

Audit du Programme de mieux-être mental

Rapport d'audit interne

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

Mai 2024



Indigenous Services
Canada

Services aux
Autochtones Canada

Canada

Table des matières

ACRONYMES	II
RESUME	III
1. CONTEXTE.....	1
2. À PROPOS DE L'AUDIT	6
2.1 <i>Pourquoi l'audit est-il important?</i>	<i>6</i>
2.2 <i>Objectif de l'audit.....</i>	<i>7</i>
2.3 <i>Portée de l'audit</i>	<i>7</i>
2.4 <i>Approche et méthode de l'audit.....</i>	<i>7</i>
3. PRINCIPALES CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS	9
3.1 <i>Efficacité de la gouvernance et de la surveillance.....</i>	<i>9</i>
3.2 <i>Mesure du rendement</i>	<i>12</i>
3.3 <i>Gestion financière et affectation des ressources.....</i>	<i>16</i>
4. CONCLUSION	19
5. RÉPONSE ET PLAN D'ACTION DE LA DIRECTION	22
ANNEXE A : CRITÈRES D'AUDIT	27
ANNEXE B : COMPOSANTES DE LA STRUCTURE DE GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS DE LA COLOMBIE- BRITANNIQUE	29

Acronymes

ASPN	Autorité sanitaire des Premières Nations
BN	Bureau national
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
ICD	Instrument de collecte de données
IRC	Indicateur de rendement clé
PMEM	Programme de mieux-être mental
RGPMEM	Responsable du groupe de programmes sur le mieux-être mental
SAC	Services aux Autochtones Canada

Résumé

Avec un investissement annuel d'environ 650 millions de dollars en 2022-2023, le Programme de mieux-être mental (PMEM) offre un financement souple pour répondre aux besoins immédiats des communautés en matière de mieux-être mental en soutenant les initiatives communautaires de promotion du mieux-être mental, les initiatives sur le terrain, la prévention du suicide, la promotion de la vie, les interventions en cas de crise et les services de traitement et de prévention de la toxicomanie dirigés par des Autochtones et adaptés à leur culture dans les communautés autochtones. Ce financement permet également d'apporter un soutien culturel, émotionnel et en santé mentale essentiel aux survivants des pensionnats indiens et des externats indiens fédéraux, aux familles des anciens élèves ainsi qu'aux personnes touchées par la question des femmes, des filles et des personnes 2ELGBTQI+ autochtones disparues et assassinées. La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Services aux Autochtones Canada (SAC) fournit des services et du financement pour les services de santé et les services connexes, y compris le Programme de mieux-être mental, aux communautés et aux peuples autochtones. Le bureau national (BN) du PMEM, ainsi que sept bureaux régionaux, sont responsables de la supervision du programme et des politiques et du financement connexes.

Le budget de 2021 a annoncé 597,6 M\$ sur trois ans pour une approche du mieux-être mental fondée sur les distinctions pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Cela comprend un financement renouvelé pour soutenir des services essentiels comme des lignes d'écoute téléphonique, un soutien en matière de santé mentale et un soutien culturel et affectif pour les anciens élèves des pensionnats indiens et des externats fédéraux, ainsi que pour les personnes touchées par la crise des femmes et des filles autochtones disparues et assassinées. Le budget de 2022 a prévu 227,6 millions de dollars sur deux ans, à compter de 2022-2023, pour maintenir des services tenant compte des traumatismes, adaptés à la culture et dirigés par les Autochtones afin d'améliorer le mieux-être mental, et pour soutenir les efforts amorcés dans le budget de 2021. De plus, le budget de 2024 propose de fournir 630,2 millions de dollars sur deux ans, à compter de 2024-2025, pour appuyer l'accès des Autochtones aux services de santé mentale, y compris au moyen d'approches du mieux-être mental fondées sur les distinctions.

L'objectif de l'audit était de fournir une assurance sur l'efficacité des principaux aspects du PMEM, plus précisément :

1. le cadre de gouvernance et les activités de surveillance;
2. les processus et les outils pour affecter adéquatement le financement aux régions;
3. des mécanismes pour recueillir et intégrer les commentaires des communautés autochtones; et
4. des stratégies proactives d'atténuation des risques.

La portée de l'audit était axée sur l'évaluation du cadre, des processus et des procédures du Programme de mieux-être mental, et ne comprenait pas d'évaluation de l'efficacité et de l'efficacité du programme d'un point de vue opérationnel. Les résultats des projets et des services financés par le Programme de mieux-être mental, ainsi que toutes les activités réalisées par des intervenants qui ne sont pas de SAC, n'ont pas été inclus dans la portée du présent audit.

L'audit a révélé de solides forces de collaboration et de communication entre le PMEM, les partenaires autochtones et les communautés, ainsi qu'une plus grande souplesse en matière de financement et de production de rapports. L'audit a également cerné les points à améliorer au sein du PMEM. Il a été constaté que le programme a établi des structures de gouvernance et de surveillance, mais qu'il manque une documentation uniforme des rôles, des responsabilités, ainsi que des fonctions et des résultats clés des réunions. De plus, les mécanismes officiels de rétroaction visant à intégrer la rétroaction des partenaires et des communautés autochtones et les leçons tirées du PMEM n'ont pas été officiellement documentés et mis en œuvre. Bien que le programme utilise des ententes de financement utilisées par plusieurs programmes à l'échelle de la DGSPNI, offrant de la souplesse en matière d'affectation et de production de rapports, cette souplesse accrue a entraîné une diminution de l'affectation du financement du projet et des progrès réalisés par le PMEM. De plus, les processus et les outils de suivi de la production de rapports ne sont pas établis et mis en œuvre de façon uniforme au BN du PMEM, à l'administration centrale et dans la région de la capitale nationale (AC-RCN), ainsi que dans les régions du PMEM. Des instruments normalisés de collecte de données (ICD) et des indicateurs de rendement clés (IRC) sont en place pour la mesure du rendement, mais il n'y a pas de progrès documenté pour refléter l'adaptation des indicateurs afin de mieux les harmoniser avec les priorités des partenaires et des communautés autochtones.

Dans l'ensemble, le programme présente des points forts en matière de gouvernance, de production de rapports et de souplesse du financement. Toutefois, il y a des possibilités d'amélioration, comme l'amélioration des pratiques de documentation, l'établissement et la mise en œuvre de mécanismes de suivi des rapports uniformes, l'intégration de mécanismes de rétroaction et la démonstration d'une harmonisation plus claire avec les besoins des partenaires et des communautés autochtones.

L'audit a donné lieu aux cinq recommandations suivantes :

1. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits envisage d'officialiser la documentation relative aux principales activités de gouvernance du Programme de mieux-être mental (PMEM).
2. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits envisage de documenter des directives claires concernant les rôles et les responsabilités des employés du PMEM.
3. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, élabore conjointement avec les partenaires autochtones pour réviser les mesures de rendement, les indicateurs et le modèle logique du Programme de bien-être mental, afin qu'ils reflètent l'existence, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services pour les partenaires et les communautés autochtones.
4. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits envisage d'établir un mécanisme structuré de rétroaction afin d'intégrer la rétroaction des principaux intervenants du PMEM.
5. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale, en consultation avec les partenaires, établisse une approche de rapport des bénéficiaires de financement intégrant

une analyse intégrée et des mécanismes de suivi clairs. Cela soutiendra la transparence, l'efficacité et la responsabilité dans les opérations du programme, facilitant la compréhension des partenaires et des parties prenantes et permettant le déploiement à plus grande échelle des pratiques communautaires réussies.

Énoncé de conformité

L'audit a été mené conformément aux *Normes internationales pour la pratique professionnelle de la vérification interne* de l'Institut des vérificateurs internes et à la *Politique sur l'audit interne* du gouvernement du Canada, comme en témoignent les résultats du programme d'assurance et d'amélioration de la qualité.

Réponse de la direction

La direction approuve les constatations. Elle a accepté les recommandations du rapport et élaboré un plan d'action afin d'y répondre. Le plan d'action de la direction a été ajouté au présent rapport.

1. Contexte

Aperçu du Programme de mieux-être mental

Le programme de mieux-être mental (PMEM) fournit un financement aux communautés et aux organisations autochtones pour qu'elles puissent offrir des services de mieux-être mental principalement aux membres des Premières Nations vivant dans les réserves et aux membres des communautés inuites afin d'améliorer les résultats en matière de mieux-être mental. Les investissements dans le mieux-être mental soutiennent les initiatives communautaires de promotion du mieux-être mental, les initiatives sur le terrain, la prévention du suicide, la promotion de la vie, l'intervention en cas de crise et les services de traitement et de prévention de la toxicomanie, qui sont dirigés par les Autochtones et adaptés à leur culture dans les communautés des Premières Nations et des Inuits. Le financement permet également d'apporter un soutien culturel, émotionnel et en santé mentale essentiel aux survivants des pensionnats indiens et des externats indiens fédéraux, aux familles des anciens élèves des pensionnats, ainsi qu'aux personnes touchées par la question des femmes, des filles et des personnes 2ELGBTQI+ autochtones disparues et assassinées.

Services aux Autochtones Canada (SAC) travaille en étroite collaboration avec des partenaires autochtones et est guidé par des documents dirigés par des Autochtones, comme le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations; le cadre Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada; la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits; et le guide de sensibilisation et de recommandations *Pathfinding Towards a Flourishing Future* (cheminement vers un avenir prospère) de l'organisme We Matter.

