communautaires fournis aux autres résidents canadiens.

Compte tenu de l'importance de la gouvernance au sein d'une organisation, l'audit s'attendait à ce qu'il y ait des pratiques de gouvernance, dont notamment :

- des structures de gouvernance pour définir l'orientation du programme et attribuer clairement les rôles, les responsabilités et les pouvoirs décisionnels du programme;
- des mécanismes de gouvernance pour s'assurer que les rôles, les responsabilités, la surveillance et la prise de décision soient exécutés tels que définis dans le cadre du programme; et
- des processus pour obtenir des commentaires pertinents des parties prenantes et les intégrer dans l'exécution du programme.

Il y avait un risque que la gouvernance du PSDMCPNI ne soient pas correctement conçus, mise en œuvre et exécutés efficacement. Cela peut faire que le PSDMCPNI n'atteigne pas ses objectifs et ne soit pas exécuté avec une représentation appropriée des parties prenantes.

Constatation

Structures de gouvernance

L'audit a permis de révéler que les structures de gouvernance qui établissent l'orientation et attribuent clairement les rôles, les responsabilités et les pouvoirs décisionnel du programme. À ce titre, les structures de gouvernance (c'est-à-dire les rôles et les responsabilités, ainsi que les pouvoirs décisionnels) doivent être définies, documentées et établies conformément en fonction des objectifs du programme et du Ministère. La mise en place de ces structures permettrait de fournir efficacement des services de soins à domicile et en milieu communautaire, d'évaluer le rendement du programme et de prendre des décisions spécifiques au programme. Un examen régulier de ces structures garantirait un alignement continu avec les objectifs du programme et du département dans un environnement de santé en constante évolution.

⁶Qu'est-ce que la gouvernance? Fondation canadienne pour l'audit et la responsabilisation, <https://www.caaf-fcar.ca/fr/surveillance-concepts-et-contexte/qu-est-ce-que-la-surveillance-et-quel-est-son-lien-avec-la-gouvernance/qu-est-ce-que-la-gouvernance>

L'audit a révélé que les rôles et les responsabilités liés à la gestion du programme et à la prise de décision sont définis à la fois à l'AC et au niveau régional (c'est-à-dire à la DGSPNI et aux BR de la DGSPNI) trouvé dans la description du programme et dans le plan de mise en œuvre du PSDMCPNI (1999). L'audit a également révélé qu'il existe une ébauche de cadre de responsabilisation de la DGSPNI (2022), qui définit les pouvoirs décisionnels et les interactions entre les différentes directions générales et entre les bureaux nationaux et régionaux. Ce cadre s'aligne sur les objectifs stratégiques plus larges du Ministère ainsi que sur la santé et le bien-être des Premières Nations et des Inuits. Au moment de l'audit, le cadre de responsabilisation de la DGSPNI (2022), bien qu'il n'ait jamais été formellement approuvé et qu'il soit resté au statut d'ébauche, était partagé et utilisé par le programme.

La gouvernance du programme commence par le Comité de la haute direction (CHD) de la DGSPNI. Le cadre de références du CHD de la DGSPNI décrit les membres qui comprennent, entre autres, l'Assemblée des Premières Nations, l'Inuit Tapiriit Kanatami, le sous-ministre adjoint principale de la DGSPNI, le sous-ministre adjoint des Opérations régionales (RO) de la DGSPNI, le directeur général des soins de santé primaires et les cadres régionaux. De plus, le groupe de travail des coordonnateurs régionaux du PSDMCPNI fournit des mises à jours régionales et nationales sur le PSDMCPNI.

