



Health
Canada

Santé
Canada

*Your health and
safety... our priority.*

*Votre santé et votre
sécurité... notre priorité.*

Rapport final

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

Octobre 2014

Table des matières

Sommaire	i
A - Introduction	1
1. Contexte	1
2. Objectif de l'audit	2
3. Portée de l'audit	3
4. Méthode d'audit	3
5. Énoncé de conformité	3
B - Conclusions, recommandations et réponses de la direction	4
1. Gouvernance	4
1.1 Orientation stratégique	4
1.2 Rôles et responsabilités.....	5
1.3 Gestion du rendement	7
2. Gestion du risque	8
2.1 Gestion des risques	8
3. Contrôles internes	9
3.1 Gestion des programmes.....	9
3.2 Renforcement des capacités.....	12
3.3 Recherche et surveillance	14
3.4 Agrément.....	16
3.5 Protection des renseignements personnels	17
3.6 Processus d'accord de financement.....	19
3.7 Surveillance des bénéficiaires.....	20
C - Conclusion	25
Annexe A – Champs d'enquête et critères	26
Annexe B – Grille d'évaluation	27
Annexe C – Les soins à domicile et en milieu communautaire, par catégorie de dépenses	28
Annexe D – Dépenses relatives aux subventions et contributions, par région	29

Version traduite. En cas de divergence entre le présent texte et le texte anglais, la version anglaise a préséance.

Sommaire

L'audit était axé sur le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (le Programme). En 1999, Santé Canada (le Ministère) a mis sur pied un programme obligatoire qui consiste en un système coordonné de services de soins de santé à domicile et en milieu communautaire permettant aux Autochtones et aux Inuits de tous âges atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique ou aiguë, de même qu'aux personnes âgées, de recevoir les soins dont ils ont besoin dans leur foyer ou leur communauté. Le Ministère fournit du financement par l'entremise d'accords de financement pour un continuum de services essentiels de base comme l'évaluation du client et la gestion des cas; les services infirmiers à domicile, de soins personnels et de soutien à domicile, ainsi que les services de relève à domicile; et les liens et l'aiguillage, au besoin, vers d'autres services sociaux et de santé. Les soins sont principalement offerts par le personnel infirmier, des travailleurs en soins personnels et autres membres de l'équipe de la santé communautaire et du développement social.

L'audit avait pour but d'évaluer l'efficacité du cadre de contrôle de gestion (la gouvernance, la gestion des risques et les contrôles internes) pour le Programme et à déterminer si les paiements de transfert sont conformes à la *Politique sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor (CT). L'audit a été effectué conformément à la *Politique sur la vérification interne* du CT et aux *Normes internationales pour la pratique professionnelle d'audit interne*. Les procédures ont été effectuées et des preuves ont été recueillies de façon suffisante et appropriée afin d'appuyer la conclusion de l'audit.

L'orientation stratégique du Programme est assurée par le biais du plan stratégique décennal (2013-2023), et la supervision se fait par l'intermédiaire de groupes de travail. De plus, une formule de financement a été développée au début du Programme pour la distribution des fonds. Les rôles et les responsabilités sont clairs et complémentaires entre l'administration centrale et les régions, en particulier en ce qui concerne la gestion des accords de financement. Il existe, pour le Programme, un modèle logique et la stratégie de mesure du rendement, élaborés en 2010. Dans le plan stratégique décennal, on souligne que le Programme est axé sur l'amélioration continue de la qualité et la collecte de données et les évaluations normalisées, uniformes et de hautes qualités. On y souligne également des mesures à court et à moyen terme pour développer et réviser les indicateurs de rendement.

Au cours de l'exercice 2014-2015, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) a mis en œuvre une nouvelle approche à l'égard du processus de gestion des risques, où la gestion des risques est intégrée au cycle de planification et d'établissement de rapports. Les responsables du Programme ont également défini les difficultés et les risques propres à celui-ci dans leur plan stratégique, y compris des mesures correspondantes à court, à moyen et à long terme. Au cours de la mise en œuvre de ce plan, les responsables du Programme ont eu l'occasion de surveiller les risques déterminés afin d'assurer de continuer à atteindre les objectifs du Programme.

On a développé des plans opérationnels pour le Programme en vue de gérer ses ressources, ses

politiques et ses lignes directrices, ainsi que d'offrir de la formation et un appui aux bénéficiaires dans la prestation de soins à domicile et en milieu communautaire. Le Programme utilise deux systèmes électroniques pour saisir des données. L'un est lié aux services offerts dans chaque communauté, et l'autre est un système de ressources humaines renfermant des données liées aux professionnels qui offrent les services. Au fil des années, il est devenu évident qu'il existait un risque de viabilité lié au serveur utilisé pour recueillir et stocker les données. Des modifications à la base de données exigent beaucoup de temps et sont difficiles. Bien que les systèmes aient fourni beaucoup de données, il est nécessaire de les examiner pour garantir qu'ils continuent de répondre aux besoins du Programme. De plus, toutes les communautés ne fournissent pas nécessairement des données uniformes et normalisées, ce qui a une incidence sur la comparabilité des données entre les régions.

Le Programme permet de recueillir des renseignements personnels au moyen de deux de ses principaux systèmes. On aurait avantage à travailler avec des experts fonctionnels pour examiner la collecte et la protection des renseignements personnels ainsi que pour créer des fichiers de renseignements personnels.

Le Programme a été conçu pour appuyer le renforcement des capacités des collectivités, et il a obtenu d'autres fonds dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones pour offrir de la formation au personnel infirmier. Les documents d'orientation, la perspective régionale et les activités de formation ont favorisé le renforcement des capacités dans les collectivités.

Le Programme s'est révélé conforme à la *Politique sur les paiements de transfert* du CT. On a souligné que des processus sont en place pour l'évaluation de la capacité des bénéficiaires, l'évaluation des risques et le versement des paiements. Toutefois, il est recommandé dans l'audit de rehausser les processus afin d'inclure une nouvelle vérification du niveau d'assurance-responsabilité civile des collectivités bénéficiaires.

Le rapport d'audit comprend trois recommandations pour aider à renforcer la gestion du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. La direction est d'accord avec ces recommandations et a présenté une réponse et un plan d'action de la direction convenable pour donner suite à chacune des recommandations.

A - Introduction

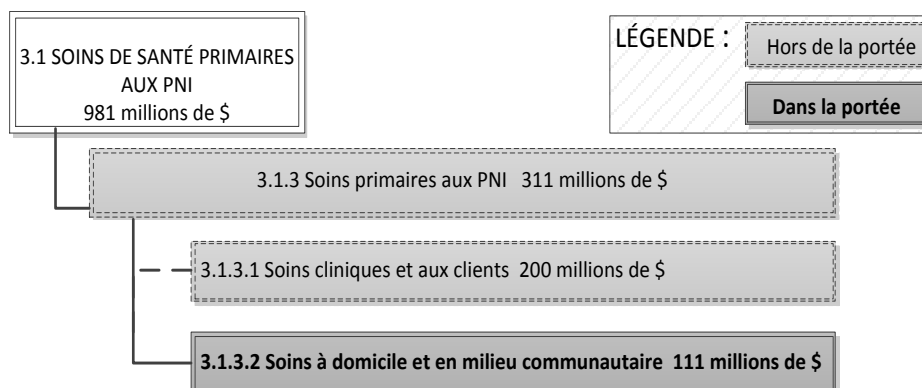
1. Contexte

La santé des Autochtones est une priorité commune des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux des collectivités inuites et des Premières Nations. Il incombe aux gouvernements provinciaux et territoriaux d'offrir des services de santé à tous les résidents, y compris les Autochtones et les Inuits. Santé Canada (le Ministère) complète et appuie les programmes de santé provinciaux et territoriaux à l'intention des collectivités inuites et des Premières Nations à partir de politiques plutôt que de lois. Le mandat du Ministère à l'égard des collectivités inuites et des Premières Nations ainsi que des membres de ces collectivités consiste à offrir des services de santé adaptés à leurs besoins afin d'améliorer leur état de santé.

Le rôle du Ministère à l'égard de la santé des Premières Nations et des Inuits est fondé sur la *Politique sur la santé des Indiens de 1979*, de même que sur les pouvoirs généraux du Ministre en vertu de l'article 4 de la *Loi sur le ministère de la Santé* d'exercer des fonctions et des tâches visant à préserver et à protéger la santé et le bien-être de la population canadienne.

Pour remplir son mandat, le Ministère offre ou finance un continuum de programmes et de services de santé aux collectivités inuites et des Premières Nations, et offre des prestations supplémentaires en santé aux membres admissibles de ces collectivités par le biais de volets précis du programme. Dans le cadre du volet Soins de santé primaires, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) exécute le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (le Programme), mis en œuvre en 1999 en tant que programme obligatoire. En 2013-2014, les dépenses du Programme s'élevaient à 110,8 millions de dollars. Au total, 96 % des fonds (106,2 millions de dollars) sont des paiements de transfert aux collectivités (voir les [annexes C](#) et [D](#)). Le reste des dépenses est consacré au soutien de programme à l'administration centrale et dans les régions.

Figure 1 : Financement fédéral pour les soins de santé primaires aux Premières Nations et aux Inuits



Au total, 674 collectivités inuites et des Premières Nations (dont 197 dans le cadre de l'Accord tripartite de la Colombie-Britannique) ont reçu du financement au titre du Programme. Ce dernier est un système coordonné de soins de santé à domicile et en milieu communautaire, qui permet aux Autochtones et aux Inuits de tous âges atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique ou aiguë, de même qu'aux personnes âgées, de recevoir les soins dont ils ont besoin dans leur foyer ou leur communauté. À cette fin, la DGSPNI offre du financement dans le cadre d'accords de financement pour une gamme de services essentiels de base comme l'évaluation du client et la gestion des cas; les services infirmiers à domicile, de soins personnels et de soutien à domicile ainsi que les services de relève à domicile; et les liens et l'aiguillage, au besoin, vers d'autres services sociaux et de santé. Les responsables du Programme ont le pouvoir de fournir des services de soutien comme des thérapies, des soins de relève en établissement, des programmes de repas, des soins de santé mentale à domicile, des soins palliatifs, des services spécialisés de promotion de la santé, de mieux-être et de mise en forme, mais n'ont pas le financement direct pour les offrir. Ces services peuvent être offerts uniquement lorsque les services essentiels sont offerts et s'il reste des fonds.