Dans le cadre du budget de 2021, il a été annoncé que 597,6 millions de dollars seraient disponibles sur trois ans pour appuyer des approches du mieux-être mental fondées sur les distinctions pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Cet investissement a permis de renouveler le financement des mesures de soutien tenant compte des traumatismes à l'intention des survivants des pensionnats indiens et des externats indiens fédéraux et des familles des anciens élèves, ainsi que des personnes touchées par la question des femmes, des filles et des personnes 2ELGBTQI+ autochtones disparues et assassinées. Le budget de 2021 prévoyait également un premier investissement dans des approches propres aux Métis en matière de mieux-être mental.

L'Énoncé économique de l'automne 2021 a annoncé l'octroi de 107,3 millions de dollars en 2021-2022 à Services aux Autochtones Canada pour accroître l'accès au soutien culturel et en santé tenant compte des traumatismes.

Le budget de 2022 a fourni un financement supplémentaire de 227,6 millions de dollars sur deux ans afin de maintenir des services tenant compte des traumatismes, adaptés à la culture et dirigés par les Autochtones pour améliorer le mieux-être mental et pour soutenir les efforts entrepris dans le cadre du budget de 2021 pour élaborer conjointement des approches fondées sur les distinctions en matière de santé mentale et de mieux-être. Le budget de 2024 propose de fournir 630,2 millions de dollars sur deux ans, à compter de 2024-2025, pour appuyer l'accès des

Autochtones aux services de santé mentale, y compris au moyen d'approches du mieux-être mental fondées sur les distinctions.

La capacité du Ministère de continuer à réaliser des progrès dans l'amélioration du mieux-être mental des Premières Nations, des Inuits et des Métis pourrait être touchée par les principaux risques ministériels, y compris la réorientation des ressources des services de santé et des services sociaux et les défis liés à la prise de décisions de financement opportunes et éclairées. Cet audit visera à fournir une assurance sur l'efficacité des principaux aspects du Programme de mieux-être mental, plus précisément :

1. le cadre de gouvernance et les activités de surveillance;
2. les processus et les outils permettant d'attribuer adéquatement le financement aux régions;
3. des mécanismes pour recueillir et intégrer les commentaires des communautés autochtones; et
4. des stratégies proactives d'atténuation des risques.

Chronologie du Programme de mieux-être mental (PMEM)

Le PMEM a connu des changements importants depuis sa création. Le tableau suivant donne un aperçu des principales étapes et dates de l'évolution du programme.

Événement	Année	Description
Création du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA)	Années 1970-1980	Début du PNLAADA dans le but de mettre en place et d'exploiter des programmes de traitement visant à réduire et à prévenir la consommation problématique d'alcool, de drogues et de solvants dans les communautés autochtones. L'objectif du programme est d'aider à financer des initiatives dirigées par les Premières Nations et les Inuits.
Création de Santé Canada	Années 1990	Création de Santé Canada et élaboration du PMEM, grâce à des investissements dans Grandir ensemble et Pour des communautés en bonne santé. Il reçoit des fonds de la part du gouvernement du Canada et continue d'évoluer.
Pour des communautés en bonne santé	1994	Aider les communautés et les gouvernements territoriaux à élaborer des approches communautaires de la gestion des crises de santé mentale. Le financement alloué était de 24,6 M\$ par année et provient des régions.
Grandir ensemble	1994	Améliorer la qualité et l'accès à des services de santé mentale, de développement de l'enfant et de prévention des blessures adaptés à la culture, holistiques et communautaires afin de créer des familles et des communautés en santé. Le financement alloué était de 50 M\$ par année et provient des régions.
Rapport final de la Commission royale sur les peuples autochtones	1996	Le rapport comprend un appel à une guérison fondée sur la communauté et la culture
Création de la Fondation autochtone de guérison	1998	La déclaration de réconciliation du gouvernement fédéral, Rassembler nos forces, prévoit 350 M\$ pour la création de la

Événement	Année	Description
		Fondation autochtone de guérison avec un mandat de 11 ans. La Fondation a finalement fermé ses portes en 2012.
Lancement du Cadre national de règlement sur les pensionnats indiens	2003	Le Cadre comprend une stratégie de contentieux, des mesures de soutien en matière de santé et l'établissement d'une ligne d'écoute téléphonique nationale sans frais des pensionnats indiens.
Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones	2005	Appuie les activités communautaires visant à améliorer le mieux-être mental chez les jeunes, les familles et les communautés autochtones en renforçant les facteurs de protection et en réduisant les facteurs de risque. Le financement alloué était de 65 M\$ sur cinq ans et provient des régions.
Ratification de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens (CRRPI) et financement du Programme de soutien en santé : résolution des questions des pensionnats indiens.	2006	L'approbation de la CRRPI formalise le processus pour la Commission de vérité et réconciliation, la rémunération, le Programme de soutien en santé : résolution des questions des pensionnats indiens et le maintien de la ligne d'écoute téléphonique nationale des pensionnats indiens. Le Programme de soutien en santé : résolution des questions des pensionnats indiens donne accès à des services de soutien émotionnel et culturel ainsi qu'à des conseils professionnels en matière de santé mentale aux survivants des pensionnats indiens et à leurs familles afin de leur permettre de naviguer en toute sécurité dans la procédure de demande d'indemnisation de la CRRPI. Financement accru ou renouvelé dans les budgets de 2009, de 2010, de 2012, de 2016, de 2018, de 2021 et de 2024.
Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada	2011	Honorer nos forces est un document d'orientation clé pour les investissements de la DGSPNI, car il décrit un continuum de soins visant à soutenir des interventions communautaires, régionales et nationales renforcées en matière de toxicomanie au moyen d'une approche culturellement ancrée.
Publier le processus de régionalisation de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	2012	Le plan stratégique de la DGSPNI est publié en 2012, alors que la Direction générale fait partie de Santé Canada. La DGSPNI se tourne vers la régionalisation, un processus décrit dans son cadre de responsabilisation et conforme au plan stratégique. Le cadre décrit les rôles et responsabilités du BN et des bureaux régionaux de la DGSPNI, ainsi que la structure et les processus de soutien aux communautés.
Lancement du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (CCMMPN)	2015	Le CCMMPN est un document d'orientation clé pour les investissements de la DGSPNI, car il décrit les priorités importantes pour le mieux-être mental des Premières Nations au moyen d'une approche holistique et culturellement ancrée.
Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation (CVR) du Canada	2015	Présentation du rapport final de la CVR. Annonce des plans pour collaborer avec les partenaires à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un cadre national de réconciliation.
Lancement de l'enquête sur les femmes et les filles	2015	Lancement de l'enquête sur les FFADA et mise en place d'une ligne d'écoute téléphonique sans frais pour les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées.

Événement	Année	Description
autochtones disparues et assassinées (FFADA)		
Lancement de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les Inuits	2016	La Stratégie est un document d'orientation clé pour les investissements de la DGSPNI, car il décrit les priorités importantes pour le bien-être mental des Inuits par le biais d'une approche holistique et culturelle, en mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé.
Lancement de la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être	2016	Lancement de la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être en réponse aux crises de suicide et de santé mentale dans certaines communautés autochtones. Financement en cours octroyé dans le budget de 2017.
Lancement de l'harmonisation du PMEM	2016-en cours	L'harmonisation du PMEM offre plus de souplesse aux bénéficiaires dans le cadre d'ententes établies pour élaborer leurs programmes et utiliser leur financement de la façon qui répond le mieux à leurs besoins et priorités en matière de mieux-être mental.
Création de Services aux Autochtones Canada	2017-2019	Services aux Autochtones Canada (SAC) a été créé en novembre 2017, réunissant les services de santé des Premières Nations et des Inuits (anciennement offerts par la DGSPNI de Santé Canada) avec les services d'éducation, les services sociaux essentiels, les programmes de services à l'enfance et à la famille, les terres et le développement économique, les programmes de logement et d'infrastructure du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. SAC a été établi en vertu de la <i>Loi sur le ministère des Services aux Autochtones</i> , qui est entrée en vigueur en juillet 2019 et dont le mandat consiste à mettre en œuvre le transfert graduel de ces services aux organisations autochtones à l'appui de l'autodétermination.
Programme de santé et de soutien culturel des FFADA	2018	En réponse au rapport provisoire de l'Enquête nationale, un financement a été annoncé pour les aides à la santé des FFADA au cours de l'Enquête. Financement renouvelé dans les budgets de 2020, de 2021 et de 2024. Les services de soutien en matière de santé et de culture des FFADA reflètent ceux qui sont offerts par l'entremise du Programme de soutien en santé : résolution des questions des pensionnats indiens et sont à la disposition des survivants, des membres de leur famille et de toutes les personnes concernées par la question des femmes et des filles autochtones disparues et assassinées.