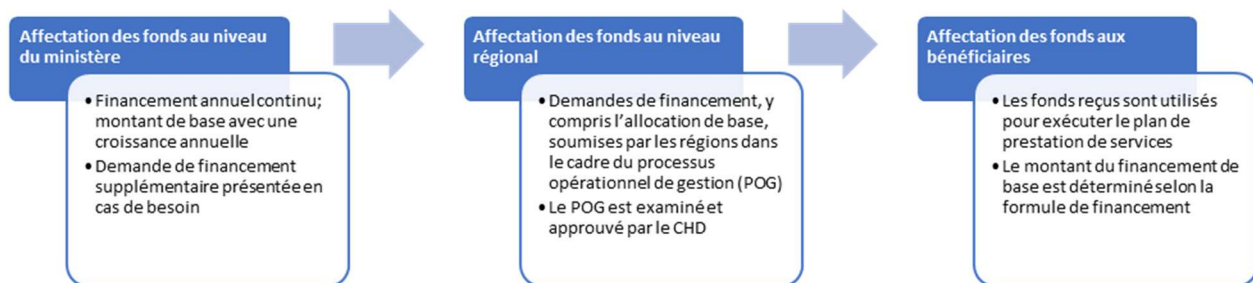
Bien qu'il existe une documentation qui définit les structures de gouvernance ainsi que les rôles et les responsabilités dans le cadre du programme, l'audit a révélé que celle-ci n'est pas revue périodiquement pour en vérifier la pertinence et l'exhaustivité. Par exemple, il existe des cas de documentations qui n'ont pas été mis à jour depuis la création du programme en 1999, comme la description du programme et le plan de mise en œuvre du PSDMCPNI ainsi que le Cadre du programme. Il existe également des documents à l'échelle de la Direction qui sont utilisés au niveau du programme qui sont restés à l'état d'ébauche et qui n'ont pas été officiellement approuvés, comme le Cadre de responsabilisation de la DGSPNI (2022). Des incohérences ont également été relevées entre les régions quant à savoir si les rôles et responsabilités ont été mis à jour. Ces incohérences sont dues à des documents provisoires et obsolètes depuis la mise en œuvre du programme. L'audit a permis de constater que la documentation désuète était plus importante lorsque la DGSNPI a été consolidée avec SAC et que le programme n'a pas été en mesure de mettre à jour sa documentation en raison de l'arriéré supplémentaire créer par la consolidation. Depuis, l'équipe du programme n'a pas été en mesure de mettre sa documentation à jour en raison de l'accumulation créée par la fusion. L'examen périodique des structures de gouvernance établies et de la documentation relative à la gouvernance du programme pourrait donner l'occasion de réévaluer si les rôles et les responsabilités ont évolué. À ce titre, la mise en place des directives ou procédures documentées pour examiner, mettre à jour et approuver régulièrement la documentation du programme et de la gouvernance garantirait que cela est fait de façon cohérente.

Bien que l'audit ait permis de constater l'existence de certaines structures de gouvernance au sein du PSDMCPNI, les sous-sections suivantes décrivent les lacunes identifiées dans la mise en œuvre de la gouvernance.

Approbation du financement

En outre, l'audit a examiné les processus décisionnels relatifs au financement, qui est un mécanisme de gouvernance qui relève des responsabilités du programme. Le PSDMCPNI bénéficie d'un financement continu, avec une croissance annuelle appliquée. Les fonds sont distribués aux communautés par l'entremise des régions, selon la formule de financement établie en 1999. Fondée sur les éléments du programme relatifs aux services essentiels nationaux, la formule de financement a été élaborée en collaboration avec les partenaires afin de soutenir les modèles actuels de prestation de services et les divers accords de financement fédéraux, et de respecter la résolution du chef de l'Assemblée générale annuelle de l'Assemblée des Premières Nations. La formule de financement comprend quatre éléments : la prestation de services, la gestion du programme, le fonctionnement du programme et l'éloignement de la communauté.

Figure 1 – Étapes d'affectation des fonds



Comme l'illustre la figure 1, par le biais d'un processus départemental, le programme reçoit actuellement son allocation budgétaire initiale (ABI) avec un index de croissance annuelle. Le montant de l'ABI pour le programme a été déterminé en 1999, puis de légères augmentations ont été appliquées pour la formation et la parité salariale au début des années 2000. Une augmentation a été appliquée entre le milieu et la fin des années 2000 et s'est poursuivie depuis, conformément au processus décisionnel régional. Du financement supplémentaire pour une période de cinq ans a été alloué dans le cadre du budget de 2017. Ce financement est toujours en cours et a été ajouté à l'affectation budgétaire de base de façon permanente.

Le total des fonds reçus annuellement par le Ministère est alloué à chaque région, puis distribué aux bénéficiaires. Ce processus est géré par l'AC avec la participation des régions et approuvé par les autorités compétentes de la DGSPNI. Les régions peuvent également demander des fonds supplémentaires pour répondre aux pressions financières ou aux demandes de la communauté, par l'entremise du plan opérationnel de gestion (POG), au début de chaque année. Chaque année, chaque bénéficiaire reçoit son affectation budgétaire initiale, à laquelle s'ajoute une croissance annuelle. Le financement de base a été calculé lors de la création du programme ou lorsque la communauté a adhéré à celui-ci. Il n'est pas mis à jour pour refléter les changements apportés aux composantes de la formule.

L'audit a permis de constater que l'approbation du financement de base et des demandes de financement supplémentaire est déterminée par le CHD de SAC. Leur décision et la date du CHD

à laquelle elle a été prise sont consignées dans le POG. En ce qui concerne l'approbation du financement et des demandes de financement, aucun renseignement dans le plan autre que l'approbation et la date d'approbation des demandes de financement n'est fournie dans le POG. Toutefois, il a été observé que dans les cas où le financement a parfois été rejeté, aucune justification à l'appui de la décision finale n'a été documentée dans le POG. En outre, ces justifications relative au rejet des demandes de financement n'ont pas été communiquées aux régions ou aux communautés qui en avaient fait la demande.