La prestation des services dépend de l'évaluation des besoins et suit un processus de gestion des cas. Les soins sont offerts par des infirmières et des infirmiers, des travailleurs en soins personnels et d'autres membres de l'équipe de la santé communautaire et du développement social. Ces fournisseurs de services directs sont habituellement employés par les collectivités, à l'exception de 13 professionnels de la santé en Alberta qui sont employés par Santé Canada. Il existe deux autres exceptions à la prestation du Programme : la région du Pacifique et la région du Nord. Depuis octobre 2013, la responsabilité de la prestation de soins à domicile et en milieu communautaire en Colombie-Britannique a été transférée à la *First Nations Health Authority* (FNHA) [autorité sanitaire des Premières Nations] dans le cadre

de l'Accord tripartite. La FNHA assume les fonctions auparavant remplies par le bureau régional du Pacifique. Dans la région du Nord, les soins à domicile et en milieu communautaire sont offerts dans le cadre d'accords de financement avec les gouvernements du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest. Dans les deux territoires, les employés des services directs sont habituellement des employés du gouvernement territorial. Au Yukon, la prestation se fait dans le cadre d'accords de financement entre Santé Canada et les collectivités des Premières Nations.

Neuf services essentiels :

1. Évaluation du client;
2. Gestion de cas;
3. Services infirmiers à domicile;
4. Services de soutien à domicile : soins personnels et économie domestique;
5. Soins de relève à domicile;
6. Accès aux fournitures médicales et à l'équipement médical;
7. Collecte d'information et de données;
8. Gestion et supervision;
9. Liens avec d'autres services professionnels et sociaux.

2. Objectif de l'audit

L'audit visait à évaluer l'efficacité du cadre de contrôle de gestion pour le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits et à déterminer si les paiements de transfert sont conformes à la *Politique sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor (CT).

3. Portée de l'audit

L'audit était axé sur les contrôles de gestion de la DGSPNI liés à la gouvernance, à la gestion du risque et aux contrôles internes du Programme, y compris les aspects financiers et non financiers des accords de financement. L'échantillon a été choisi parmi les accords de financement en vigueur en 2013-2014 et en 2014-2015. La région du Pacifique a été exclue en raison de la transition actuelle vers le modèle tripartite de prestation de services. Un audit de l'Accord tripartite de la Colombie-Britannique est prévu pour 2016-2017.

4. Méthode d'audit

L'audit a été effectué à l'administration centrale de Santé Canada et dans le cadre de visites sur les lieux dans trois régions. Parmi les principales procédures d'audit suivies, mentionnons :

- L'examen et l'analyse du cadre stratégique des soins à domicile et en milieu communautaire de la DGSPNI, de la planification nationale, de la prestation des programmes et des documents liés au rendement.
- Des entrevues (en personne et par téléphone) avec les principaux membres du personnel de l'administration centrale et des bureaux régionaux.
- Des visites sur les lieux dans les bureaux régionaux de l'Ontario, du Québec et du Manitoba. La sélection des bureaux régionaux pour le travail sur le terrain dépendait des niveaux de dépenses.
- Un questionnaire sur des enjeux déterminés transmis aux bureaux régionaux où aucune visite n'avait lieu.
- Un examen détaillé d'un échantillon de paiements aux bénéficiaires de paiements de transfert pour vérifier la conformité avec la *Loi sur la gestion des finances publiques*, la *Politique sur les paiements de transfert* du CT et l'admissibilité au Programme.

5. Énoncé de conformité

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

B - Conclusions, recommandations et réponses de la direction

1. Gouvernance

1.1 Orientation stratégique

Critère d'audit : La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits planifie l'orientation stratégique du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits.

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) communique ses objectifs et priorités au moyen du Plan stratégique de la Direction générale : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé. Le Plan opérationnel de la direction générale découle du Plan stratégique et décrit les priorités ministérielles de la DGSPNI. L'orientation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (le Programme) est définie dans le cadre du programme et le Plan décennal 2013-2023 du PSDMCPNI¹. Dans ce dernier, les responsables du Programme ont fixé cinq objectifs et des mesures connexes à court, à moyen et à long terme devant être réalisés conformément aux priorités des collectivités, des régions et du bureau national. L'examen du cadre du Programme et du Plan décennal confirme qu'ils sont conformes aux objectifs décrits dans le Plan stratégique et le Plan opérationnel de la direction générale. Les deux documents présentent clairement l'orientation stratégique et cette dernière est suivie grâce à une structure de comités et de groupes de travail.

Les comités

Le **Comité de la haute direction de la DGSPNI** est présidé par le sous-ministre adjoint principal, et est composé du sous-ministre adjoint des Opérations régionales, de directeurs généraux et de cadres régionaux. Il offre une tribune pour la gestion continue de la direction générale. À la réunion de janvier 2014, le Plan décennal 2013-2023 du PSDMCPNI a été présenté au Comité de la haute direction.

Le Programme dispose de deux groupes de travail. Le premier est composé des **coordonnateurs régionaux du PSDMCPNI**. Les membres sont des représentants de l'administration centrale et des régions qui se rencontrent en personne une fois par année et organisent des téléconférences tous les mois. Le groupe de travail vise à relever les lacunes dans les politiques et à discuter des pratiques exemplaires et des orientations stratégiques. Le deuxième groupe de travail est composé des **coordonnateurs régionaux et des partenaires du PSDMCPNI**, et ses membres sont des coordonnateurs régionaux ainsi que des partenaires régionaux des Premières Nations. Ce groupe de travail se rencontre également en personne chaque année et organise des téléconférences tous les mois pour offrir l'occasion de discuter entre partenaires.

Dans le cadre de l'audit, on a examiné le mandat, les ordres du jour et les procès-verbaux des deux groupes, et une activité de surveillance efficace a été observée. Toutefois, le mandat devrait être mis à jour pour tenir compte des activités et des membres actuels.

¹ PSDMCPNI = Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits, appelé simplement le Programme dans ce rapport.

Affectation des fonds

La formule de financement pour distribuer 90 millions de dollars a été établie il y a 15 ans. Toutefois, en 2006, le Programme a bénéficié d'un accélérateur annuel de 3 % et en 2010, le programme a reçu 5 millions de dollars par année pendant cinq ans de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones pour former les infirmières et infirmiers sur les lignes directrices cliniques fondées sur des données probantes et les stratégies de prise en charge des maladies chroniques. En 2013-2014, le financement du Programme a totalisé 110,8 millions de dollars (voir les [annexes C](#) et [D](#)), dont 106,2 millions de dollars pour les accords de financement. Les 4,2 % restants ont été affectés au financement des activités nationales et régionales : 4,1 millions de dollars (3,7 %) pour les traitements et salaires et 591 000 \$ (0,5 %) pour d'autres frais d'exploitation.

La formule est fondée sur la population et comprend quatre volets : soins infirmiers à domicile, soins personnels et soutien du programme; gestion de cas, services de coordination et services d'évaluation des cas; un montant pour les coûts de fonctionnement; et un rajustement pour l'éloignement. Le financement a augmenté au fil du temps afin d'inclure des allocations supplémentaires pour les ressources salariales destinées au personnel infirmier et l'augmentation annuelle des coûts d'exploitation. La formule de financement du Programme a été conçue de manière à affecter les ressources selon les besoins de la collectivité et la taille de la population.

Le Programme souligne une tension financière possible en raison du fardeau accru des maladies chroniques et des blessures, des coûts de formation, des coûts plus élevés relatifs à l'éloignement des communautés et du nombre proportionnellement plus élevé de blessures et d'incapacités dans une population qui ne cesse de croître. Alors que le Programme a davantage accès à des données plus fiables sur les services de santé, il devra possiblement revoir la formule existante.

En conclusion, le tout nouveau plan décennal du Programme et les premiers progrès réalisés à l'égard de certaines des mesures à court terme, supervisés par les deux groupes de travail, fournissent une bonne orientation stratégique et une bonne gouvernance pour le Programme.

1.2 Rôles et responsabilités

***Critère d'audit :** Les rôles et les responsabilités à l'égard de la prestation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits sont documentés et sont clairs et bien communiqués.*

Le cadre de responsabilisation de la DGSPNI (2012) et le Plan de mise en œuvre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire (1999) définissent les rôles et les responsabilités. Le cadre est conçu pour les programmes gérés de façon centralisée, quoique la prestation soit effectuée par les régions. Le plan de mise en œuvre existe depuis le lancement du Programme, et la plupart des éléments demeurent pertinents et accessibles aux bénéficiaires. En plus du rôle joué par les bureaux régionaux, trois unités à l'administration centrale appuient la gestion du Programme : la Direction des conseils interprofessionnels et de l'aide aux programmes, la Direction de la politique stratégique, planification et information et la Division des modes de financement en matière de santé.

La **Direction des conseils interprofessionnels et de l'aide aux programmes** est responsable des programmes de soins primaires, en partenariat avec les autorités de la santé des collectivités inuites et des Premières Nations, quoique la prestation du Programme soit coordonnée par les bureaux régionaux de Santé Canada. À la Direction, l'unité du PSDMCPNI, en collaboration avec les régions, est responsable des politiques relatives aux programmes et de la coordination des comités du Programme, des liens externes et internes, de l'imputabilité, de l'établissement de rapports, de la mesure du rendement, de la recherche et de l'amélioration de programme.