Événement	Année	Description
Programme de santé et de soutien culturel des externats indiens fédéraux	2020	Le financement de mesures de santé et de soutien culturel pour les anciens élèves des externats indiens fédéraux et les membres de leur famille a été annoncé après la ratification de la Convention de règlement relative aux externats indiens fédéraux. Financement renouvelé dans les budgets de 2021 et de 2024. Les services de santé et de soutien culturel des externats indiens fédéraux reflètent ceux offerts par Programme de soutien en santé : résolution des questions des pensionnats indiens et sont accessibles aux anciens élèves des externats indiens fédéraux historiques et aux membres de leur famille.
Effets de la pandémie de COVID-19	2020-2023	La pandémie de COVID-19 a mis à rude épreuve la capacité des systèmes de santé existants au Canada de répondre à la demande accrue de services de santé pendant cette période et a donné lieu à une attention renouvelée aux domaines de santé prioritaires, y compris le bien-être mental et la consommation de substances. De nombreux services de mieux-être mental continuent d'être accessibles, certains subissant des interruptions de service, des changements dans la prestation des services ou de nouvelles approches novatrices pour rejoindre les membres de la communauté.
Soutien supplémentaire tenant compte des traumatismes et axé sur la santé et la culture	2021	En 2021, en réponse à la confirmation de lieux de sépulture non marqués sur les sites d'anciens pensionnats indiens, des investissements supplémentaires ont été faits pour élargir l'accès à des services de santé et de soutien culturel adaptés aux traumatismes aux personnes ayant le plus souffert des séquelles laissées par les pensionnats indiens.
Principales priorités actuelles	2023-en cours	Les efforts du Ministère et des programmes demeurent axés sur la collaboration étroite avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis et sur l'accès continu aux services et au soutien en matière de mieux-être mental (y compris les efforts visant à renouveler le financement des programmes prévus dans les budgets de 2021 et 2022), la mise en œuvre d'initiatives de mieux-être mental fondées sur les distinctions et la prestation continue de soins de santé et de soutien culturel tenant compte des traumatismes aux survivants des pensionnats indiens et des externats fédéraux pour Indiens et aux familles des anciens élèves, ainsi qu'aux personnes touchées par la question des femmes, des filles et des personnes 2ELGBTQI+ autochtones disparues et assassinées.

Structure de gouvernance et de surveillance

Le PMEM relève de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI). Le bureau national (BN) et sept bureaux régionaux (Atlantique, Ontario, Québec, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et région du Nord) qui relèvent des directions régionales. Ils collaborent étroitement les uns avec les autres, ainsi qu'avec les partenaires autochtones qui

représentent les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui bénéficient du financement du PMEM.

L'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations (annexe B) a créé une autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) à l'échelle de la province, qui, en 2013, a assumé un rôle de leadership direct dans la conception, la prestation et la gestion des programmes et des services de santé (y compris le mieux-être mental) pour les communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Les partenaires de l'accord tripartite travaillent en étroite collaboration pour améliorer les résultats en matière de santé des communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique au moyen d'une structure de gouvernance de la santé des Premières Nations qui s'attaque aux inégalités en matière de santé et à d'autres iniquités subies par les Premières Nations et qui cherche à trouver des moyens de renforcer la coordination avec les programmes et les services provinciaux. En 2023, le Canada a renouvelé son accord de financement de 10 ans pour continuer d'appuyer l'ASPN dans ses travaux visant à améliorer les résultats en matière de santé pour les Premières Nations de la Colombie-Britannique.

Divers mécanismes sont en place, comme des discussions de partenariat et des tables rondes, pour faciliter la circulation de l'information entre le BN, les sept régions et leurs partenariats internes et externes, les communautés et d'autres intervenants.

2. À propos de l'audit

L'audit du Programme de mieux-être mental a été inclus dans le Plan d'audit axé sur les risques de Services aux Autochtones Canada de 2023-2024 à 2024-2025, lequel a été présenté au Comité ministériel d'audit et approuvé par la sous-ministre le 25 mai 2023.

2.1 Pourquoi l'audit est-il important?

L'équipe d'audit a cerné plusieurs facteurs critiques qui soulignent l'importance d'évaluer le programme de mieux-être mental (PMEM). Ces facteurs s'harmonisent directement avec les objectifs globaux, les cadres de responsabilisation et l'engagement fondamental à appuyer la prestation de mesures de soutien et de services efficaces en matière de mieux-être mental aux communautés autochtones. L'importance de l'audit découle des considérations clés suivantes :

1. **Efficacité de la gouvernance et de la surveillance** : Il peut y avoir un risque que l'efficacité des structures de gouvernance et de surveillance du Programme puisse être compromise en raison de l'accès potentiellement limité à des données et à des rapports exhaustifs, en temps utile, ayant fait l'objet d'un contrôle de la qualité. Une telle limitation pourrait influencer sur la capacité du programme à prendre des décisions fondées sur des données probantes, à gérer les risques de manière adéquate et à s'acquitter efficacement de ses responsabilités en matière de gouvernance.
2. **Mesure du rendement** : Il existe un risque que le programme ne dispose pas de mécanismes robustes et uniformes permettant de mesurer le rendement. En l'absence d'indicateur de rendement clé (IRC) adéquats, il pourrait être difficile d'évaluer si le programme atteint

efficacement ses objectifs et les résultats escomptés. Ce risque pourrait avoir une incidence sur la capacité du Programme à s'améliorer de manière continue, à rendre des comptes et à prendre des décisions efficaces fondées sur les données de rendement.

3. **Gestion financière et affectation des ressources** : Il existe un risque que le modèle actuel d'affectation des fonds et les pratiques de gestion financière ne représentent pas fidèlement les besoins changeants et diversifiés des communautés autochtones ou n'y répondent pas. Ces lacunes pourraient limiter la capacité du programme à fournir un accès juste, équitable et suffisant aux services et aux mesures de soutien de mieux-être mental, conformément aux objectifs des politiques et aux orientations stratégiques du Gouvernement du Canada (GC).

En résumé, l'audit sert d'outil pour cerner les lacunes et les points à améliorer au sein du programme. Le programme peut ensuite examiner ces points de vue et y donner suite afin de répondre aux besoins changeants des communautés, de maintenir des approches fondées sur les distinctions et d'améliorer le soutien pour la prestation de services et de mesures de soutien efficaces en matière de mieux-être mental aux communautés autochtones. En répondant à ces préoccupations, l'audit peut contribuer à la résilience, à l'adaptabilité et au succès global du programme dans la réalisation de son mandat.

2.2 Objectif de l'audit

L'objectif de l'audit était de fournir une assurance sur l'efficacité des principaux aspects du Programme de mieux-être mental, plus précisément :

1. le cadre de gouvernance et les activités de surveillance;
2. les processus et les outils pour affecter adéquatement le financement aux régions;
3. des mécanismes pour recueillir et intégrer les commentaires des communautés autochtones; et
4. des stratégies proactives d'atténuation des risques.

2.3 Portée de l'audit

La portée de l'audit comprenait une évaluation des axes de surveillance et de suivi du programme de mieux-être mental, y compris l'établissement officiel des rôles et des responsabilités aux niveaux national et régional. Il comprenait également une évaluation du financement et de l'affectation du programme, de la gestion financière et des mesures du rendement. L'audit visait les exercices de 2021-2022 à 2023-2024.

L'audit n'a pas pour but d'évaluer les éléments qui ne relèvent pas de la responsabilité de Services aux Autochtones Canada (SAC), telle que les processus de prestation des services ou la compilation des rapports sur le projet, qui incombent aux fournisseurs de services et aux partenaires externes.

2.4 Approche et méthode de l'audit

L'audit a été effectué conformément aux exigences de la *Politique sur l'audit interne* du Conseil du Trésor et aux *Normes internationales pour la pratique professionnelle de la vérification interne*.

Des éléments de preuve pertinents et suffisants ont été examinés, et des renseignements suffisants ont été obtenus pour fournir un niveau d'assurance raisonnable à l'appui de la conclusion de l'audit.

L'audit s'est déroulé de juin 2023 à mars 2024, en trois phases : la planification, la réalisation et la production du rapport.

Voici les principales techniques d'audit utilisées :

- Entrevues avec les principaux intervenants participant aux processus de gouvernance et de surveillance, de gestion financière et de mesure du rendement du PMEM;
- Entrevues avec les directeurs et les gestionnaires du PMEM au bureau national, ainsi qu'avec les sept bureaux régionaux, afin d'évaluer leurs rôles et responsabilités liés au programme, ainsi que tout processus lié à la rédaction et à l'approbation des ententes de financement, au décaissement du financement et au suivi des rapports;
- Participation à une réunion clé dirigée par le PMEM qui sert de tribune ouverte pour le BN et les sept bureaux régionaux afin de discuter des mises à jour et des défis liés à leurs portefeuilles. L'audit interne a assisté à cette réunion par l'entremise de Teams afin de mieux comprendre la nature et le sujet de ces réunions (p. ex., discussion sur les risques et les défis du programme, établissement de plans d'action et suivi);
- L'examen de la documentation, y compris l'examen des processus, des procédures, des outils et des modèles existants liés à la gouvernance et à la surveillance, à la gestion financière et aux fonctions de mesure du rendement; déterminer si une documentation et des mécanismes suffisants sont en place et évaluer si les processus ont été exécutés efficacement dans le cadre du programme;
- Examen de la documentation, y compris l'examen des ordres du jour et des procès-verbaux des principales réunions dirigées par le PMEM et les partenaires, afin de déterminer si les communications entre les bureaux du PMEM, ainsi que les communications avec les partenaires et les communautés autochtones sont adaptées au programme et à ses objectifs afin de promouvoir le mieux-être mental communautaire et de soutenir les approches fondées sur les distinctions; et
- Échantillonnage et mise à l'essai d'ententes de financement par le PMEM dans cinq des huit bureaux du PMEM. Dans le cadre de la mise à l'essai, vingt-cinq ententes de financement ont été sélectionnées à partir du bureau national, ainsi que des bureaux régionaux de l'Atlantique, de l'Ontario, du Manitoba et du Québec. Une technique d'échantillonnage exhaustive a été utilisée pour demander et mettre à l'essai la documentation relative aux échantillons, en commençant par les ententes, jusqu'à la présentation des rapports exigés des bénéficiaires, échantillonnés entre les exercices 2021-2022 et 2023-2024.