L'examen du POG fournis pour la période d'audit démontre que les demandes de financement refusées étaient liées à des pressions financières supplémentaires mises de l'avant par les régions. Pour certains cas, les services étaient couverts, mais le programme ne disposait pas des fonds nécessaires pour accepter les demandes (comme les services de soins des pieds). Cependant, l'audit a également permis d'observer des cas où des demandes ont été formulées dans le cadre du POG pour obtenir du financement pour de nouvelles communautés, visant à former et à certifier des fournisseurs de soin de santé. L'audit a permis de constater que, dans ces cas, le financement n'avait pas été approuvé et qu'aucune justification n'avait été fournie. Les tableaux ci-dessous illustrent les demandes liées aux pressions financières supplémentaires dans le cadre du PSDMCPNI pour les exercices 2018-2019 à 2022-2023 ainsi que le montant total demandé pour toutes les régions et pour les régions concernées.

Tableau 2 : Demandes liées aux pressions financières supplémentaires dans le cadre du PSDMCPNI

Plan opérationnel de gestion	Demandes liées aux pressions financières supplémentaires	Demandes liées aux pressions financières supplémentaires refusées	Montant initial demandé	Montant total fourni
2018-2019	9	8	1 021 128,00 \$	89 000,00 \$
2019-2020	15	12	2 548 992,00 \$	984 642,00 \$
2020-2021	2	0	230 281,00 \$	230 281,00 \$
2021-2022	1	1	1 000 000,00 \$	0,00 \$
2022-2023	11	11	5 094 667,00 \$	0,00 \$

Tableau 3 : Demandes liées aux pressions financières supplémentaires pour les régions concernées dans le cadre du PSDMCPNI

Plan opérationnel de gestion	Demandes liées aux pressions financières supplémentaires	Demandes liées aux pressions financières supplémentaires refusées	Montant initial demandé	Montant total fourni
2018-2019	3	2	465 000,00 \$	0,00 \$

2019-2020	2	1	612 500,00 \$	0,00 \$
2020-2021	1	0	198 281,00 \$	198 281,00 \$
2021-2022	1	1	1 000 000,00 \$	0,00 \$
2022-2023	6	6	3 460 026,00 \$	0,00 \$

Pour les demandes de financement supplémentaires qui sont refusées sans justification convaincante et sans être dûment documentées, il est impossible de savoir si le programme a mis en place des mesures claires découlant de ces décisions. Il est également impossible de savoir si les responsabilités appropriées sont assumées pour soutenir l'amélioration continue du PSDMCPNI. Cela pourrait également avoir une incidence sur la capacité du programme à fournir des services de santé de grande qualité, à répondre aux besoins des communautés et à les soutenir.

Intégration des commentaires des parties prenantes

L'audit a porté sur les processus mis en place pour obtenir des commentaires pertinents des parties prenantes et les intégrer dans l'exécution du programme. L'audit a permis de constater que les régions disposent de processus documentés pour obtenir des commentaires des parties prenantes des Premières Nations et des Inuits. Les régions ont adopté des pratiques uniformes pour obtenir des commentaires fondés sur leurs relations individuelles avec les communautés.

L'audit a porté sur la façon dont les commentaires et les contributions reçus par les régions sont intégrés dans le programme. Les régions ont indiqué que la majorité des commentaires obtenus sont liés à l'identification des besoins en matière de financement ou de services. Plusieurs exemples ont été observés dans les régions, comme le financement des soins palliatifs, les nouveaux financements dans les communautés, le financement des services de soins des pieds, l'amélioration des systèmes informatisés de soins de santé et la nécessité de financer les services de dialyse à domicile. Les régions communiquaient les besoins ciblés par la communauté à l'AC par l'entremise de demandes de financement dans le cadre du POG, ou aux groupes de travail nationaux par d'autres moyens. Toutefois, comme indiqué à la section précédente, les demandes de fonds supplémentaires ne sont pas toutes approuvées, ou les fonds ne sont pas disponibles pour aider les communautés.

L'audit a noté qu'il existait auparavant un réseau national qui impliquait des partenaires des Premières Nations et des Inuits de toutes les régions. Ce réseau a été démantelé en 2016. Bien que l'audit n'ait pas pu déterminer la raison pour laquelle le réseau a été démantelé, le programme a confirmé que des discussions sont en cours afin de rétablir ce réseau et améliorer le processus de communication lié au partage des enjeux, aux priorités et aux défis du programme.