La **Direction de la politique stratégique, planification et information** offre un appui en matière de politique et de planification stratégiques aux cadres supérieurs et aux membres du personnel des régions sur les principales questions et initiatives liées à la santé. Elle participe également à l'analyse, à la coordination et à l'intégration des politiques horizontales et interdirectionnelles, aux évaluations quantitatives, à la coordination des politiques, aux relations intergouvernementales, à la mesure du rendement, aux relations avec les auditeurs, à la planification opérationnelle et à l'établissement de rapports, ainsi qu'à la gestion intégrée du risque et à la planification stratégique. Cette direction dirige les processus pour développer le Plan stratégique de la DGSPNI, le Plan opérationnel de la DGSPNI et l'évaluation des risques de la Direction générale.

Le rôle de la **Division des modes de financement en matière de santé** consiste à élaborer des outils et des processus, à fournir des modèles de financement et à élaborer des politiques et des pratiques de responsabilisation, y compris diriger le processus d'audit des bénéficiaires pour la direction générale. Cette division joue un rôle principal auprès de la direction générale dans l'harmonisation des politiques et des processus de subventions et contributions liés aux bénéficiaires autochtones avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC).

Les **bureaux régionaux** sont chargés d'appuyer les collectivités inuites et des Premières Nations dans la prestation du Programme et de gérer tous les accords de financement avec les collectivités. L'appui du Programme est dirigé par un coordonnateur (généralement avec une infirmière en santé communautaire), qui supervise une équipe pouvant comprendre des conseillers en pratique des soins infirmiers, des infirmières enseignantes et du personnel de l'administration du Programme. Chaque bureau régional dispose d'une unité de l'accord de financement responsable de l'intégration de tous les programmes aux accords de financement, ainsi que d'assurer la liaison avec chaque collectivité. Ces unités sont généralement dotées d'agents de liaison avec la collectivité. Depuis décembre 2011, les bureaux régionaux rendent compte au sous-ministre adjoint des Opérations régionales.

Dans les trois sites visités, les rôles et les responsabilités à l'administration centrale et au sein des opérations régionales avaient été documentés et validés auprès des gestionnaires de programme; tant le personnel de l'administration centrale que celui des régions connaissent leurs rôles respectifs liés à l'appui de la prestation de programme et à la gestion des paiements de transfert. Des entrevues et des documents révèlent également que l'information circule régulièrement entre l'administration centrale et les bureaux régionaux. Dans le cadre de l'audit, on a observé que même si les rôles demeurent inchangés, les responsabilités à l'échelle du Programme ont évolué depuis 1999, et que l'on aurait avantage à les mettre à jour.

1.3 *Gestion du rendement*

Critère d'audit : Il existe une stratégie de mesure du rendement pour le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits.

La gestion du rendement est un cadre visant à traduire la stratégie en un rendement durable. La stratégie de mesure du rendement permet de définir les indicateurs nécessaires pour surveiller et évaluer le rendement d'un programme. Elle vise à appuyer les gestionnaires de programme dans la surveillance et l'évaluation continue des résultats des programmes et de l'efficacité de leur gestion; à prendre des décisions éclairées et des mesures appropriées en temps opportun à l'égard des programmes; à produire des rapports ministériels efficaces et pertinents sur les programmes; et à garantir que les données recueillies appuieront de manière efficace une évaluation.

En 2010, les responsables du Programme ont revu leur modèle logique et la stratégie de mesure du rendement qui l'accompagne. Le modèle logique est composé de cinq thèmes assortis de leurs extrants respectifs et de résultats immédiats, intermédiaires et à long terme. Le tableau 1 présente les thèmes et les extrants du modèle logique.

Tableau 1 : Modèle logique abrégé pour le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits

Objectif	Fournir des soins à domicile et en milieu communautaire en matière d'évaluation, de traitement, de réadaptation, d'assistance personnelle, de soutien, de relève à domicile et de soins palliatifs ou de fin de vie				
Groupe cible	Les membres des Premières Nations et les Inuits vivant dans les réserves ou les communautés des Premières Nations situées au nord du 60 ^e parallèle ou dans les communautés inuites				
Thème	Prestation de services	Renforcement des capacités	Participation et collaboration des intervenants	Collecte de données, recherche et surveillance	Élaboration de politiques et partage des connaissances
Extrant	Soins à domicile et en milieu communautaire	Activités de formation et d'enseignement pour la main-d'œuvre	Ententes de collaboration sur la prestation de services	Information systématique sur la prestation des services Rapports de recherche	Lignes directrices sur les politiques, les normes et la prestation de services

Comme il a été mentionné précédemment, les responsables du Programme ont également développé une stratégie de mesure du rendement. La stratégie comprend six résultats escomptés et dix-sept indicateurs. Un exemple de ces indicateurs comprend des mesures liées au pourcentage de la population des réserves ayant accès aux services de soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC); le nombre total d'heures de services de SDMC offerts; la répartition en pourcentage des heures de services de SDMC offerts par type de service; le rapport entre le personnel infirmier et les travailleurs en soins personnels; et le nombre et le pourcentage de collectivités admissibles qui ont obtenu l'agrément pour les services de SDMC. Les

responsables du Programme produisent des rapports annuels dans le cadre de l'Architecture d'alignement des programmes du Ministère – Stratégie de mesure du rendement et présentent des statistiques qui seront intégrées au Rapport ministériel sur le rendement.

La majeure partie des données est tirée du Modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services, de la base de données de l'Outil électronique de suivi des ressources humaines et du Modèle de rapport communautaire. Les collectivités doivent présenter des données détaillées sur la prestation des services et des données sur le personnel en vertu de l'accord de financement.

De plus, dans son plan stratégique décennal, le Programme tient à apporter des améliorations continues à la qualité à partir de la collecte et de l'évaluation de données uniformes, normalisées et de haute qualité. Dans ses mesures à court terme, le Programme a l'intention de développer des rapports d'analyse, de présenter les tendances en matière de prestation de soins à domicile et en milieu communautaire et d'utiliser des services ainsi que des aperçus ou des faits saillants d'une page sur les principaux indicateurs. Allant de l'avant, le Programme a l'intention d'analyser les données recueillies afin de définir les besoins de services et les lacunes au niveau des services. À moyen terme (de 4 à 7 ans), le Programme a l'intention de développer des normes sur la prestation des services de soutien à domicile et les indicateurs connexes.

Le Programme a établi un modèle logique et une stratégie de mesure du rendement, et il recueille des données par rapport à un ensemble d'indicateurs de rendement.

2. Gestion du risque

2.1 Gestion des risques

Critère d'audit : Les risques externes et internes associés au Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits sont cernés, évalués et gérés.

Le Programme continue de jouer un rôle vital dans l'amélioration de la santé des Premières Nations et des Inuits et d'aider à prévenir ou à retarder la détérioration de la santé et les complications. Les programmes et les services communautaires de soins à domicile peuvent atténuer les pressions exercées sur les systèmes de santé provinciaux et territoriaux en appuyant les personnes dans leur domicile et leur collectivité plutôt que de devoir les admettre à l'hôpital. Étant donné l'ampleur du Programme, il est important de gérer les risques en conséquence, afin de continuer à réaliser les objectifs de celui-ci.

Au cours de l'exercice 2014-2015, la direction générale a mis en œuvre une nouvelle approche à l'égard du processus de gestion du risque, où celle-ci est intégrée au cycle de planification et d'établissement de rapports. Il s'agit d'une stratégie descendante. Comme première étape, le Comité directeur de la planification de la direction générale a examiné les risques de l'année précédente, les données de rendement connexes à la fin de l'exercice et d'autres sources d'information (audits et évaluations du programme). En janvier 2014, un nouvel ensemble de risques a été présenté au Comité de la haute direction aux fins de validation finale et d'approbation. Enfin, un exercice de correspondance a été effectué afin de lier les sections

pertinentes du Rapport sur les plans et les priorités du Ministère et du Plan opérationnel de la Direction générale au nouveau registre des risques de la direction générale.

La direction générale note qu'en intégrant l'évaluation des risques à la planification, elle est mieux placée pour lier les objectifs à la gestion des risques; pour aider les gestionnaires à tenir compte de la gestion du risque dans le processus de planification opérationnelle; et pour aider à lier la surveillance du rendement et les rapports sur le rendement aux risques. Dix risques sont dégagés dans le registre des risques pour la direction générale. L'audit a fait ressortir que six de ces risques sont pertinents aux soins à domicile et en milieu communautaire. Les responsables de la direction générale font remarquer que parce que la stratégie de gestion du risque est maintenant intégrée au processus de planification opérationnelle de la DGSPNI, les activités et les initiatives décrites dans les plans opérationnels sont liées aux risques applicables et, par conséquent, servent d'interventions et de mesures à l'égard de la gestion du risque.

En décembre 2013, le Plan décennal du PSDMCPNI a été développé, qui décrit en détail plusieurs difficultés, énumérées dans l'encadré complémentaire. Les mesures concrètes (court, moyen et long termes) pour aborder les difficultés sont décrites dans le plan. Comme le plan décennal est un document évolutif qui sera régulièrement mis à jour, les responsables du Programme ont l'occasion de surveiller les risques établis et ainsi continuer d'atteindre les objectifs du Programme. Les responsables du Programme ont signalé qu'ils procèdent à l'élaboration d'outils de surveillance pouvant être utilisés pour surveiller les difficultés et les risques établis.

Risques et difficultés pour 2013 :

- Demande accrue en raison de l'augmentation des taux de maladies chroniques et du vieillissement de la population;
- Lacunes actuelles et nouvelles au niveau des services;
- Changements dans les systèmes de santé provinciaux;
- Intégration/partenariats avec les services provinciaux;
- Attentes de comparabilité avec les services provinciaux;
- Recrutement/formation;
- Technologie de la santé pour appuyer la prestation dans les régions éloignées;
- Soutien aux aidants membres de la famille;
- Accent accru sur la prévention;
- Besoins en matière de soins satisfaits en tenant compte de la diversité culturelle.

3. Contrôles internes

3.1 Gestion des programmes

Critère d'audit : La DGSPNI dispose de plans opérationnels et de systèmes qui illustrent l'utilisation de ses ressources pour appuyer la prestation du Programme.