L'approche utilisée pour atteindre les objectifs de l'audit consistait, entre autres, à établir des critères d'audit permettant de formuler des observations et de tirer des conclusions. Les critères d'audit sont énoncés à l'annexe A.

3. Principales constatations et recommandations

3.1 Efficacité de la gouvernance et de la surveillance

Contexte

Cet audit visait à évaluer l'efficacité de la gouvernance et de la surveillance du Programme de mieux-être mental (PMEM), en particulier en ce qui concerne l'établissement et la mise en œuvre de rôles et de responsabilités clairs. Ces rôles et responsabilités sont essentiels pour surveiller, contrôler et adapter efficacement le programme afin d'améliorer le mieux-être mental de la communauté et d'appuyer les approches fondées sur les distinctions.

Principales attentes :

- Rôles et responsabilités en place pour appuyer, surveiller et contrôler efficacement le PMEM, en abordant tous les aspects, y compris l'utilisation des fonds et les processus décisionnels;
- Existence de procédures et processus rigoureux pour appuyer la conception, la mise en œuvre et la gestion des paiements de transfert dans le cadre du programme;
- Voies de communication adéquates au sein de la structure de gouvernance pour assurer la transmission descendante et ascendante efficace de l'information; et
- Collaboration efficace entre les bureaux du PMEM, au niveau national et régionaux, ainsi qu'avec les partenaires et les communautés autochtones, afin de faire progresser les objectifs du programme.

Ces attentes servent de repères pour déterminer si les mécanismes de gouvernance et de surveillance du PMEM favorisent le mieux-être mental de la communauté et appuient les approches fondées sur les distinctions.

Risque 1 :

Il y a un risque que les structures de gouvernance et de contrôle du PMEM soient compromises. Cela pourrait se produire en raison de la difficulté à accéder à des données et à des rapports opportuns, complets et dont la qualité est contrôlée. De telles limites peuvent nuire à la capacité du programme de prendre des décisions fondées sur des données probantes, de gérer adéquatement les risques, et de s'acquitter efficacement de ses responsabilités en matière de gouvernance, en plus d'empêcher les activités et les processus de se dérouler de manière optimale afin de permettre au programme d'atteindre ses objectifs et de s'acquitter de son mandat.

Constatations

1. Communication et collaboration continues entre les bureaux du Programme de mieux-être mental

L'audit a permis de constater que des structures organisationnelles étaient en place et que des réunions régulières avaient lieu au sein du PMEM. Dans le cadre des entrevues avec les bureaux

du PMEM, plusieurs réunions régulières ont été programmées entre le bureau national et les bureaux régionaux (p. ex., une réunion annuelle de deux jours, des réunions bilatérales annuelles entre le bureau national et chaque programme régional, une réunion mensuelle des responsables du groupe de programmes sur le mieux-être mental [RGPMEM] et des points focaux). Cela a été confirmé par l'examen d'un échantillon des procès-verbaux disponibles, ainsi que par la participation de l'équipe d'audit interne à l'une des réunions mensuelles des RGPMEM, une réunion clé dirigée par le PMEM qui sert de forum au bureau national et aux sept bureaux régionaux afin de discuter des mises à jour et des défis liés à leurs portefeuilles. Cela laisse supposer une collaboration et une communication permanentes entre les principaux intervenants du programme afin de présenter les mises à jour, les risques et les défis du programme, en temps opportun.

2. Absence de documents officiels sur la gouvernance et de procès-verbaux de réunions

L'audit a révélé que les bureaux du PMEM ont participé à plusieurs comités, discussions de partenariat et tables rondes organisés par des partenaires et des communautés autochtones. Plusieurs de ces réunions ont été jugées « informelles ». Cependant, elles ont servi à des fins essentielles, comme la planification, le suivi et la surveillance, et sont des sources de points de décision clés liés au programme et aux décisions de financement. Des listes écrites à la main par des participants à certains comités, partenariats et tables rondes clés ont été fournies pour les réunions organisées par le PMEM. Cependant, le cadre de référence (CDR) et les documents sur les processus officiels n'étaient pas disponibles pour la plupart des bureaux du PMEM échantillonnés. En outre, aucune preuve documentaire confirmant la tenue des réunions n'était disponible pour la plupart des réunions dirigées par le PMEM. Les entretiens menés avec tous les bureaux du PMEM de l'échantillon ont également confirmé que les documents officiels relatifs aux réunions clés organisées par le PMEM, comme les ordres du jour, les procès-verbaux ou les comptes rendus des décisions (CRD), n'étaient pas systématiquement consignés.

Les entretiens menés avec les bureaux du PMEM ont également confirmé que les ordres du jour, les procès-verbaux des réunions et les CRD n'étaient pas systématiquement consignés en raison des ressources limitées et des contraintes de temps pendant la pandémie, et que cette mesure n'avait pas été rétablie après la pandémie. Au cours de ces entretiens, il a été signalé que certaines réunions ne faisaient pas l'objet d'un procès-verbal, car les sujets pouvaient être de nature délicate. Les bureaux du PMEM ont déclaré que certains participants aux réunions ne seraient peut-être pas aussi coopératifs s'ils savaient que les réunions sont consignées.

L'absence de documents officiels sur le processus de gouvernance, concernant les structures et les réunions de gouvernance dirigées par le PMEM, pourrait entraîner une perte de responsabilité et de transparence, ainsi que des malentendus, des désalignements et des processus exécutifs incohérents en raison de l'absence de rôles et de responsabilités clairs et adaptés au PMEM de la part des personnes qui assument des rôles de gouvernance. Cette constatation pourrait également avoir des effets négatifs sur la collaboration et l'harmonisation stratégiques, ce qui nuirait à la capacité du programme de s'adapter à l'évolution des besoins et des circonstances dans le contexte communautaire du mieux-être mental, en raison d'un manque d'harmonisation claire des buts et des objectifs de l'ensemble du programme. La constatation peut entraîner un risque accru d'inefficacité et de manque d'efficacité dû à l'absence de documents de

gouvernance précisant qui doit accomplir certaines tâches et la façon de les accomplir, ce qui peut provoquer un dédoublement des efforts, des tâches négligées ou des conflits de priorités.

En outre, les documents limités sur les réunions clés pourraient entraîner un risque accru de désalignement des opérations en raison de l'absence de saisie et de suivi uniformes des procès-verbaux des réunions. Il y a un risque de perdre des idées et des renseignements précieux abordés au cours de ces réunions, comme des données probantes liées aux décisions clés, aux mesures à prendre et aux activités de suivi. Ce manque de suivi et de documents peut nuire à la capacité du programme à évaluer avec précision les progrès réalisés, à cerner les domaines à améliorer et à prendre des décisions éclairées. Enfin, les résultats pourraient également inclure la perte de connaissances institutionnelles causée par l'absence de tenue de dossiers et le roulement de personnel récent, ce qui fait qu'il est impossible de se souvenir de ce qui a été abordé, des tâches qui ont été assignées et des délais qui ont été fixés.

3. Manque de clarté à l'égard des rôles et des responsabilités en matière de gouvernance et de surveillance du Programme de mieux-être mental

L'audit a permis de constater qu'il existait des descriptions de poste génériques et de les examiner pour les bureaux du PMEM échantillonnés. L'audit interne a reconnu que la Directive sur la classification du gouvernement du Canada (GC) souligne que les ministères doivent inclure, à tout le moins, des descriptions de postes génériques. Même si les bureaux du PMEM ont adopté les descriptions de postes génériques du gouvernement du Canada figurant sur le site Internet de la Classification nationale des professions (CNP), ces descriptions n'étaient pas adaptées au mandat évolutif du programme. La description de travail pour le nouveau rôle de DG du PMEM est en cours d'élaboration avec la classification EX. Il est possible de peaufiner et de personnaliser ces descriptions, ainsi que de faire progresser les plans de travail détaillés afin d'articuler clairement les rôles et les responsabilités des personnes au sein des bureaux du PMEM.

Au cours des trois derniers exercices (de 2021-2022 à 2023-2024), de nouveaux postes et un roulement de personnel à différents niveaux se sont produits, ce qui a entraîné des postes vacants persistants et a posé des problèmes pour le maintien d'une capacité opérationnelle efficace. En particulier, des rôles clés, comme le DG du PMEM, ont été créés le 6 novembre 2023 pour remplacer la Division du mieux-être mental, qui relève du DG du Bureau de la santé de la population et de la santé publique (BSPSP), ainsi que des changements de personnel pour deux directeurs régionaux, entre autres. Les changements de rôle et le roulement de personnel ont été présentés lors d'entrevues avec le bureau national et les régions, ainsi qu'à la réunion des responsable du groupe de programmes sur le mieux-être mental (RGPMEM) à laquelle l'équipe de l'audit interne a assisté. Il a été noté que chaque région a généralement deux représentants à la réunion des RGPMEM et des coordonnateurs statistiques pour faciliter l'échange d'information. Toutefois, les postes vacants, de même que l'absence d'un organigramme à jour et de descriptions de travail adaptées, pourraient créer des difficultés pour ce qui est d'évaluer si le programme a suffisamment de personnel pour continuer à fonctionner efficacement et qui est responsable de quelles responsabilités au sein du PMEM.