Dans l'ensemble, l'audit a permis de constater que les structures de gouvernance sont définies et communiquées. Toutefois, des processus d'examen, de mise à jour et d'approbation des documents clés du programme, y compris les renseignements relatifs à la gouvernance, ne sont

pas actuellement en place. Bien que les mécanismes de surveillance et les pouvoirs décisionnels en matière de financement sont mis en œuvre et définis, le programme devrait veiller à documenter la justification des décisions de financement afin d'améliorer la transparence et d'identifier les possibilités d'amélioration. Cela peut avoir une incidence sur la prestation et les opérations du PSDMCPNI, ce qui peut entraîner une importante perte de confiance de la part des parties prenantes.

Au moment de l'audit, le PSDMCPNI faisait partie d'une initiative de collaboration avec des partenaires autochtones visant à cibler les possibilités d'amélioration du programme, y compris rationaliser les services et repenser la prestation des services essentiels aux communautés autochtones. Les conclusions de cette collaboration ont également mis en évidence des possibilités d'amélioration quant à la gouvernance et au financement des services du programme. Les recommandations de cet audit n'ont pas pour but de remplacer les résultats du processus de collaboration, mais de traiter les problèmes cernés dans l'intervalle.

Recommandation

1. La sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit, en collaboration avec la sous-ministre adjointe des Opérations régionales de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit, devrait veiller à ce que les principaux documents opérationnels des programmes soient examinés, mis à jour et approuvés au niveau approprié. De plus, les justifications des décisions de financement devraient être documentées et éventuellement communiquées aux régions pour une plus grande transparence.

3.2 Données à l'appui du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuit (PSDMCPNI)

Contexte

La collecte de données permettant de mener à bien le suivi du programme, la planification continue, la production de rapports et les activités d'évaluation est citée comme l'un des neuf services essentiels du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuit (PSDMCPNI). Les ententes conclues avec les bénéficiaires du PSDMCPNI exigeaient que soient soumis des données et des rapports financiers afin de satisfaire aux exigences obligatoires en matière d'établissement de rapports sur le programme et que soit démontrée l'utilisation appropriée des fonds.

L'audit s'attendait à ce que les responsables de programme aient adopté une approche efficace en matière de collecte de données garantissant l'accès à des données pertinentes et fiables et l'utilisation de celles-ci afin d'éclairer les décisions relatives au programme, telles que les décisions en matière de financement et de prestation des services.

En ce qui concerne les données actuellement recueillies, l'audit s'attendait plus particulièrement à ce que les éléments suivants soient pris en compte :

- les données recueillies sont pertinentes et aident les responsables du programme à définir les besoins des communautés et à les suivre, à prendre des décisions, notamment en ce qui concerne le financement et la mise en œuvre globale du programme; et
- des processus suffisants permettant de limiter les erreurs lors de la saisie manuelle des données à l'échelle de la communauté.

Il existait un risque pour que les données pertinentes et fiables ne soient pas recueillies et utilisées par le programme, et que les responsables de programme n'aient pas défini les besoins en matière de données de celui-ci, ce qui a une incidence sur la gestion du programme et le processus de prise de décision.

Constatation

Pertinence des données

Il est essentiel de s'assurer que le programme dispose de données pertinentes, exhaustives et exactes afin que des décisions éclairées puissent être prises pour atteindre les objectifs souhaités du programme. De plus, la collecte de données pertinentes permet aux responsables de programme de déterminer les domaines à améliorer et, en fin de compte, de mieux comprendre les besoins des bénéficiaires.

Les principales sources de données du PSDMCPNI utilisées pour produire des rapports qui ont été examinées au cours de l'audit étaient le système électronique de rapport statistique sur la prestation de services (e-RSPS), l'outil électronique de suivi des ressources humaines (e-SRHE) et l'instrument de collecte de données (ICD) du PSDMCPNI. Les données actuellement recueillies grâce au e-RSPS et à l'e-SRHE servent à appuyer l'ensemble du programme dans des domaines tels que l'affectation des ressources, la formation et l'identification des tendances en matière de santé au sein des communautés bénéficiaires. Les responsables de programme ont déclaré que leur objectif était de faire de l'ICD la principale source de collecte de données. Le tableau 4 ci-dessous présente les trois principales sources de données et les données connexes qu'elles permettent de recueillir.