Planification opérationnelle

Un plan opérationnel ou un plan de travail s'avère un outil important pour définir les tâches, harmoniser les ressources financières et humaines et fixer des échéances. Le Programme développe un plan de travail annuel pour ses activités. Le plan de travail 2014-2015 de l'administration centrale comprend six activités et 28 sous-activités pour neuf employés équivalents temps plein. Chaque activité et sous-activité est accompagnée d'un résultat escompté. De plus, on fixe un calendrier pour chaque sous-activité et lui attribue des ressources humaines et financières. S'il y a lieu, des partenariats avec d'autres organisations comme

AADNC, l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami sont intégrés au plan de travail.

Au début de 2014, les régions ont entrepris une planification opérationnelle intégrée et un processus d'établissement de rapports où chaque région a présenté un plan directeur régional pour 2014-2015 au sous-ministre adjoint des Opérations régionales, aux fins d'approbation et de déblocage de fonds. On s'attend à ce que les régions continuent à participer directement à la planification opérationnelle et à l'établissement de rapports au cours des prochaines années.

Pour que les régions gèrent le Programme, un plan de travail détaillé axé sur celui-ci est développé au cours de chaque exercice financier et approuvé par les cadres supérieurs régionaux respectifs. Un examen de ces plans de travail régionaux a révélé que toutes les régions, à l'exception de la région de l'Atlantique, énuméraient leurs activités ainsi que leurs extrants ou résultats escomptés, accompagnés d'une date d'achèvement pour les produits livrables. La région de l'Atlantique a uniquement fourni une liste de 13 produits livrables potentiels, sans résultat ni échéance. De plus, aucune des régions n'a attribué de ressources humaines ou financières précises à ses catégories d'activités, ce qui se comprend puisque les opérations régionales sont habituellement composées d'un petit groupe de trois ou quatre employés (voir l'[annexe D](#)). Comme la présentation des plans de travail est une mesure régionale, sans modèle commun, chaque région a présenté l'information de manière différente. Toutes les régions ont la possibilité d'utiliser un modèle commun pour présenter de manière uniforme l'information sur le Programme et de rendre compte plus efficacement des résultats escomptés et du calendrier.

En conclusion, l'administration centrale et les régions démontrent l'utilisation des ressources pour appuyer la prestation du Programme dans leurs plans de travail respectifs.

Systèmes du Programme

Pour appuyer la prestation du Programme et déterminer les besoins actuels et émergents relatifs aux services de soins à domicile et en milieu communautaire, les responsables du Programme doivent recueillir et évaluer des données de haute qualité, uniformes et normalisées. En 2002, le Programme a développé une base de données sur la prestation de services et une base de données électronique sur les ressources humaines. Les applications ont été développées pour aider les collectivités à fournir les données sur les services essentiels et de soutien. L'application sur la prestation de services saisit les données liées au type et à la fréquence du service offert au client, comme décrit dans le plan de prestation des services et le plan de soins élaboré par l'infirmière en soins à domicile.

De même, le système électronique sur les ressources humaines est une application similaire qui permet de recueillir des données sur les professionnels des services communautaires. La base de données attribue une ligne par professionnel pour effectuer le suivi du personnel par habitant des réserves, par type de fournisseur, comme le personnel infirmier auxiliaire et en soins personnels autorisés, ainsi que le nombre d'infirmières et d'infirmiers et de travailleurs en soins personnels, le pourcentage de postes vacants et le nombre de professionnels titulaires pleinement certifiés. L'application sur les services de soins à domicile et en milieu communautaire apporte un soutien à cette base de données, puisque celle-ci a une capacité mensuelle de téléchargement.

Le Programme a la possibilité d'utiliser les données sur la prestation de services et sur les ressources humaines pour établir des rapports d'analyse qui présentent les tendances relatives à la prestation de services de soins à domicile et en milieu communautaire, y compris les taux d'utilisation. Quoique le Programme effectue la collecte et l'analyse des données, l'audit a constaté des incohérences dans les données soumises. Par exemple, la base de données sur la prestation des services a été conçue de manière à recueillir des données complètes sur les services de soins à domicile offerts aux clients, comme il est décrit dans leurs plans de soins, quel que soit l'ordre de gouvernement (régional, provincial ou fédéral) finançant le service. De plus, la base de données permet de saisir des services offerts dans le cadre du volet soins à domicile du Programme d'aide à la vie autonome d'AADNC (comme l'entretien ménager). Toutefois, certaines collectivités tiennent compte uniquement des services de Santé Canada. Par conséquent, les données ne sont pas comparables entre les régions ou les collectivités. L'une des mesures déclarées est le nombre d'heures de services infirmiers en tant que pourcentage du nombre total d'heures de services offerts. Ce pourcentage fluctue selon l'exactitude et l'intégralité de toutes les heures de services déclarés. En 2012-2013, le pourcentage déclaré d'heures de services infirmiers par région variait de 5 % à 50 % du nombre total d'heures de service, et la moyenne nationale au cours d'une période d'une année (2011-2012 à 2012-2013) est passée de 10 % à 17 %.

Pour tenter de corriger ce problème, les responsables du Programme ont récemment mis à jour le guide de l'utilisateur et les documents de formation sur le système de base de données utilisé par les régions et les collectivités. Les changements avaient pour but de définir les champs obligatoires et les champs non obligatoires afin d'améliorer l'uniformité. Ces changements sont appuyés par des cours de recyclage, que les régions sont en voie de rendre accessibles à toutes les collectivités. Cette mesure devrait aider à uniformiser la collecte de données afin de mieux éclairer la prise de décisions liées à la santé. Toutefois, les responsables du Programme reconnaissent que d'autres mises à jour des bases de données seront nécessaires, et que toute révision devra appuyer la collecte de données liées aux résultats pour les clients, à partir de la stratégie de mesure du rendement.

Dans le cadre d'entrevues et d'une analyse documentaire, on a constaté qu'il existe des préoccupations à l'égard de la longévité du serveur utilisé pour recueillir et stocker les données. Les modifications à la base de données exigent beaucoup de temps et sont difficiles à effectuer. Les responsables du Programme reconnaissent qu'il y a un problème et, de concert avec le Programme des soins cliniques et aux clients, ils examinent la possibilité de développer un système d'information sur les soins primaires qui répondrait aux exigences en matière de données des deux programmes.

Recommandation 1

Il est recommandé que les sous-ministres adjoints de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits déterminent une solution provisoire afin de stabiliser le système et préparent un rapport d'analyse détaillant les options possibles afin de trouver une solution permanente.

Réponse de la direction

La direction souscrit à cette recommandation.

Les bases de données du MERSPS et de l'OESRH du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (le Programme) sont mises à jour régulièrement à mesure que les collectivités et les régions téléchargent leurs données sur les services et les ressources humaines.

Les problèmes techniques (par exemple, problèmes de téléchargement des données) sont surveillés et réglés par le personnel en technologie de l'information.

En tenant compte de notre projet pilote mené en Alberta en collaboration avec les Premières Nations et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la DGSPNI examinera le déploiement de l'application qu'utilisent les systèmes de santé provinciaux avant d'envisager le développement d'une solution propre à la DGSPNI.

3.2 Renforcement des capacités

Critère d'audit : Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits dispose de lignes directrices et offre de la formation et du soutien aux bénéficiaires.

Le Programme est principalement offert dans la collectivité dans le cadre d'accords de financement. Il appuie ces services communautaires en fournissant les ressources nécessaires à l'établissement d'une capacité de gestion et de formation locale afin d'appuyer le personnel infirmier dans la prestation de soins aux patients ayant des besoins plus complexes et chroniques. Le modèle logique du Programme définit le renforcement des capacités comme un mécanisme pour améliorer l'efficacité et l'efficience des services de soins à domicile.

Soutien du Programme

Au début du Programme, les responsables de l'administration centrale ont élaboré du matériel documentaire pour appuyer les collectivités dans la planification et l'administration des services de soins à domicile et en milieu communautaire. Ces ressources comprenaient des modèles pour les politiques et les normes, que les collectivités pouvaient personnaliser et mettre en œuvre. Plus récemment, les responsables du Programme ont développé des ressources d'amélioration de la qualité et un guide des compétences du personnel de soins à domicile.

Le Programme est mis en œuvre dans les collectivités au moyen d'un processus en trois étapes, avec le financement qui augmente progressivement à chacune d'elles. Au cours de la première étape, la collectivité réalise une évaluation des besoins, puis met en œuvre des activités de dotation et de formation, ainsi que d'autres activités de développement de l'infrastructure et de

renforcement des capacités. Au cours de la deuxième étape, la collectivité établit un processus structuré d'évaluation des besoins du client et développe une infrastructure de gestion qui comprend des normes, des politiques et des processus d'assurance de la qualité et d'agrément. L'existence d'une police d'assurance-responsabilité civile est ensuite vérifiée par la région; toutefois, elle ne fait jamais l'objet d'une nouvelle vérification (voir la [section 3.7](#)). La troisième étape est l'étape finale et comprend la prestation de la gamme complète des services. La plupart des collectivités se trouvent dans le mode de prestation complète. De plus, le Programme a recours à des webinaires et à des installations de télésanté pour permettre l'accès étendu aux cours dans la plupart des collectivités.

En plus de surveiller la prestation des programmes par les collectivités, les régions travaillent avec les collectivités en vue d'améliorer la gestion des programmes existants par l'examen des plans de prestation de services, des examens officiels et non officiels des programmes et l'offre de soutien aux activités de recrutement du personnel. Toutefois, les régions ont divers niveaux de capacité sur le plan de la dotation de conseillers en pratique des soins infirmiers par rapport au nombre de collectivités qu'ils appuient. Par exemple, dans le cadre de l'évaluation de 2013, on a développé une étude de cas sur le soutien régional pour les collectivités. Une forte corrélation a été établie entre la capacité du bureau régional et la mesure dans laquelle les collectivités étaient appuyées dans l'amélioration des programmes. Il a été recommandé que le Programme développe des options pour renforcer les bureaux régionaux ayant une faible capacité. Par conséquent, un document sur les options, y compris les coûts, a été développé en consultation avec les régions.