En outre, dans la plupart des bureaux du PMEM échantillonnés, le matériel de formation et les directives n'étaient pas systématiquement disponibles ou mis en œuvre. Il n'est pas certain que l'ensemble des responsabilités soient assumées, car il n'y a pas de manuel opérationnel, de matériel de formation, ni d'orientation professionnelle précise qui pourraient servir de référence à des fins de comparaison.

Au cours des entretiens, on a également noté que les bureaux du PMEM ont été confrontés à des contraintes de temps et de ressources considérables en raison de la pandémie et d'autres situations d'urgence ininterrompue. Certains bureaux du PMEM ont mentionné qu'ils étaient surchargés de travail et qu'ils n'avaient ni le temps ni les ressources nécessaires pour s'occuper des documents et des principales tâches administratives et organisationnelles.

Un document d'orientation limité, dépourvu, par exemple, d'organigrammes à jour, de descriptions de postes adaptées au PMEM et de matériel de formation, pourrait entraîner une perte de talents et de connaissances institutionnelles, ainsi qu'une augmentation de la vulnérabilité du programme aux perturbations de ses activités en cas de roulement de personnel. Cela pourrait également entraîner un risque accru d'erreurs dues à l'absence de politiques, de procédures et de responsabilités professionnelles claires pour orienter les employés. De plus, cela pourrait entraîner un manque de clarté et de cohérence des rôles et des responsabilités des nouveaux employés du PMEM, ce qui pourrait engendrer la répartition inadéquate des tâches entre les nouveaux employés du programme et nuire à l'exécution de ces tâches.

Recommandations

1. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits envisage d'officialiser la documentation relative aux principales activités de gouvernance du Programme de mieux-être mental (PMEM).
2. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits envisage de documenter des directives claires concernant les rôles et les responsabilités des employés du PMEM.

3.2 Mesure du rendement

Contexte

La mesure du rendement du PMEM permet de s'assurer que les objectifs du programme sont atteints et donne des indications sur les points à améliorer. Il s'agit d'un moyen de suivre les progrès et d'aider le PMEM à rester aligné sur ses objectifs.

Principales attentes :

- Refléter fidèlement les objectifs du programme dans les indicateurs de rendement clé (IRC) établis, en particulier en ce qui concerne le passage à une approche fondée sur les distinctions ou orientée sur la communauté;

- Réviser et adapter régulièrement les IRC et les instruments de collecte de données (ICD) en fonction des résultats de rendement et de l'évolution des objectifs du programme pour en préserver la pertinence;
- Analyser les résultats de la mesure du rendement afin de cerner et relever les défis du programme, de favoriser l'amélioration continue et d'orienter la prise de décisions;
- Mettre en œuvre des mécanismes permettant de recueillir et d'intégrer la rétroaction des communautés autochtones et des autres intervenants; et
- Répondre efficacement aux constatations de la surveillance, en faisant preuve d'adaptabilité et de réactivité grâce aux changements nécessaires et à la résolution des problèmes.

Risque 2 :

L'insuffisance potentielle des mécanismes de mesure du rendement dans le cadre du PMEM peut être un risque qui pourrait nuire à sa progression vers une approche fondée sur les distinctions ou sur la communauté, empêcher l'évaluation de l'efficacité dans l'atteinte des objectifs de mieux-être mental, limiter la capacité d'amélioration continue et de responsabilisation, et négliger la contribution précieuse des communautés autochtones.

Constatations

4. Communication et collaboration continues entre les bureaux du Programme de mieux-être mental et les partenaires et communautés autochtones

L'audit a révélé que les bureaux du Programme de mieux-être mental (PMEM) participent à plusieurs comités, réunions de partenariat et tables rondes où sont représentés des partenaires et des communautés autochtones. La participation à ces réunions régulières a été soulignée lors des entretiens avec tous les bureaux du PMEM échantillonnés. En outre, les listes de participants, les ordres du jour et les procès-verbaux de ces réunions dirigées par des partenaires autochtones ont été examinés, lorsqu'ils étaient fournis. Cela indique des voies de communication ouvertes entre les bureaux du PMEM et les partenaires et communautés autochtones, ce qui pourrait permettre un libre-échange de renseignements et une collaboration accrue.

5. Manque d'instrument de collecte de données (ICD) et d'indicateur de rendement clé (IRC) qui représentent mieux les mesures de réussite dans les communautés autochtones.

L'audit a porté sur les instruments de collecte de données (ICD) et les indicateurs de rendement clés (IRC) actuellement utilisés dans l'ensemble du Programme de mieux-être mental (PMEM). On a constaté que des mesures de rendement normalisées étaient en place et sont utilisées dans l'ensemble de la DGSPNI. Toutefois, ces ICD et ces IRC n'ont pas été élaborés avec les partenaires autochtones et n'ont pas été adaptés pour refléter précisément les mesures de réussite définies par les communautés desservies par le programme. Lors des entretiens, tous les bureaux du PMEM ont reconnu le besoin de disposer d'ICD et d'IRC plus particuliers aux communautés, mais aucune mise à jour de ces modèles n'est en cours.

Lors des entretiens avec tous les bureaux du PMEM, on a également noté que les partenaires autochtones avec lesquels ils collaborent ont élaboré des IRC et des ICD qui représentent mieux les besoins de leurs communautés. Des échantillons d'ICD et d'IRC créés par les communautés autochtones, et pour celles-ci, ont été examinés pour valider ce point.

L'un des défis liés à l'adaptation des mesures de rendement vient du fait qu'adapter les ICD et les IRC aux différentes communautés autochtones que le programme dessert pourrait réduire la cohérence et la normalisation des ententes de financement. Le manque de normalisation fait en sorte qu'il est difficile d'évaluer et de comparer globalement les résultats du PMEM. Les bureaux du PMEM sont responsables de leur propre rapport annuel, qui exige l'inclusion des données demandées dans les ICD et les IRC standards existants. Ainsi, cela pourrait constituer un défi du point de vue de la production de rapports.

L'absence d'IRC qui ont été spécifiquement adaptés aux besoins individuels des communautés autochtones, ainsi que l'absence d'indicateurs établis dans les exigences de financement flexibles, peuvent entraîner une évaluation inexacte des progrès et de l'efficacité du financement. Sans indicateurs adaptés qui reflètent les caractéristiques et les priorités uniques des communautés autochtones, l'évaluation risque de ne pas saisir toute l'étendue des résultats et de l'incidence du projet ou du service. Étant donné que le PMEM est le bailleur de fonds, et non le fournisseur de services, la date de réception est le facteur clé pour toute évaluation des projets et des services fournis. Cette lacune est particulièrement prononcée en raison de la diversité des communautés autochtones que ces projets desservent, où les indicateurs de réussite peuvent varier considérablement en fonction de contextes culturels, sociaux et environnementaux uniques. Cette constatation peut aussi entraîner un décalage potentiel par rapport aux besoins de la communauté en raison d'évaluations qui négligent ou interprètent mal les besoins et les aspirations uniques des communautés autochtones. Ce décalage peut entraîner des interventions qui ne s'attaquent pas aux problèmes systémiques sous-jacents ou qui ne donnent pas suffisamment de pouvoir aux membres de la communauté, ce qui limite la durabilité et la pertinence à long terme des interventions du projet. Si cette constatation n'est pas corrigée, il pourrait en résulter une perte de confiance des intervenants due à l'incapacité de mesurer efficacement la réussite des projets, ce qui pourrait éroder la confiance des intervenants envers la capacité du programme à atteindre ses objectifs. En l'absence de données probantes claires des résultats du programme, les intervenants peuvent remettre en question la valeur et la pertinence du programme, ce qui pourrait entraîner une diminution du soutien et de l'investissement au fil du temps.

6. Absence de processus officiellement consigné pour intégrer la rétroaction des communautés autochtones, et absence de processus officiel pour recueillir les leçons retenues du point de vue du programme.

L'audit a révélé qu'il n'existait pas de processus officiellement consigné pour périodiquement demander, récupérer, collecter, analyser, synthétiser et prendre des mesures en fonction de la rétroaction des communautés autochtones, en ce qui concerne le PMEM. Cependant, les bureaux du PMEM ont noté qu'il y avait eu plusieurs réunions au cours desquelles on a demandé une rétroaction verbale des partenaires et des communautés autochtones. De plus, la réunion en personne des responsables du groupe de programmes sur le mieux-être mental (RGPMEM) de

la DGSPNI a été décrite comme une réunion au cours de laquelle les RGPME se rencontrent pour discuter des progrès, des obstacles et des solutions potentielles à ces obstacles.

Les notes d'un exemple de réunion en personne des RGPME sont examinées. Ce document comprenait un résumé des commentaires et des obstacles, ainsi que des exemples de solutions. Cependant, il n'y avait pas d'indication claire des parties responsables, des mesures à prendre ou des délais pour effectuer les mises à jour. De plus, aucun document n'a été présenté pour confirmer si les obstacles décrits ont été respectés et si des changements ont été apportés au PMEM. En raison de l'absence de documents détaillés et officiels, il n'a pas été possible d'évaluer si un examen général des ententes de financement dans le cadre du PMEM a été effectué en vue d'améliorer les activités du PMEM. Aucun autre document sur les leçons retenues n'était disponible pour la période 2021-2024.