Tableau 4 : Principales sources de données du PSDMCPNI

Source de données	Données recueillies	Fréquence de soumission des rapports
e-SRHE	Suivi des types d'employés que les communautés des Premières Nations et des Inuits comptent parmi leur personnel, leur formation et leurs heures de travail	Annuelle ⁷

⁷ Les bénéficiaires peuvent soumettre les rapports sur une base mensuelle; cependant, les rapports sont dus au programme sur une base annuelle.

e-RSPS	Suivi du type et de la quantité de services reçus par le client, et données démographiques sur celui-ci	Annuelle ⁸
ICD du PSDMCPNI	Résumé des données trouvées dans l'e-SRHE et le e-RSPS. L'ICD se compose de quatre catégories : <ol style="list-style-type: none"> 1. Clientèle 2. Personnel 3. Accréditation 4. Déclaration 	Annuelle

L'audit a révélé que, entre autres, les régions peuvent utiliser les données recueillies pour évaluer les besoins et les tendances spécifiques à chaque communauté en matière de santé en examinant les données liées aux services fournis (recueillies dans le e-RSPS) par rapport au nombre d'équivalents temps plein (ETP) employés par la communauté (recueillies dans l'e-SRHE). En comparant ces deux points de données clés, les régions peuvent avoir des conversations avec les communautés pour aider à identifier les besoins sur le terrain.

De plus, l'audit a révélé que les décisions régionales sont dictées par les données recueillies et que le programme utilise les données recueillies pour répondre à ses exigences en matière de rapports. Cependant, le domaine le plus notable de la façon dont les données recueillies pourraient potentiellement être utilisées était lié au financement du programme. Le programme est financé par un modèle basé sur l'allocation, et les allocations des bénéficiaires étaient basées sur la formule de financement qui a été codéveloppée avec les partenaires en 1999 lorsque le programme a été lancé. L'allocation de base, qui a été déterminée en saisissant les chiffres démographiques projetés de 1997, est périmée et n'a pas été révisée depuis sa création, même si le PSDMCPNI a accès à des données plus précises qui pourraient être saisies dans la formule de financement (chiffres du récent recensement, et autres). Ceci pourrait être le résultat d'une formule de financement désuète. Le programme effectue actuellement une analyse des prévisions de la demande et des coûts du programme. En outre, si l'approche de financement actuelle devait changer, nécessitant potentiellement des données pour appuyer les décisions de financement, le programme n'a actuellement pas identifié ses besoins en données nécessaires pour soutenir les changements potentiels ou disposer de toutes les données pour soutenir une analyse de financement solide.

Transition vers l'ICD du PSDMCPNI

Le modèle d'ICD du PSDMCPNI a été introduit au niveau ministériel pour réduire la charge de travail des bénéficiaires en matière de rapports. Actuellement, l'ICD fournit un résumé général des points de données concernant les ETP et le nombre de clients. Le e-RSPS et l'e-SRHE fournissent plus de détails sur les services de santé fournis et les informations démographiques individuelles.

⁸ Les bénéficiaires peuvent soumettre les rapports sur une base mensuelle; cependant, les rapports sont dus au programme sur une base annuelle.

Le tableau 5 ci-dessous présente un exemple de données provenant du e-RSPS et de l'e-SRHE et de données provenant de l'ICD du PSDMCPNI.

Tableau 5 : Comparaison entre les données recueillies dans le e-RSPS et l'e-SRHE et celles recueillies dans l'ICD

Données présentées dans le e-RSPS et l'e-SRHE	Champ de données résumées dans l'ICD
Raison principale de la prestation des soins Fréquence des services fournis Nombre d'heures de service fournies	Nombre de clients des soins à domicile recevant des services de soins à domicile

Comme le montre le tableau ci-dessus, si l'ICD fournit des renseignements sur le nombre de clients bénéficiant du programme, il ne fournit pas de données spécifique sur les services fournis et leur fréquence, qui pourraient être utilisées par le programme pour allouer ses ressources afin de répondre aux besoins de la communauté. Compte tenu de l'intention du programme de faire de l'ICD la principale source de données, il est important d'évaluer le modèle d'ICD pour s'assurer que toutes les données pertinentes actuellement saisies dans le e-RSPS et l'e-SRHE n'ont pas été omises. Bien que PSDMCPNI l'aient reconnu, aucun plan formel n'a été prévu pour évaluer le modèle d'ICD.

Les données actuellement recueillies par le programme restent pertinentes pour identifier les tendances en matière de santé dans les communautés bénéficiaires. Toutefois, il a été observé que le programme n'a pas mis en place de processus permettant d'identifier ses besoins en matière de données liées au financement, ni de processus pour examiner périodiquement ses sources de données. Ces lacunes observées sont probablement dues à l'absence de stratégie en matière de données, ce qui pourrait se traduire par des décisions de financement du programme mal informées et ne répondant pas à l'évolution des besoins en matière de santé.