Formation

Le fait d'offrir une formation pertinente appuie la qualité des soins aux groupes de clients et montre que les membres du personnel sont importants et appuyés en tant que professionnels. Le plan décennal reconnaît le recrutement et la formation des travailleurs en soins à domicile comme un défi continu pour ce qui est de l'offre d'une certification de base, ainsi qu'une meilleure formation professionnelle et du soutien pour aborder la complexité des questions de santé.

À l'heure actuelle, le Programme offre une variété de cours de formation clinique et de développement des compétences aux infirmières et aux infirmiers afin de répondre aux besoins des clients en matière de santé et de gérer les services de soins à domicile. À l'administration centrale, on développe des documents pour les besoins de formation qui s'appliquent à toutes les régions. La prestation de la formation est principalement une responsabilité régionale, y compris la décision sur quelle formation est nécessaire; la passation de marchés avec des fournisseurs de formation ou le recours au personnel de Santé Canada pour offrir la formation; et l'organisation de concours en vue de permettre aux collectivités de recevoir des fonds pour la formation. Il existe une variation entre les régions quant à la mesure dans laquelle la formation du personnel infirmier en soins à domicile et en milieu communautaire est intégrée à la formation destinée au personnel infirmier de Santé Canada dans les postes de soins infirmiers. Les collectivités doivent offrir un certain niveau de formation en fonction du financement fourni pour les activités de soins à domicile et en milieu communautaire.

Les fonds provenant de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones ont servi à établir un fonds pour la formation du personnel infirmier de 5 millions de dollars par année durant cinq

ans, de 2010 à 2015. Le Programme déclare qu'entre 2010 et 2014, quelque 2 600 séances et activités de formation ont été organisées dans l'ensemble des régions. En date de 2013-2014, environ 90 % du personnel infirmier en soins à domicile avait reçu une formation sur les lignes directrices relatives à la pratique clinique pour le diabète et avait participé à diverses autres activités de formation (par exemple, traitement des plaies, soins des pieds, etc.). Toutefois, l'audit n'a pas pu retrouver les dépenses en formation. À cet égard, la formation fait partie de la stratégie de mesure du rendement, et le Programme a l'intention de développer d'autres normes de mesure du rendement pour la collecte d'information sur les activités de formation du personnel infirmier, notamment des sondages sur l'opinion publique.

Dans l'ensemble, le Programme offre du soutien pour renforcer les capacités dans la collectivité au moyen d'orientation, de formation et de communications continues. Il offre également de la formation au personnel infirmier pour appuyer la prestation du Programme. D'autres mesures de rendement ont été incluses dans la mise à jour de la stratégie de mesure du rendement, ce qui permettra d'appuyer davantage la prestation du Programme.

3.3 Recherche et surveillance

Critère d'audit : La DGSPNI effectue de la recherche et de la surveillance pour mieux éclairer la gestion du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits.

Recherche

En 2007, la DGSPNI a développé un Cadre sur la recherche et les activités de recherche. Les représentants de la Direction générale expliquent qu'ils participent à la recherche et aux activités de recherche internes et externes. Les activités de recherche particulières appuient (directement ou indirectement) le renforcement des capacités de la direction générale de définir de manière exacte les risques, les tendances et les nouvelles questions en matière de santé; d'appuyer l'élaboration et la prestation efficace de programmes et de services de santé; et d'appuyer un meilleur contrôle par les Premières Nations et les Inuits. Ces activités sont motivées par des exigences précises en matière d'information pour l'élaboration de programmes et de politiques et ont une conception à la fois quantitative et qualitative.

L'un des principaux rôles décrits dans le cadre général de recherche est de créer des partenariats afin d'influencer et de faciliter la recherche externe qui aura une incidence positive sur la santé des Premières Nations et des Inuits. Par conséquent, les responsables du Programme comptent sur les Instituts de recherche en santé du Canada (un organisme fédéral composé de 13 instituts financés) pour les activités de recherche pertinentes. En juillet 2014, un protocole d'entente a été conclu par trois parties, à savoir la DGSPNI, l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) et les Instituts de recherche en santé du Canada afin d'harmoniser la recherche et les investissements dans l'intervention visant l'amélioration de la santé des Autochtones. Plus particulièrement, l'initiative Voies de l'équité vise à mieux comprendre comment mettre en œuvre des interventions évolutives et à plusieurs niveaux, qui contribueront à réduire les inégalités en matière de santé auxquelles sont confrontés les Autochtones, à mieux comprendre comment réduire les inégalités en matière de santé et comment adapter et appliquer ces nouvelles connaissances à d'autres populations et dans d'autres contextes (innovation inverse, apprentissage mutuel), et à améliorer la capacité en recherche dans le domaine de la science de l'application des connaissances liée à la santé des Autochtones et d'autres populations

vulnérables. Il sera important que les responsables du Programme misent, le cas échéant, sur les résultats de ces activités de recherche pour éclairer leurs programmes.

Au cours du dernier exercice financier, les activités liées à la recherche ont englobé une analyse documentaire visant à éclairer l'élaboration du plan décennal et du rapport annuel du Programme, une évaluation récente du Programme et d'autres rapports qui ont été élaborés dans le cadre des accords de financement du Programme et au moyen de fonds destinés aux marchés, comme le rapport sur la capacité régionale et les rapports sur les pratiques exemplaires.

Le Plan décennal du PSDMCPNI souligne les priorités et les activités en matière de recherche. Le Programme a récemment développé un projet de plan de recherche en fonction des priorités déterminées. Le projet de plan de recherche documente 16 activités de recherche, échelonnées sur les 10 prochaines années, qui touchent cinq domaines prioritaires : la capacité en RH et le soutien; la prévention; les lacunes et l'alignement des services; les incidences sur la santé; et l'innovation. Le plan sera partagé avec le personnel des régions et les partenaires avant d'être finalisé.

Surveillance

Le Programme effectue la collecte continue de données sur la santé au moyen des systèmes électroniques comprenant le Modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services (MERSPS) et l'Outil électronique de suivi des ressources humaines (OESRH). En 2012, le Programme a utilisé les données pour développer un rapport de programme qui donne un aperçu des données et une analyse des tendances relatives aux soins à domicile et en milieu communautaire de 2008-2009 à 2010-2011. Le rapport a défini les tendances et les questions émergentes, et l'information fondée sur des données probantes a été utilisée pour appuyer la prise de décisions.

Le rapport a également aidé à éclairer l'élaboration du plan décennal du Programme. Il renferme de multiples faits et chiffres sur la prestation de services, accompagnés de certains détails régionaux, et les différences importantes sont souvent mises en évidence et examinées. Certaines des données obtenues du MERSPS et analysées dans le rapport comprennent le nombre d'heures de service, le nombre de visites à domicile et la principale raison pour laquelle les services ont été fournis. À partir de l'OESRH, les principales données analysées ont été le nombre d'équivalents temps plein par catégorie de travailleurs, par région et par ressources allouées par rapport aux ressources réelles. Le rapport a été distribué aux régions et à d'autres intervenants. Les régions ont utilisé le rapport pour éclairer leurs décisions et entreprendre les mesures nécessaires pour combler les lacunes et atténuer les risques définis. Même si cet exercice plus important de surveillance a été réalisé en 2012, à l'avenir, le Programme envisage de produire chaque année un rapport d'analyse des tendances.

Les régions et les collectivités extraient également les données brutes directement des systèmes pour leurs propres activités de surveillance et de suivi. Les entrevues d'audit révèlent que les régions utilisent les données pour aider à orienter des décisions régionales précises.

Les besoins plus larges en matière de surveillance sont coordonnés par l'entremise de l'Unité de la surveillance, politique en matière d'information sur la santé et coordination de la DGSPNI.

3.4 Agrément

Critère d'audit : La DGSPNI dispose d'un cadre pour renforcer et appuyer l'agrément des centres de santé communautaires.

Depuis 2004, la DGSPNI s'intéresse à l'agrément comme un moyen d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience des services de santé, d'accroître la gestion par les Premières Nations des services de santé et d'intégrer ses services aux services de santé provinciaux. L'agrément de centre de services communautaires est accordé en suivant un processus reconnu qui évalue les normes fondées sur des données probantes par rapport aux pratiques d'un organisme de santé, afin d'offrir des services de meilleure qualité dans un milieu plus sécuritaire. Il s'agit également d'une manière de reconnaître qu'un organisme de santé a respecté les normes nationales relatives à la qualité. Ces évaluations se font habituellement au moyen d'auto-évaluations, de visites sur les lieux et d'entrevues effectuées par des pairs vérificateurs/examineurs et de l'étude minutieuse de données et de documents administratifs et cliniques. Le processus se termine généralement par la présentation d'un rapport d'agrément et d'un avis établissant si l'organisme obtient ou non l'agrément.

En 2013-2014, la DGSPNI a reçu l'approbation du renouvellement de l'investissement pour l'agrément des centres communautaires de santé, au montant de 22,62 millions de dollars pour cinq ans (2013-2014 à 2017-2018). Les centres communautaires de santé qui poursuivent actuellement l'agrément peuvent maintenant ajouter des normes de service plus précises relatives aux soins à domicile et en milieu communautaire. Toutefois, un programme de soins à domicile et en milieu communautaire offert dans un centre communautaire de santé serait normalement inclus, tout comme les autres programmes et services, sous quatre domaines clés d'évaluation, notamment le leadership, la gouvernance, les infections et la prévention et la gestion des médicaments. Une stratégie de mesure du rendement vient appuyer l'accord de financement en incluant un indicateur précis visant à augmenter le pourcentage de services de soins à domicile et en milieu communautaire agréés.