Lors des entretiens, on a souligné que les réunions servent à discuter de la rétroaction des communautés autochtones et à réfléchir aux activités du PMEM. Comme il a été mentionné, certaines de ces discussions ont lieu lors de réunions programmées, mais ces réunions ne sont actuellement pas consignées de manière uniforme sous la forme de procès-verbaux. On mentionne également que certaines réunions ne sont pas documentées, car le sujet peut être extrêmement délicat. Certains participants aux réunions ne seraient peut-être pas aussi coopératifs s'ils savaient que les réunions sont consignées. SAC a également fait remarquer que les enquêtes ne sont pas exécutées par SAC, mais que SAC fournit du financement aux partenaires autochtones pour la réalisation des enquêtes. De ce fait, la rétroaction consignée était limitée et le processus des leçons retenues n'a pas pu être officiellement attesté.

Le PMEM est guidé par le Cadre du continuum de bien-être mental des Premières Nations, qui comprend l'engagement envers des cadres, des programmes et des services dirigés par des Autochtones (p. ex., Honorer nos forces, la Stratégie nationale inuite de prévention du suicide et cheminement vers un avenir prospère : guide de sensibilisation et de recommandations, etc.), qui ont été élaborés grâce à une forte mobilisation communautaire. Bien que le fondement du PMEM comprenne des cadres dirigés par les Autochtones, l'absence d'un mécanisme de rétroaction officiellement documenté et d'un processus de leçons retenues pourrait dissuader le PMEM d'atteindre ses objectifs.

En l'absence de demandes officielles de rétroaction de la part des bureaux du PMEM et de communications limitées et consignées entre le PMEM et les communautés autochtones (p. ex., les procès-verbaux des réunions, les comptes rendus de décisions, etc.), la mesure dans laquelle les commentaires des intervenants ont été sollicités, collectés, traités ne peut pas être évaluée clairement. En outre, il n'existe aucune donnée probante consignée de l'intégration de la rétroaction des intervenants dans les ajustements du programme, ce qui pourrait entraîner le non-respect des principes de réconciliation. La réconciliation exige une mobilisation importante, le respect des droits et des points de vue des Autochtones et la volonté de remédier aux injustices historiques. Sans documentation de ces efforts, il se peut que la façon dont les connaissances, les expériences et les priorités autochtones sont prises en compte ne soit pas claire. Une autre conséquence de cette constatation pourrait être une diminution de la mobilisation communautaire. En l'absence de directives consignées sur la manière de solliciter de la rétroaction et d'y donner suite, la mobilisation communautaire risque de diminuer dans le cadre du PMEM et d'autres initiatives gouvernementales visant à améliorer le mieux-être mental. Sans

une mobilisation communautaire solide, les possibilités d'obtenir des résultats positifs et de favoriser un changement durable sont limitées, ce qui nuit aux progrès vers les objectifs communs de mieux-être mental et de réconciliation. Cette constatation peut également entraîner une perte de confiance et de mobilisation en raison de l'absence de preuves tangibles d'une véritable mobilisation ou d'une prise en compte des commentaires de la communauté. En outre, l'incapacité à démontrer une approche systématique de l'utilisation de la rétroaction peut susciter des inquiétudes quant à la responsabilité du programme et au respect des mandats et des politiques de SAC en matière de mobilisation et de réconciliation avec les peuples autochtones.

Une documentation limitée sur le processus des leçons retenues peut entraîner des possibilités manquées d'apprentissage et de perfectionnement, lesquelles sont essentielles à l'amélioration des résultats en matière de mieux-être mental et à l'atteinte des objectifs de réconciliation. L'absence de processus officiel de collecte et de prise en compte des commentaires peut susciter des incertitudes quant à la capacité d'adaptation du programme à répondre aux besoins de la communauté. En outre, l'absence de tels processus peut limiter l'efficacité des réponses aux besoins en matière de mieux-être mental. En l'absence de mécanismes structurés de rétroaction, y compris la mise en œuvre de changements, le PMEM peut avoir du mal à répondre de manière adéquate aux besoins divers et nuancés des communautés autochtones en matière de santé mentale. Par conséquent, l'efficacité des interventions peut être compromise, ce qui nuirait aux efforts visant à améliorer les résultats en matière de mieux-être mental.

Recommandations

3. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, élabore conjointement avec les partenaires autochtones pour réviser les mesures de rendement, les indicateurs et le modèle logique du Programme de bien-être mental, afin qu'ils reflètent l'existence, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services pour les partenaires et les communautés autochtones.
4. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits envisage d'établir un mécanisme structuré de rétroaction afin d'intégrer la rétroaction des principaux intervenants du PMEM.

3.3 Gestion financière et affectation des ressources

Contexte

La gestion financière et l'affectation des ressources au sein du PMEM sont des aspects essentiels de l'établissement, de la mise en œuvre et de l'adaptation des outils et des processus de gestion financière au niveau des programmes et des régions.

Principales attentes :

- La souplesse et l'adaptabilité du programme en ce qui a trait à l'affectation des fonds et à l'établissement de rapports pour répondre aux besoins en constante évolution des communautés autochtones; et

- L'établissement et la communication de processus, d'outils et de modèles efficaces à l'appui d'une gestion financière globale et la transition vers une approche de financement plus souple.

Risque 3

Il pourrait y avoir un risque qu'une surveillance insuffisante de la gestion financière et de l'affectation des ressources nuise à la capacité du programme d'offrir un accès équitable aux services de santé mentale, entrave les progrès en vue de l'adoption d'une approche fondée sur les distinctions ou axée sur la communauté et limite la capacité de prendre des décisions fondées sur des données probantes et de gérer efficacement le risque.

Constatations

7. La flexibilité dans les affectations de fonds grâce à l'utilisation accrue d'approches de financement souple et par contribution globale

L'audit a permis de constater une plus grande souplesse dans la réaffectation du financement et dans la gestion des fonds excédentaires au sein du PMEM, grâce à l'utilisation d'approches de financement souple et par contribution globale. Au moyen d'entrevues et d'une étude des politiques du gouvernement du Canada, ainsi que des exemples d'ententes de financement, on a confirmé l'adoption d'approches de financement souple et global. Ces approches, offertes dans divers programmes de la DGSPNI, permettent aux bénéficiaires d'exercer un plus grand contrôle sur la gestion de leur financement. Le financement souple permet aux bénéficiaires de réaffecter des fonds au sein d'une même autorisation de programme, de reporter le financement du programme annuellement pendant la durée de l'entente, et de rembourser les fonds non dépensés au gouvernement à l'expiration de l'entente. Le financement par contribution globale est plus flexible, car les bénéficiaires peuvent réaffecter des fonds entre les autorisations (sauf pour les programmes précis); ils peuvent également conserver les fonds excédentaires et les réinvestir dans d'autres priorités. Les ententes de financement peuvent comprendre une combinaison de financement avec différentes approches de financement ainsi que de multiples projets. La proportion de financement du mieux-être mental qui a été acheminée par l'entremise du financement souple ou global a augmenté de façon continue dans le PMEM, passant de 68 % en 2021-2022 à 77 % en 2023-2024, comme l'indiquent les listes de projets du PMEM qui décrivent les approches dans lesquelles les projets ont été financés; permettant aux bénéficiaires du PMEM de profiter de la souplesse qu'ils offrent.

De même, en ce qui concerne les affectations de fonds, l'audit a permis de constater une plus grande souplesse dans la présentation des rapports prescrits dans le cadre des approches de financement par contribution globale. Grâce à des entrevues, à l'étude des politiques du gouvernement du Canada et aux rapports pour des échantillons de projet, il a été confirmé que les bénéficiaires de financement du PMEM bénéficiaient d'une mesure de reddition de comptes plus souple. Les bénéficiaires qui reçoivent leur financement par l'entremise des approches de financement global peuvent fournir des rapports créés de façon unique à leur bureau régional du PMEM ou à leur BN, au lieu de suivre les exigences rigides en matière de rapports exigées par

les autres approches de financement. Cependant, les bénéficiaires du financement global doivent présenter un rapport annuel au ministre (ICD HC-P001 rapport annuel global) qui couvre plusieurs programmes et remplace les exigences de l'ICD en matière de rapports pour ces programmes.

8. Suivi irrégulier des rapports et visibilité limitée des projets

L'audit a examiné le mécanisme existant de suivi des rapports et a conclu que la majorité des bureaux du Programme de mieux-être mental (PMEM) échantillonnés n'avaient pas de processus clairs et cohérents de suivi des rapports obligatoires. Les ententes conclues entre les bureaux du PMEM et leurs bénéficiaires énoncent clairement les exigences en matière de rapports pour tous les bénéficiaires de financement. La fréquence et la disposition des rapports peuvent varier, selon l'entente de financement et l'approche utilisée, mais les bénéficiaires doivent présenter des rapports pour continuer à être admissibles à recevoir du financement. Il incombe aux bureaux du PMEM, en collaboration avec d'autres équipes de la DGSPNI, de faire un suivi auprès des bénéficiaires afin de vérifier s'il manque des rapports ou s'il y a des erreurs ou des problèmes liés aux rapports reçus.

Tous les bureaux du PMEM ont accès au Système de gestion de l'information sur les subventions et les contributions (SGISC), un répertoire qui renferme de la documentation comme les rapports obligatoires des bénéficiaires. Toutefois, seuls quelques bureaux du PMEM ont utilisé ce répertoire, de même que les communications avec les bénéficiaires, pour créer leurs propres outils de suivi manuel, indiquer les rapports manquants, noter les raisons de l'absence de rapport, indiquer les erreurs dans les rapports ou pour inscrire les problèmes concernant les rapports qui pourraient avoir une incidence sur l'admissibilité des bénéficiaires à recevoir du financement. Dans les cas où des outils de suivi manuel existaient, dans les documents de suivi disponibles, on n'avait pas clairement indiqué qui faisait le suivi des rapports, si les rapports étaient examinés et qui s'en chargeait, ni si les rapports manquants, les erreurs ou les problèmes liés aux rapports faisaient l'objet d'un suivi.