Fiabilité des données recueillies

Les données recueillies par le PSDMCPNI présentent un risque, car elles sont autodéclarées et saisies par l'utilisateur. Il a cependant été observé que le programme a mis en place des mécanismes à l'échelle régionale qui visent à prévenir d'éventuels problèmes quant à la qualité des données. Ces mécanismes comprennent :

- la prestation d'une formation aux utilisateurs;
- la réalisation de contrôles au sein des communautés afin de vérifier les données aberrantes; et
- l'apport d'instructions claires sur la façon de remplir les modèles de données.

Il n'existe toutefois aucun mécanisme de surveillance à l'AC qui permettrait de s'assurer que les régions mettent en œuvre les mécanismes mentionnés pour contribuer à résoudre les problèmes

potentiels de fiabilité des données. Cela peut s'expliquer par le fait que les données recueillies par le programme ne sont pas utilisées pour soutenir les décisions clés, telles que le financement, à l'échelle nationale. En outre, les responsables de l'ICD du PSDMCPNI ont constaté des lacunes qui pourraient aboutir à la non-saisie de renseignements pertinents. Ces lacunes pourraient entraîner une prise de décision mal documentée quant au programme.

Comme indiqué précédemment, le PSDMCPNI faisait l'objet d'une mobilisation avec les partenaires autochtones afin de déterminer les possibilités d'amélioration du programme au moment de l'audit. Les conclusions de cette mobilisation ont également mis en évidence des possibilités d'amélioration en ce qui concerne la collecte et l'utilisation des données. Comme cela a été mentionné précédemment, les recommandations de cet audit n'ont pas pour but de remplacer les résultats du processus de mobilisation, mais de remédier aux lacunes constatées dans l'intervalle.

Recommandation

2. La sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit, en collaboration avec la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit, devrait veiller à ce que les besoins en données du programme soient clairement définis et harmonisés avec les résultats et les exigences en matière de prise de décision avant la mise en œuvre des recommandations pour l'engagement continu en faveur d'un continuum holistique de soins de longue durée et de soins continus. Cela permettra au programme de participer de manière plus significative à la discussion sur les exigences en matière de données et sur les approches permettant d'obtenir les données requises. En outre, il devrait y avoir des mécanismes de contrôle pour valider périodiquement la fiabilité des données et s'assurer que les mesures visant à atténuer les risques pour la qualité des données fonctionnent efficacement et que des améliorations sont apportées si nécessaire..

4. Conclusion

L'audit a conclu que, dans l'ensemble, le programme a mis en œuvre certains éléments clés de la gouvernance, notamment la définition des rôles, des responsabilités et des pouvoirs de décision. Toutefois, des possibilités d'amélioration ont été identifiées, notamment la mise en œuvre d'examen et de mises à jour en temps utile des cadres de gouvernance et de la documentation clé du programme, ainsi que l'amélioration des décisions documentées, en particulier en ce qui concerne les demandes de financement du programme qui découlent du retour d'information des parties prenantes. Ces lacunes risquent d'empêcher le programme d'atteindre ses objectifs au fur et à mesure de l'évolution des besoins des communautés en matière de santé. Le programme a également la possibilité d'identifier clairement ses besoins en matière de données et de veiller à ce que ces besoins soient alignés sur les résultats clés et les besoins du secteur en matière de prise de décision.

5. Plan d'action de la direction

Au cours de la réalisation des audits distincts du Programme d'aide à la vie autonome et du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuit, il a été constaté que les deux programmes étaient liés à la mobilisation plus englobante sur les soins de longue durée et les soins continus (SLDC) et au développement du cadre en matière de SLDC. Malgré la nature distincte des deux audits, les recommandations formulées se sont révélées mutuellement pertinentes, principalement parce qu'elles s'alignent sur les conclusions et les objectifs généraux de la mobilisation sur SLDC. Par conséquent, un plan d'action de la direction commun a été adopté pour les deux programmes. Cette approche garantit une réponse cohérente et efficace aux recommandations, en encourageant l'élaboration conjointe d'options politiques au sein d'un cadre de SLDC basé sur les distinctions. Par conséquent, les lecteurs remarqueront que les recommandations issues de l'audit d'un programme se retrouvent dans le plan d'action de la direction de l'autre programme, et vice versa, mettant en avant une stratégie unifiée visant à améliorer les services liés aux SLDC.