Depuis le début du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire, des normes sur la prestation des services sont en place pour garantir l'intégrité du Programme et la prestation sécuritaire des services. En 2012, les responsables du Programme ont examiné et révisé les normes de prestation de services. Un processus d'exercices a été développé pour aider les collectivités à revoir leurs normes. Une trousse d'information sur la qualité, comprenant des outils et des ressources, a été élaborée en vue de renforcer les capacités, d'appuyer les activités de communication et d'éducation et de disperser et maintenir les initiatives sur la qualité dans les régions et les collectivités. La trousse d'information sur la qualité, accompagnée d'outils et de ressources, a été conçue pour servir de ressource pratique, appropriée et utile pour tous les travailleurs en soins de santé communautaires dans les petites, les moyennes ou les grandes collectivités. En vue d'appuyer davantage et d'améliorer la prestation des services, un cadre sur la qualité des soins à domicile et en milieu communautaire et un outil sur la qualité et la sécurité ont été développés; les collectivités peuvent les utiliser pour évaluer leur état de préparation à entreprendre un processus d'agrément. De plus, chaque région désigne un champion de la qualité, qui travaille avec ses partenaires respectifs afin d'appuyer les activités de mise en œuvre. Chaque région doit développer des objectifs à court, à moyen et à long terme et des processus pour la mise en œuvre des outils et des ressources sur la qualité ayant été développés. Des

rencontres en personne ont été organisées pour présenter de nouvelles méthodes et processus relatifs à la qualité et pour continuer à aller plus loin dans l'amélioration de la qualité pour toutes les collectivités. Les responsables du Programme confirment que ces travaux constituent un élément fondamental pour les collectivités susceptibles de vouloir obtenir l'agrément pour leurs services de santé. Le Programme a récemment mis à jour sa stratégie de mesure du rendement afin de pouvoir commencer à utiliser les processus d'amélioration de la qualité pour répondre aux besoins identifiés en matière de soins à domicile et en milieu communautaire. Cette mesure fournira au Programme un meilleur indice des collectivités qui sont les mieux placées pour recevoir l'agrément.

3.5 Protection des renseignements personnels

Critère d'audit : La DGSPNI dispose de contrôles pour garantir le respect des attentes du gouvernement du Canada à l'égard de la protection des renseignements personnels.

Aux termes des accords de financement pour les soins à domicile et en milieu communautaire, les collectivités doivent recueillir et télécharger des données détaillées sur la prestation des services et sur les ressources humaines. Dans certaines régions, la déclaration de données sur la prestation de services peut se faire directement par le personnel de Santé Canada. Les collectivités doivent également fournir des données sur leurs employés au moyen de l'OESRH, qui permet de consigner des renseignements professionnels comme la formation du personnel. Les deux bases de données sont hébergées par Santé Canada.

Les renseignements personnels présentés au moyen du MERSPS comprennent un numéro de client, la date ou l'année de naissance et la raison de l'aiguillage vers le Programme (diagnostic). Le numéro de client est conçu de manière à dépersonnaliser les données, mais les renseignements sur la collectivité, l'âge, le sexe et la condition médicale pourraient permettre d'identifier la personne. Même si les caractéristiques de production de rapports des bases de données MERSPS et OESRH devraient uniquement permettre de produire des données sommaires plutôt que des données individuelles, les membres du personnel régional ont déclaré qu'ils reçoivent périodiquement des données brutes des collectivités pour les aider à corriger des erreurs ou à télécharger des données. Le personnel régional est conscient que les données sur la santé sont sensibles, mais n'estime pas que des renseignements personnels soient recueillis parce que le nom de la personne n'est pas saisi. Toutefois, selon la Division de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels, de tels renseignements devraient être considérés comme confidentiels. De plus, il importe de souligner que les données sont recueillies et stockées dans une base de données de Santé Canada. Le fait que des renseignements personnels sont recueillis et que, dans certaines circonstances, ils sont recueillis ou vus par du personnel de Santé Canada fait ressortir le besoin d'un examen minutieux par les responsables du Programme pour confirmer que l'on respecte les attentes du gouvernement du Canada à l'égard de la protection des renseignements personnels.

Évaluation des facteurs relatifs à la vie privée

L'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée (ÉFVP) est utilisée pour relever les risques potentiels pour la protection de la vie privée des nouveaux programmes ou services ou des programmes et services remaniés du gouvernement fédéral. Conformément à la *Directive sur l'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée* (en vigueur depuis le 1^{er} avril 2010) du CT, les

établissements doivent effectuer une ÉFVP dans certaines circonstances, et si une ÉFVP n'est pas requise, le protocole de protection de la vie privée de l'établissement doit être suivi.

À ce jour, ni une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée ni un examen de la protection de la vie privée n'ont été effectués. Les responsables du Programme n'ont pas confirmé leur autorité de recueillir les renseignements ni documenté les raisons justifiant le niveau de détails des renseignements recueillis dont ils disposent à l'heure actuelle. Une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée et un examen de la protection de la vie privée documentent et décrivent les informations personnelles recueillies; comment ces informations sont-elles recueillies, utilisées, transmises et stockées; la modalité de partage des informations; et la meilleure façon d'en empêcher la divulgation inappropriée.

Fichiers de renseignements personnels

Les fichiers de renseignements personnels (FRP) sont des descriptions des renseignements personnels tenus par des institutions gouvernementales au sujet de personnes, à l'appui d'activités et de programmes précis. En vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, les FRP doivent être consignés pour tous les renseignements personnels organisés ou destinés à être extraits par un nom de personne ou par un numéro d'identification, un symbole ou tout autre identificateur particulier attribué uniquement à cette personne. Les FRP doivent également être consignés pour les renseignements personnels qui ont été ou sont utilisés, ou accessibles pour usage administratif.

En juillet 2014, les responsables du Programme ont informé les auditeurs que les travaux avaient débuté en vue de documenter les FRP avec les renseignements recueillis au moyen des systèmes MERSPS et OESRH. Le FRP créé peut comprendre le nom, les coordonnées, des renseignements biographiques, des renseignements biométriques, la date et le lieu de naissance et de décès, des caractéristiques physiques, des aiguillages vers les services sociaux ou d'autres services, des renseignements sur les services de soutien, des renseignements sur la santé physique et mentale et des numéros d'identification (par exemple, numéro de la carte d'assurance-maladie provinciale, le numéro de bande, etc.).

Obligations des bénéficiaires

Dans le cadre de l'audit, on a effectué une analyse des accords de financement ([section 3.6](#)) et constaté qu'ils renferment tous la clause de confidentialité requise précisant que « toutes les parties doivent se conformer aux lois applicables concernant le respect de la vie privée et de la confidentialité lorsqu'elles traitent des renseignements et des dossiers liés au projet ». La majorité des renseignements personnels sont recueillis par les collectivités, qui sont régies par la législation provinciale sur la vie privée. Étant donné qu'il incombe au Ministère de surveiller si les bénéficiaires respectent les modalités des accords, y compris le respect des exigences relatives au respect de la vie privée, il serait important d'intégrer les mécanismes des paiements de transfert dans un examen de la protection des renseignements personnels du Programme.

En conclusion, les responsables du Programme sont conscients des questions touchant la protection des renseignements personnels, mais ils doivent travailler avec la Division de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels de la direction générale des services de gestion afin de garantir que des contrôles suffisants sont en place pour protéger les renseignements personnels qu'ils recueillent et créent.

Recommandation 2

Il est recommandé que les sous-ministres adjoints de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits travaillent avec la Division de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels pour garantir que les mesures de contrôle concernant la protection des renseignements personnels sont appropriées.

Réponse de la direction

La direction souscrit à cette recommandation.

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits s'est engagé à protéger les renseignements personnels de ses clients. Il travaille actuellement avec la Division de l'AIPRP pour créer des fichiers de renseignements personnels. Compte tenu du genre de données recueillies et du fait qu'aucune plainte n'ait été reçue à l'égard du système, le Programme effectuera un examen de la protection des renseignements personnels, en collaboration avec la Division de l'AIPRP.

3.6 Processus d'accord de financement

Critère d'audit : Les accords de financement respectent la Politique sur les paiements de transfert du Conseil du Trésor.

Généralement, les contributions de la DGSPNI combinent tous les programmes et services offerts par une collectivité, conformément à l'accord de financement consolidé. *La Directive sur les paiements de transfert* renvoie à trois modèles de financement pour les bénéficiaires autochtones : fixe, souple et global. Le modèle « fixe » permet le moins de flexibilité dans le transfert de fonds entre les programmes de santé, alors que le modèle « global » permet le plus de flexibilité.

La Division du soutien et de la coordination des régions, la Division des modes de financement en matière de santé et la Division des infrastructures à l'administration centrale ont développé un modèle pour les accords fixes, souples et globaux, qui cadrent avec la *Politique sur les paiements de transfert* du CT et la directive connexe. Le personnel de la DGSPNI utilise le Manuel des procédures opérationnelles normalisées sur les subventions et les contributions (2011), le fruit d'une collaboration entre l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le Centre d'expertise sur les subventions et les contributions de Santé Canada et les directions générales de Santé Canada qui ont un intérêt direct dans la gestion et l'administration des paiements de transfert. Il établit une approche uniformisée à la gestion et à l'administration des programmes de paiements de transfert au Ministère et, dans la mesure du possible, dans l'ensemble du Portefeuille de la Santé. Le manuel décrit les rôles et les responsabilités des gestionnaires et du personnel des programmes du Ministère chargés de gérer des accords de financement, et fournit une orientation administrative qui aborde les exigences en matière de contrôle et d'imputabilité du Ministère et l'initiative pangouvernementale de réduction du fardeau administratif pour les bénéficiaires.