Les attentes en matière de rapports ont notamment été supprimées pendant la pandémie afin de permettre aux fournisseurs de services de traiter les urgences et de se concentrer sur leurs opérations en premier. Par conséquent, les rapports entre 2021-2022 et 2022-2023 n'ont pas été systématiquement présentés. Durant cette période, les lacunes en matière de rapports ont également été attribuées à des contraintes de ressources et de calendrier. Il a été observé que les bureaux du PMEM accordaient la priorité à leurs relations et à leur communication avec les communautés autochtones et que les rapports devenaient une activité secondaire.

De plus, les exigences du financement par contribution globale sont devenues plus souples pour accepter toute forme raisonnable de rapport ou de mise à jour des clients (p. ex., appels téléphoniques, visites sur place, rapports alternatifs). Bien que cette approche ait été utilisée pour s'adapter aux besoins des communautés autochtones, il a été observé dans les entrevues que cette approche empêche les programmes de comparer différents projets, car les rapports peuvent être très différents. On a examiné les rapports présentés par les bénéficiaires à partir d'échantillons de projets dans le cadre des approches de financement par contribution globale et on a confirmé que le format et le contenu variaient dans la majorité des échantillons.

L'absence de suivi et d'un examen systématique des rapports communautaires des partenaires par les régions, à laquelle s'ajoute l'utilisation irrégulière des rapports du SGISC, peut entraîner des difficultés dans la surveillance et l'évaluation des projets, ce qui entraîne une incapacité de faire un suivi efficace des rapports manquants et de l'admissibilité ou de l'inadmissibilité au financement. Cette constatation peut aussi entraîner un manque de suivi des progrès, des risques, des défis et des leçons retenues tout au long de l'exercice. Les constatations pourraient aussi mener à une visibilité limitée des avancées du projet en raison de la souplesse inhérente en matière de reddition de comptes des approches de financement par contribution globale, ce qui pourrait éventuellement nuire à la capacité du programme de prendre des décisions éclairées et d'apporter des ajustements afin d'optimiser les résultats, et d'intervenir en temps opportun, au besoin. Si des mesures d'atténuation ne sont pas mises en place, la question pourrait entraîner un manque de surveillance de la conformité des objectifs des projets et du programme. Cela pourrait entraîner des difficultés à surveiller et à évaluer les projets afin de s'assurer que leurs résultats correspondent effectivement aux objectifs et aux priorités du programme.

Recommandations

5. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale, en consultation avec les partenaires, établisse une approche de rapport des bénéficiaires de financement intégrant une analyse intégrée et des mécanismes de suivi clairs. Cela soutiendra la transparence, l'efficacité et la responsabilité dans les opérations du programme, facilitant la compréhension des partenaires et des parties prenantes et permettant le déploiement à plus grande échelle des pratiques communautaires réussies.

4. Conclusion

Pour terminer, l'évaluation a révélé plusieurs points forts et possibilités d'amélioration dans le cadre du Programme de mieux-être mental (PMEM). Le programme a établi des structures de gouvernance et de surveillance, mais il manque de documents uniformes sur les rôles et les responsabilités ainsi que sur les principales fonctions et résultats des réunions. En outre, les mécanismes officiels de rétroaction, qui tiennent compte des commentaires des partenaires et des communautés autochtones, ainsi que les leçons retenues des bureaux du PMEM n'ont pas été officiellement documentés et mis en œuvre. Bien que le programme utilise des méthodes de financement employées par plusieurs programmes dans l'ensemble de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ce qui donne une certaine souplesse dans l'affectation des fonds et la présentation de rapports, la souplesse accrue a entraîné une diminution de la visibilité des projets par les bureaux du PMEM. En outre, les processus et les outils de suivi des rapports ne sont pas systématiquement établis et mis en œuvre dans tous les bureaux du PMEM. Des instruments normalisés de collecte de données et des indicateurs de rendement clé sont en place pour mesurer le rendement, mais il n'y a pas d'indicateurs adaptés aux besoins des partenaires et des communautés autochtones. Dans l'ensemble, le programme démontre des points forts en matière de gouvernance, de flexibilité du financement et de mesure du rendement. Toutefois, il y a lieu d'améliorer l'établissement et le maintien d'une documentation plus solide, la création et la mise en œuvre de processus et d'outils de suivi des rapports

cohérents, l'intégration de mécanismes de rétroaction et la démonstration d'un alignement plus clair sur les besoins des partenaires et des communautés autochtones.

5. Réponse et plan d'action de la direction

Résumé

Services aux Autochtones Canada et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits reconnaissent la priorité continue des politiques en matière de santé mentale et de toxicomanie au Canada, ainsi que la nécessité de continuer à aborder les inégalités en matière de santé pour les peuples autochtones.

Dans le cadre de cette reconnaissance et dans le but de faire progresser davantage le bien-être mental des peuples autochtones, nous chercherons à obtenir l'approbation d'un agenda de transformation et de modernisation pour le Programme à l'automne 2024, qui examinera la portée et l'étendue du programme de bien-être mental et aboutira finalement à un renouvellement de la gouvernance, des indicateurs et des mécanismes de rapport. Cette modernisation vise à améliorer l'accès et la qualité des soutiens en matière de santé mentale et de toxicomanie pour les peuples autochtones. Cet audit est opportun car il met en lumière les actions que cette transformation abordera.

En plus de cela, le Programme de bien-être mental est actuellement en train de mettre en place un point focal et une équipe dédiés pour répondre à ces priorités nationales et pour garantir que les voix des peuples autochtones sont reflétées dans l'ensemble des initiatives fédérales, avec une finalisation prévue pour l'exercice financier 2024-2025. L'équipe fournira des conseils politiques et collaborera avec tous les niveaux de gouvernement afin d'élever la barre pour le bien-être mental des peuples autochtones. Cette équipe dédiée contribuera à garantir que les voix des peuples autochtones sont intégrées dans les engagements des autres ministères gouvernementaux afin qu'il n'y ait pas de prise de décision cloisonnée.

Contexte

De nombreux facteurs influencent le bien-être mental des peuples autochtones au Canada. Pour les Autochtones en particulier, des déterminants historiques tels que l'héritage traumatique de la colonisation, les pensionnats, la confirmation de tombes non marquées et la crise continue des femmes, filles et personnes 2ELGBTQI+ autochtones disparues et assassinées ont façonné la santé mentale des peuples autochtones.

Ces déterminants historiques ont entraîné plusieurs appels à l'action visant à améliorer les résultats de santé des peuples autochtones. Ils ont été présentés à la fois dans des forums nationaux et internationaux. En conséquence, le gouvernement fédéral doit répondre à ces appels à l'action et continuer à remplir ses obligations légales en vertu de divers accords de règlement. Des exemples incluent:

- Les appels à l'action et les appels à la justice de
 - [La Commission de vérité et réconciliation du Canada](#); et
 - [L'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées](#).

- [La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones](#);
- [L'Accord sur les pensionnats indiens](#);
- Diverses études de comités du Sénat et de la Chambre;
- [Accord de règlement final sur la compensation et accord-in-principe pour la réforme à long terme des services à l'enfance et à la famille des Premières Nations et le principe de Jordan](#);
- Rapports de coroners et enquêtes, et
- Enquêtes sur les incidents (ex. Nation crie James Smith).

Le gouvernement fédéral fait également avancer des stratégies et des cadres nationaux et fédéraux, qui définissent la direction et la portée des activités à entreprendre pour soutenir les Canadiens, y compris les peuples autochtones, tels que:

- Soutenir la mise en œuvre de stratégies basées sur des distinctions développées par des partenaires:
 - [Cadre de continuum de bien-être mental](#);
 - [Honorer nos forces](#); et
 - [Stratégie nationale inuite de prévention du suicide](#). (non disponible en français)
- Soutenir la mise en œuvre de stratégies fédérales:
 - [Stratégie canadienne sur les drogues et les substances](#);
 - [Plan d'action national de prévention du suicide](#);
 - [Cadre fédéral sur le trouble de stress post-traumatique](#) (TSPT);
 - [Atteindre chez soi: Stratégie canadienne de lutte contre l'itinérance](#);
 - [Plan d'action sur la douleur chronique](#);
 - [Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé](#) (SRHS);
 - [Racisme anti-autochtone dans les systèmes de santé canadiens](#); et
 - [Législation sur la santé autochtone basée sur les distinctions](#).

En plus de ces appels à l'action, stratégies et cadres, les lettres de mandat ministériel comprennent une mention spécifique de la nécessité continue de s'engager sur la voie de la réconciliation avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis et de "réaliser l'équité, en continuant à collaborer avec les partenaires autochtones, en travaillant ensemble pour combler les écarts socio-économiques et améliorer l'accès à des services de haute qualité". Associé à des engagements de mandat spécifiques pour faire progresser la vérité et la réconciliation de la part des ministres de la Santé, de la Santé mentale et des Dépendances et des Services aux Autochtones Canada, la priorisation de la santé autochtone et du bien-être mental demeure au premier plan des politiques et programmes du gouvernement du Canada.