Recommandations	Réponse de la direction/Actions	Gestionnaire responsable (Titre)	Date de mise en œuvre prévue
<p><i>Recommandation n° 1 de l'audit du Programme d'aide à la vie autonome :</i></p> <p>Le sous-ministre adjoint des Programmes et des partenariats en matière d'éducation et de développement social (PPMEDS), en consultation avec les intervenants pertinents, devrait tirer parti de la mobilisation pour un continuum holistique de soins de longue durée et de soins continus afin d'améliorer l'harmonisation de l'approche de financement du</p>	<p>Le sous-ministre adjoint des Programmes et des partenariats en matière d'éducation et de développement social (PPMEDS) et la sous-ministre adjointe principale et la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI) sont d'accord avec cette recommandation.</p> <p>Les activités de mobilisation sur les soins de longue durée et les soins continus (SLDC) avec les partenaires des Premières Nations et des Inuits ont pris fin à l'automne 2022 et l'élaboration conjointe d'options de politiques sur un cadre en matière de soins de longue durée et de soins continus fondé sur les distinctions a commencé au printemps 2023,</p>	<p>SMA, PPEDS</p> <p>SMAP, DGSPNI</p> <p>SMA, DGSPNI-OR</p>	<p>Juin 2024 – Recherche sur les données existantes en vue des discussions avec les partenaires des Premières Nations et des Inuits</p> <p>Août 2025 – finalisation des exigences en matière de données.</p> <p>Mise en œuvre complète le 31 mars 2026</p>

Recommandations	Réponse de la direction/Actions	Gestionnaire responsable (Titre)	Date de mise en œuvre prévue
<p>Programme d'aide à la vie autonome avec les besoins des clients. La mise en œuvre de cette nouvelle approche devrait impliquer l'identification des ensembles de données pertinents, à la fois actuellement disponibles et tout nouveau besoin en matière de données, afin d'améliorer les capacités de prévision et de prédiction du modèle.</p> <p><i>Recommandation n° 2 de l'audit du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuit :</i></p> <p>La sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI), en collaboration avec la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit des Opérations régionales (DGSPNI-OR), devrait veiller à ce que les besoins en données du programme soient clairement</p>	<p>et les résultats seront présentés à l'hiver 2024. On s'attend à ce que de nouvelles exigences en matière de données soient requises pour répondre au cadre en matière de SLDC qui en résultera.</p> <p>SAC s'est engagé à élaborer conjointement la mise en œuvre du cadre en matière de SLDC avec ses partenaires des Premières Nations et des Inuits. Pour donner suite à cette recommandation en particulier, le PPMEDS et la DGSPNI vont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer des recherches sur les données existantes en prévision des discussions des partenaires des Premières Nations et des Inuits (automne 2023 - printemps 2024); • Tenir des discussions avec les partenaires des Premières Nations et des Inuits pour déterminer l'approche d'une stratégie de données globale afin de répondre aux besoins en données des SLDC. Ces discussions respecteront une approche dirigée par les Autochtones pour les données qui s'harmonise avec les principes de transfert de services, y compris la propriété, le contrôle, l'accès et la possession (PCAP) des Autochtones quant à la façon dont les données et l'information devraient être recueillies, protégées, utilisées et partagées afin d'appuyer les exigences en matière de production de rapports sur les résultats et de prise de décisions pour SAC et les fournisseurs de services aux Autochtones 		

Recommandations	Réponse de la direction/Actions	Gestionnaire responsable (Titre)	Date de mise en œuvre prévue
<p>définis et harmonisés avec les résultats et les exigences en matière de prise de décision avant la mise en œuvre des recommandations pour l'engagement continu en faveur d'un continuum holistique de soins de longue durée et de soins continus. Cela permettra au programme de participer de manière plus significative à la discussion sur les exigences en matière de données et sur les approches permettant d'obtenir les données requises. En outre, il devrait y avoir des mécanismes de contrôle pour valider périodiquement la fiabilité des données et s'assurer que les mesures visant à atténuer les risques pour la qualité des données fonctionnent efficacement et que des améliorations sont apportées si nécessaire.</p>	<p>(printemps 2024 - été 2025);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenir du soutien pour la recherche et l'analyse des données du gouvernement et des Autochtones qui sont culturellement appropriées pour appuyer les activités de soins à domicile, d'aide à la vie autonome et de soins de longue durée (printemps 2024 - été 2025); et • Finaliser la mise en œuvre de la stratégie de mise en œuvre des données, qui comprend de nouvelles données recueillies pour améliorer les prévisions, la prévisibilité et la prise de décisions (automne 2025 - hiver 2026). <p>La stratégie relative aux données, y compris les nouvelles données recueillies, sera examinée chaque année afin d'en assurer la pertinence et la qualité pour la production de rapports sur les résultats.</p>		
<p><i>Recommandation n° 2 de l'audit du Programme d'aide à la vie autonome :</i></p> <p>Le sous-ministre adjoint des Programmes et partenariats en</p>	<p>Le sous-ministre adjoint des Programmes et des partenariats en matière d'éducation et de développement social et la sous-ministre adjointe principale des Opérations régionales sont d'accord avec cette recommandation.</p>	<p>SMA, PPMEDS</p> <p>SMAP, OR</p>	<p>31 mars 2024</p>