Chaque région ou zone a une « unité des accords de financement » à qui il appartient de préparer l'accord de financement. La préparation comprend plusieurs étapes. D'abord, la région évalue le niveau d'autonomie ou la capacité du bénéficiaire de gérer les activités de programme. Cette évaluation aide à déterminer la sélection du modèle de financement approprié (fixe, souple ou global). En fonction du modèle de financement choisi, le bénéficiaire prépare un Plan de travail pluriannuel (souple) ou un Plan de santé pluriannuel (global), qui est examiné et approuvé ou rejeté par la DGSPNI de Santé Canada. Un Plan de programme est fourni aux bénéficiaires du modèle fixe. Lorsque le Plan de travail pluriannuel ou le Plan de santé pluriannuel et les budgets sont approuvés, en suivant les étapes du Manuel des procédures opérationnelles normalisées sur les subventions et les contributions de Santé Canada, le personnel prépare l'accord au moyen des modèles de la direction générale.

Évaluation des capacités

Des évaluations de la gestion des programmes et des finances doivent être effectuées sur l'ensemble des programmes pour les collectivités qui souhaitent passer du modèle de financement fixe au modèle souple ou global. L'évaluation des capacités tient compte du rendement antérieur du bénéficiaire, ainsi que des capacités de gestion des finances et des programmes.

En fonction du modèle de financement choisi, le bénéficiaire doit être capable de produire un Plan de travail pluriannuel ou un Plan de santé pluriannuel, qui doit être examiné et approuvé par Santé Canada. Le plan est examiné par une équipe multidisciplinaire de la région, et des recommandations sont présentées au directeur régional. Des tests de vérification sur les accords échantillonnés ont confirmé qu'il existe un plan dans chaque cas, et qu'il a été approuvé par Santé Canada.

Accord

La *Directive sur les paiements de transfert* définit 23 éléments qui devraient être abordés dans les accords de financement. Les modalités contiennent également des éléments supplémentaires comme des clauses sur le règlement des différends et la propriété intellectuelle. L'audit a révélé que les modèles des accords de financement étaient conformes à la *Directive sur les paiements de transfert* et aux modalités. Un échantillon de 28 accords a été évalué dans le cadre de l'audit, en vue de déterminer si tous les accords respectaient le modèle et la *Directive sur les paiements de transfert* de 2008.

Dans l'ensemble, le processus de préparation des accords de financement respecte la *Politique sur les paiements de transfert* et la *Directive sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor.

3.7 Surveillance des bénéficiaires

Critère d'audit : *Des activités de surveillance des bénéficiaires axées sur les risques sont effectuées, y compris l'examen des rapports des bénéficiaires et la réception des produits livrables, avant la distribution des paiements et les audits des bénéficiaires.*

La *Politique sur les paiements de transfert* du CT met l'accent sur la nécessité d'effectuer une gestion efficace des risques dans l'administration des programmes de subventions et de contributions. Afin de garantir que les bénéficiaires utilisent les fonds de manière appropriée et

qu'ils offrent les programmes comme prévu, la DGSPNI utilise des contrôles de surveillance, en particulier des évaluations du risque relatif au bénéficiaire, l'outil d'évaluation de la gestion du risque, la surveillance du niveau d'assurance-responsabilité civile et les audits des bénéficiaires.

Évaluation des risques des bénéficiaires

En 2012, Santé Canada a commencé à aligner ses activités de gestion des paiements de transfert sur celles d'AADNC. En 2014-2015, la DGSPNI et AADNC ont effectué des évaluations communes des risques des bénéficiaires au moyen de l'outil d'évaluation générale. Ils ont également réalisé des audits conjoints des bénéficiaires, dans la mesure du possible. En 2015-2016, la DGSPNI et le reste de Santé Canada adopteront le Système de gestion d'information des subventions et des contributions (SCISC) d'AADNC.

L'évaluation générale est un outil d'ADDNC, qui remplace l'outil d'évaluation du risque (l'outil de gestion du risque de l'entreprise et d'évaluation du risque relatif au bénéficiaire ou à l'entente) de Santé Canada. En général, les gestionnaires de programme préfèrent le nouveau processus à l'ancien, mais ils ont exprimé certaines préoccupations. Principalement, la note globale de l'évaluation générale d'un bénéficiaire est très axée sur les programmes d'AADNC, étant donné que le niveau de financement d'AADNC est supérieur. Cette pondération peut donner une note globale à l'évaluation générale satisfaisante à l'égard de la notation d'AADNC, mais pas à celle de Santé Canada. Chaque région a relevé au moins un bénéficiaire dont la note à l'évaluation générale était à l'opposé de l'évaluation de la DGSPNI. Dans ces rares cas, la DGSPNI peut choisir de gérer un accord selon sa propre notation.

Les évaluations générales étaient documentées pour tous les accords échantillonnés. Des 20 accords échantillonnés au Québec ou au Manitoba, un certain degré de variation a été observé dans les notes à l'égard des critères de risque pour chaque collectivité, et aucune n'a été jugée sans risque. Toutefois, on a observé que dans la région de l'Ontario, neuf accords sur les 10 échantillonnés étaient jugés sans risque ou à très faible risque, ce qui soulève une préoccupation quant à savoir si les divers critères de risque n'auraient pas été examinés en profondeur.

L'outil d'évaluation de la gestion des risques

L'outil d'évaluation de la gestion des risques (OÉGR) est l'instrument d'assurance de la qualité du Programme conçu pour être utilisé par les bureaux régionaux et les collectivités. Il vise à aider les collectivités à évaluer la qualité et la sécurité des soins et des services, et à créer des occasions d'améliorer la prestation de programmes. De plus, l'outil appuie le personnel régional dans l'évaluation et la surveillance de la prestation de programmes et dans l'assistance apportée aux collectivités, suivant les besoins. En utilisant l'OÉGR, les collectivités sont également capables de déterminer leur état de préparation à passer à un autre type d'accord de financement. Cet autre type d'accord de financement permet à une collectivité inuite ou des Premières Nations de gérer et d'offrir des services et des soins à domicile et en milieu communautaire avec une plus grande flexibilité.

L'OÉGR se fonde sur les neuf services essentiels du Programme, à savoir : l'évaluation du client; gestion de cas; les services infirmiers à domicile; les services de soutien à domicile : soins personnels et économie domestique; les soins de relève à domicile; l'accès aux fournitures médicales et à l'équipement médical; la collecte d'information et de données; la gestion et la

supervision; et les liens avec d'autres services. Les principaux objectifs pour cet outil sont d'aider les collectivités à passer à un accord de financement plus souple (c'est-à-dire le modèle global). Toutefois, étant donné que le modèle de financement du Programme pour la plupart des collectivités est le modèle « fixe », son utilisation est sporadique. Dans les trois régions visitées, l'OÉGR était utilisé par quatre collectivités uniquement. Le Programme a la possibilité d'utiliser l'OÉGR pour toutes leurs collectivités afin d'évaluer la gestion et la prestation de leurs programmes.

Surveillance de l'assurance-responsabilité civile

L'assurance-responsabilité civile offre une protection contre les réclamations que le titulaire de police pourrait être tenu de payer à la suite d'une erreur ou d'une omission dans son travail. Lorsqu'un programme de soins à domicile et en milieu communautaire est mis en œuvre pour la première fois avec un bénéficiaire, ce dernier doit fournir au gestionnaire régional du Programme une preuve d'assurance-responsabilité civile pour tout son personnel en santé. Pour un programme du modèle d'accord de financement « global », l'OÉGR exige qu'une preuve d'assurance-responsabilité civile soit fournie tous les cinq ans. Si l'ensemble de l'accord de la collectivité est un modèle de financement « fixe », la collectivité doit préparer un Plan de santé pluriannuel. L'une des exigences du Plan de santé pluriannuel est d'inclure une assurance-responsabilité civile avec couverture pour la responsabilité professionnelle. Toutefois, une vérification de la couverture n'est pas requise pour les bénéficiaires ayant un modèle de financement « fixe », et il a été noté que certains des accords initiaux peuvent dater de plus de 15 ans.

Alors que les responsables de l'accord de l'Ontario vérifient l'existence d'une assurance-responsabilité pour les accords globaux uniquement, le Manitoba vérifie les accords souples et globaux. Le Guide de l'utilisateur, Cadre de financement des contributions de la DGSPNI énonce qu'une telle assurance-responsabilité civile devrait être financée par la direction générale, le cas échéant. Toutefois, dans aucune des régions visitées, les responsables du Programme ou de l'accord ne valideront le niveau de couverture pour les accords fixes.

Audits des bénéficiaires

La *Politique sur les paiements de transfert* et la *Directive sur les paiements de transfert* décrivent les éléments généraux de la gestion des subventions et des contributions, y compris l'audit des bénéficiaires. À l'échelon ministériel, l'audit des bénéficiaires est l'une des composantes du Cadre de contrôle de gestion des paiements de transfert de Santé Canada afin d'assurer une diligence raisonnable dans l'établissement et l'administration des accords de financement. Un audit des bénéficiaires est une évaluation indépendante réalisée par un auditeur indépendant afin de donner l'assurance que les activités du bénéficiaire et l'utilisation des fonds publics sont conformes aux modalités de l'accord de financement. Chaque région fournit le nom des bénéficiaires, en fonction des évaluations des risques, à la Division des modes de financement en matière de santé et des infrastructures, qui examine la liste pour s'assurer que les bénéficiaires ayant obtenu la note la plus élevée font l'objet d'un audit, et coordonne le processus d'audit des bénéficiaires. Au cours de la dernière année, 31 audits ont été effectués.

En 2011, le guide d'audit de la DGSPNI a été développé, qui a été examiné au profit de la DGSPNI par une entreprise privée d'audit afin d'en garantir la conformité aux Normes canadiennes d'audit (NCA) et la désignation professionnelle de comptable agréé. Ce guide est

fourni aux entreprises d'audit choisies pour réaliser les audits des bénéficiaires au nom de la DGSPNI.

La DGSPNI appuie l'approche d'audit unique des bénéficiaires (audit conjoint), où un auditeur représentant un seul bailleur de fonds (ou plusieurs bailleurs de fonds) du gouvernement fédéral effectue un audit unique d'un bénéficiaire commun. Pour la DGSPNI, cet autre organisme est AADNC. Un contrat conjoint est conclu avec l'auditeur indépendant pour un audit conjoint, mais avec des rapports distincts. Au cours de la dernière année, cinq des 31 audits de bénéficiaires étaient « conjoints » avec AADNC.