Pour faire progresser davantage le bien-être mental des peuples autochtones, nous chercherons également à obtenir l'approbation d'un agenda de transformation à l'automne 2024, qui examinera la portée et l'étendue du programme de bien-être mental et aboutira finalement à un renouvellement de la gouvernance, des indicateurs et des mécanismes de rapport. Ce travail de modernisation

cherchera ultimement à améliorer l'accès à des soutiens de qualité en matière de santé mentale et de toxicomanie pour les peuples autochtones.

Recommandations	Réponse de la direction/Mesures de suivi	Gestionnaire responsable (Titre)	Date prévue de la mise en œuvre
1. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale (SMAP) de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) envisage d'officialiser la documentation relative aux principales activités de gouvernance du Programme de mieux-être mental (PMEM).	Dans le cadre de la modernisation du PMEM, une cartographie claire de toutes les tables de gouvernance ainsi que des plans d'action et des plans de mise en œuvre associés sera élaborée.	SMAP de la DGSPNI soutenu par la DG, Bien-être mental	31 mars, 2025
2. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits envisage de documenter des directives claires concernant les rôles et les responsabilités des employés du PMEM.	Des plans de travail clairs et des plans stratégiques sont en cours d'élaboration pour définir le rôle et la portée des équipes, qui seront ensuite utilisés pour élaborer les descriptions de poste des employés. Les plans de travail de l'équipe seront partagés avec le reste de la DGSPNI afin de sensibiliser les autres aux priorités du PMEM. Dans le cadre de la création d'une direction dédiée, les descriptions de travail des cadres sont en cours de révision. Suite à la révision des postes de cadres, les postes non EX seront examinés.	SMAP de la DGSPNI soutenu par la DG, Bien-être mental	30 septembre, 2024 31 mars, 2025 31 mars, 2026
3. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, élabore conjointement avec les partenaires autochtones pour réviser les mesures de rendement, les indicateurs et le modèle logique du Programme de bien-être mental, afin qu'ils reflètent l'existence, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services pour les partenaires et les communautés autochtones.	Les travaux sont désormais en cours pour obtenir l'approbation à l'automne 2024 d'une proposition de modernisation visant à répondre aux besoins actuels et futurs des partenaires et des communautés autochtones. Dans le cadre de ces travaux, les modèles logiques et les indicateurs seront mis à jour. Ces éléments seront élaborés conjointement et amélioreront notre capacité à comprendre la qualité et l'efficacité des programmes et à soutenir les partenaires dans	SMAP de la DGSPNI soutenu par la DG, Bien-être mental	31 mars, 2025

Recommandations	Réponse de la direction/Mesures de suivi	Gestionnaire responsable (Titre)	Date prévue de la mise en œuvre
	l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé. Les travaux visant à mettre à jour les profils d'information sur le rendement (PIR) sont en cours. Ces exercices prennent en moyenne de 18 à 24 mois à compléter.		31 mars, 2026
4. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits envisage d'établir un mécanisme structuré de rétroaction afin d'intégrer la rétroaction des principaux intervenants du PMEM.	Alors que les travaux sont en cours pour créer l'équipe dédiée, nous sommes en train d'élaborer un récit sur le programme de bien-être mental décrivant comment nous avons, sommes ou allons remplir nos obligations légales par rapport à ces priorités ministérielles, y compris les rôles et responsabilités clairs, conformément à la recommandation 2. Ce récit sera partagé avec les partenaires afin de permettre une boucle de rétroaction. En ce qui concerne la recommandation 1, alors que nous cartographions toutes les tables de gouvernance et les plans d'action et de mise en œuvre connexes, des mécanismes de rétroaction seront développés dans le cadre de ce travail.	SMAP de la DGSPNI soutenu par la DG, Bien-être mental	30 septembre, 2025 31 mars, 2025
5. Il est recommandé que la sous-ministre adjointe principale, en consultation avec les partenaires, établisse une approche de rapport des bénéficiaires de financement intégrant une analyse intégrée et des mécanismes de suivi clairs. Cela soutiendra la transparence, l'efficacité et la responsabilité dans les opérations du programme, facilitant la compréhension des partenaires et des parties prenantes et permettant le déploiement à plus grande échelle des pratiques communautaires réussies.	Comme mentionné dans la recommandation 3, les travaux sont désormais en cours pour obtenir l'approbation de la modernisation du programme, après quoi nous réviserons les indicateurs. Les partenaires seront invités à rendre compte de ces nouveaux indicateurs, avec des mécanismes de suivi et de rapport clairs en place.	SMAP de la DGSPNI soutenu par la DG, Bien-être mental	31 mars, 2026

Annexe A : Critères d'audit

Afin d'assurer le niveau d'assurance approprié pour répondre aux objectifs de l'audit, les critères d'audit suivants ont été élaborés :

Critères d'audit	Sous-critères d'audit
1. L'affectation des fonds du Programme de mieux-être mental (PMEM) s'adapte à l'évolution des besoins des régions de façon uniforme et efficace.	1.1 Le processus et la formule d'affectation des fonds aux régions sont appliqués de façon uniforme dans l'ensemble du PMEM et dans toutes les régions, en tenant compte des besoins divers et en constante évolution des communautés autochtones. 1.2 Le PMEM fait preuve de souplesse et d'adaptabilité dans l'affectation des fonds pour répondre aux besoins en constante évolution des communautés autochtones.
2. Les outils et les processus de gestion financière ont été efficacement établis, mis en œuvre et adaptés au niveau des programmes et des régions.	2.1 Le PMEM a établi et communiqué des processus, des outils et des modèles efficaces qui facilitent une gestion financière globale du programme et qui appuient sa transition vers une approche de financement plus souple. 2.2 Les ajustements et améliorations apportés aux outils et aux processus de gestion financière s'appuient sur les commentaires et sur l'évolution des besoins du programme.
3. Le PMEM a établi et mis en œuvre des rôles et des responsabilités clairs pour superviser, surveiller et adapter effectivement le programme.	3.1 Les rôles et les responsabilités établis permettent un soutien, une surveillance et un contrôle efficaces du PMEM englobant tous les éléments, y compris l'utilisation des fonds, la prise de décisions et le respect des exigences en matière de rapports du Conseil du Trésor (CT). 3.2 Les accords sur les niveaux de service (ANS) en place entre Services aux Autochtones Canada (SAC) et les fournisseurs de services sont cohérents et clairs; ils facilitent efficacement la coordination des efforts et décrivent des exigences claires à respecter. 3.3 Le programme aborde les questions de manière efficace et met en œuvre les changements nécessaires en fonction des résultats de la surveillance, ce qui démontre l'adaptabilité et la réactivité. 3.4 Il existe des canaux de communication adéquats au sein de la structure de gouvernance, ce qui assure une circulation efficace des renseignements de haut en bas et de bas en haut.

Critères d'audit	Sous-critères d'audit
	3.5 Il existe une collaboration efficace entre le bureau national (BN) et les régions du PMEM, ainsi qu'avec les partenariats et les communautés autochtones pour appuyer les objectifs du PMEM.
4. Des indicateurs de mesure du rendement ont été établis, utilisés et adaptés en conformité avec les objectifs du Programme de mieux-être mental (PMEM) afin de faciliter l'amélioration continue du programme.	4.1 Les indicateurs de rendement clés (IRC) établis reflètent fidèlement les objectifs du PMEM, y compris le passage à une approche fondée sur les distinctions ou sur la communauté. 4.2 Les résultats des activités de mesure du rendement sont analysés et utilisés pour cerner et relever les défis du programme, faciliter l'amélioration continue et guider la prise de décisions. 4.3 Les IRC et les instruments de collecte de données (ICD) sont régulièrement étudiés et révisés au besoin en fonction des résultats de rendement et de l'évolution des objectifs du programme afin de veiller à ce qu'ils demeurent pertinents et utiles. 4.4 Le système de mesure du rendement permet de saisir efficacement les extrants à court terme et les résultats à long terme conformément aux données de base et au cadre de résultats établis afin d'offrir une vision holistique du rendement du programme. 4.5 Des mécanismes sont en place pour recueillir et intégrer les commentaires des communautés autochtones et d'autres intervenants clés.

Annexe B : Composantes de la structure de gouvernance en matière de santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique

La structure de gouvernance de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique comprend quatre composantes :

- L'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN), qui est responsable de la planification, de la gestion, de la prestation des services et du financement des programmes de santé, auparavant fournis par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, région du Pacifique, de Santé Canada.
- Le Conseil de la santé des Premières Nations, qui assure le leadership politique en vue de la mise en œuvre des engagements tripartites et appuie les priorités en matière de santé des Premières Nations de la C.-B.
- L'Association des directeurs de la santé des Premières Nations, qui est composée de directeurs et de gestionnaires de la santé travaillant dans les communautés de Premières Nations. L'association appuie l'éducation, le transfert de connaissances, le perfectionnement professionnel et les pratiques exemplaires pour les directeurs et les gestionnaires de la santé. Elle agit à titre d'organisme de consultation technique auprès du Conseil de la santé des Premières Nations et de l'ASPN en matière de recherche, de politiques, de planification et de conception des programmes et de mise en œuvre des plans de santé.
- Le Comité tripartite sur la santé des Premières Nations, qui est le forum de coordination et d'harmonisation des efforts en matière de programmes et de planification de l'ASPN, les régies régionales et provinciales de la santé de la Colombie-Britannique, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et les partenaires de Santé Canada.