Recommandations	Réponse de la direction/Actions	Gestionnaire responsable (Titre)	Date de mise en œuvre prévue
<p>matière d'éducation et de développement social (PPMEDS), en consultation avec la sous-ministre adjointe principale des Opérations régionales et la sous-ministre adjointe déléguée des Opérations régionales devrait établir un cadre qui comprend des rôles et des responsabilités clairement définis en matière de sensibilisation et une orientation connexe, afin de veiller à ce que les activités de sensibilisation soient menées de manière efficace et à ce que le matériel distribué aux communautés des Premières Nations soit accessible, complet et précis afin de s'assurer que tous ceux qui ont besoin des services du programme sont informés et capables d'y accéder.</p>	<p>Il est prévu que le nouveau cadre de sensibilisation clarifiera les rôles et les responsabilités, y compris les délais et les méthodes de diffusion des changements aux partenaires des Premières Nations. Le PPMEDS travaillera avec des collègues des Opérations régionales pour élaborer le nouveau cadre de sensibilisation afin d'assurer l'uniformité et la clarté pour les Premières Nations.</p> <p>Le nouveau cadre de sensibilisation sera examiné chaque année avec les régions afin de s'assurer qu'il est tenu à jour.</p> <p>Remarque : Le PPMEDS collaborera également avec le PSDMCPNI de la DGSPNI sur les rôles et les responsabilités en matière de communication et harmonisera les messages aux Premières Nations, le cas échéant.</p>		
<p><i>Recommandation n° 1 de l'audit du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuit :</i></p> <p>La sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des</p>	<p>La sous-ministre adjointe principale et la sous-ministre adjointe de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI) sont d'accord avec cette recommandation. Conformément à cette recommandation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La DGSPNI, de concert avec les partenaires des Premières Nations et des 	<p>SMAP, DGSPNI SMA, DGSPNI-OR</p>	<p>Documentation des justifications des décisions de financement – avril 2024</p> <p>Mise à jour des documents opérationnels clés – 31 mars 2025 et en</p>

Recommandations	Réponse de la direction/Actions	Gestionnaire responsable (Titre)	Date de mise en œuvre prévue
<p>Premières Nations et des Inuit, en collaboration avec la sous-ministre adjointe des Opérations régionales de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit, devrait veiller à ce que les principaux documents opérationnels des programmes soient examinés, mis à jour et approuvés au niveau approprié. De plus, les justifications des décisions de financement devraient être documentées et éventuellement communiquées aux régions pour une plus grande transparence.</p>	<p>Inuits et en collaboration avec l'équipe du Programme d'aide à la vie autonome du PPMEDS, examinera et révisera les principaux documents opérationnels au besoin pour donner suite à cette recommandation. Voici quelques exemples de documents opérationnels clés : Guides de planification des ressources, guides du cadre de travail, guides de mise en œuvre, plans de programme et plans de travail (31 mars 2025).</p> <p>2. Le PSDMCPNI examinera et mettra à jour son processus de décision de financement pour s'assurer que la justification des décisions de financement est documentée et communiquée aux régions, le cas échéant, afin d'accroître la transparence (avril 2024).</p> <p>Remarque : La DGSPNI collaborera également avec le Programme d'aide à la vie autonome du PPMEDS sur cette recommandation, le cas échéant.</p>		<p>cours</p>

Annexe A : Critère de l'audit

Afin d'assurer un niveau d'assurance approprié pour atteindre les objectifs de l'audit, les critères de l'audit suivants ont été définis.

Critères de l'audit	
1. La gouvernance du PSDMCPNI a été mise en œuvre pour superviser la gestion de programme et soutenir la prise de décision.	
1.1	Les structures de gouvernance, les cadres de responsabilisation et les rôles et responsabilités ont été définis et transmis aux employés du PSDMCPNI, et ils sont, dans les faits, mis en œuvre.
1.2	Des processus sont en place pour obtenir l'avis des intervenants des Premières Nations et des Inuits sur le programme.
1.3	La prise de décision, l'exécution et la gestion de programme sont orientées par les commentaires des intervenants des Premières Nations et Inuits.
2. Les données recueillies dans le cadre du programme sont pertinentes et fiables, et elles sont utilisées pour orienter la gestion de programme et la prise de décision.	
2.1	Les données recueillies dans le cadre du programme sont pertinentes et fiables pour la gestion de programme, elles soutiennent les décisions prises quant au programme et améliorent la responsabilisation et l'exécution de ce dernier.
2.2	Une analyse est effectuée par les responsables du programme pour justifier de la pertinence et de la fiabilité des données afin d'atteindre les objectifs du programme.
2.3	Les commentaires des représentants des Premières Nations et des intervenants inuits sont sollicités et obtenus pour déterminer la pertinence des données recueillies.