D'autres contrôles de la surveillance ont été examinés durant l'audit. Ils comprennent la présence de documents relatifs à la responsabilisation, comme des états financiers, les pratiques de retenue, l'examen des dépenses admissibles et le soutien en matière de paiement en vertu de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Il n'y a aucune observation importante.

Dans l'ensemble, la DGSPNI dispose d'instruments pour surveiller les paiements de transfert; toutefois, les responsables du Programme tireraient avantage de processus supplémentaires pour garantir que les bénéficiaires du Programme ont une assurance-responsabilité civile avec un niveau de couverture suffisant pour la responsabilité professionnelle.

Recommandation 3

Il est recommandé que les sous-ministres adjoints de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits garantissent l'uniformité de la vérification de l'assurance-responsabilité civile de tous les bénéficiaires.

Réponse de la direction

La direction souscrit à cette recommandation.

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits travaillera de pair avec les coordonnateurs régionaux des programmes de soins à domicile et en milieu communautaire pour mettre à jour l'Outil d'évaluation de la gestion du risque (OEGR). La vérification de l'assurance-responsabilité civile sera incluse dans cette mise à jour.

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits travaillera de pair avec le personnel en région afin d'établir, au moyen de l'Outil d'évaluation de la gestion des risques, un plan de vérification de l'assurance-responsabilité civile, y compris un calendrier.

La suffisance du niveau de responsabilité sera évaluée conformément à ce plan de vérification.

C - Conclusion

Santé Canada a la responsabilité de fournir ou de financer la prestation de programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits, conformément à la *Politique sur la santé des Indiens* et à sa mission ou son énoncé de mandat ministériel subséquent. Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (le Programme) est un programme obligatoire parmi les nombreux services de santé offerts par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI).

Les services du Programme sont offerts principalement par les collectivités ou les gouvernements territoriaux qui embauchent des infirmières et infirmiers autorisés de soins à domicile, des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et des travailleurs en soins personnels formés et certifiés. Le Programme est géré par la Direction des conseils interprofessionnels et de l'aide aux programmes, mais est décentralisé; la prestation du Programme est coordonnée par les bureaux régionaux de Santé Canada.

Le Programme est bien géré. Le cadre de gouvernance actuel du Programme prévoit une orientation stratégique et une surveillance. Les rôles et les responsabilités sont clairs et équilibrés entre l'administration centrale et les régions. Les responsables du Programme ont récemment mis à jour la stratégie de gestion du rendement et les plans opérationnels pour gérer leurs ressources, sont dotés de politiques et de lignes directrices et offrent de la formation et de l'appui aux bénéficiaires dans la prestation du Programme. Des processus sont en place pour l'évaluation de la capacité des bénéficiaires, l'évaluation des risques et le versement des paiements. Toutefois, dans le cadre du présent audit, trois recommandations sont formulées pour aider à renforcer les contrôles internes liés aux mises à niveau des systèmes, à la protection des renseignements privés et à l'assurance-responsabilité civile.

Annexe A – Champs d'enquête et critères

Champs d'enquête et critères pour l'Audit du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits		
Titre du critère		Critères d'audit
Secteur d'intérêt 1 : Gouvernance		
1.1	Orientation stratégique ²	La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits planifie l'orientation stratégique du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire.
1.2	Rôles et responsabilités	Les rôles et les responsabilités à l'égard de la prestation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits sont documentés et sont clairs et bien communiqués.
1.3	Gestion du rendement ⁵	Il existe une stratégie de mesure du rendement pour le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits.
Secteur d'intérêt 2 : Gestion du risque		
2.1	Gestion des risques ⁵	Les risques externes et internes associés au Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits sont cernés, évalués et gérés.
Secteur d'intérêt 3 : Contrôles internes		
3.1	Gestion des programmes ⁵	La DGSPNI dispose de plans opérationnels et de systèmes qui illustrent l'utilisation de ses ressources pour appuyer la prestation du Programme.
3.2	Renforcement des capacités	Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits dispose de lignes directrices et offre de la formation et du soutien aux bénéficiaires.
3.3	Recherche et surveillance ³	La DGSPNI effectue de la recherche et de la surveillance pour mieux éclairer la gestion du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits.
3.4	Agrément	La DGSPNI dispose d'un cadre pour renforcer et appuyer l'agrément des centres de santé communautaires.
3.5	Protection des renseignements personnels ⁴	La DGSPNI dispose de contrôles pour garantir le respect des attentes du gouvernement du Canada à l'égard de la protection des renseignements personnels.
3.6	Processus d'accord de financement ⁵	Les accords de financement respectent la <i>Politique sur les paiements de transfert</i> du Conseil du Trésor.
3.7	Surveillance des bénéficiaires	Des activités de surveillance des bénéficiaires axées sur les risques sont effectuées, y compris l'examen des rapports des bénéficiaires et la réception des produits livrables, avant la distribution des paiements et les audits des bénéficiaires.

² Bureau du contrôleur général - Contrôles fondamentaux

³ Modèle logique des soins à domicile et en milieu communautaire

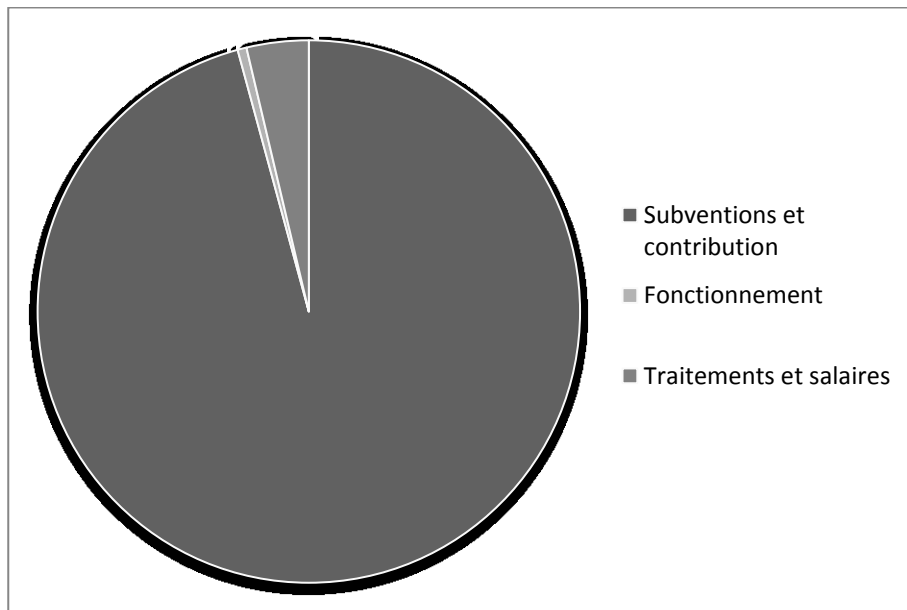
⁴ *Loi sur la protection des renseignements personnels, Politique sur la protection de la vie privée*

⁵ *Politique sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor

Annexe B – Grille d'évaluation

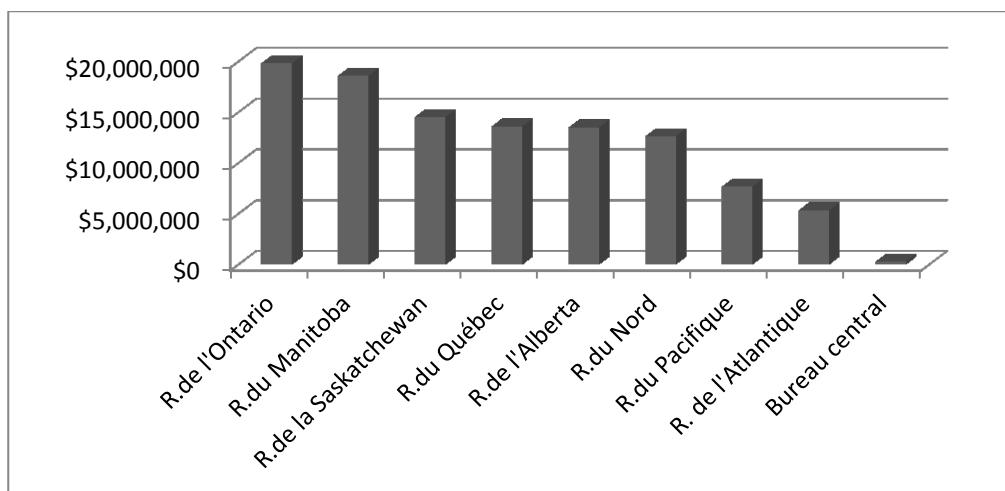
Grille d'évaluation - Audit du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits			
Critère	Cote	Conclusion	N° de rec.
Gouvernance			
1.1 Orientation stratégique	Améliorations mineures requises	Le Programme dispose d'un plan stratégique décennal et d'un groupe de travail. Toutefois, le mandat devrait être mis à jour.	
1.2 Rôles et responsabilités	Améliorations mineures requises	Les rôles et les responsabilités à l'égard de la prestation sont documentés, clairs et bien communiqués. Le plan de mise en œuvre devrait être mis à jour pour tenir compte des nouvelles responsabilités.	
1.3 Gestion du rendement	Satisfaisant	Il y a une correspondance entre le modèle logique et la stratégie de mesure du rendement.	
Gestion du risque			
2.1 Gestion des risques	Satisfaisant	Les risques externes et internes sont déterminés et évalués pour la direction générale, et le plan stratégique définit les risques et les difficultés.	
Contrôles internes			
3.1 Gestion des programmes	Satisfaisant	L'administration centrale et les régions illustrent l'utilisation des ressources pour appuyer la prestation du Programme dans les plans de travail respectifs.	
	Améliorations modérées requises	Le Programme devra développer une solution provisoire pour assurer la durabilité du système électronique, ainsi qu'un rapport d'analyse détaillant les options possibles, afin de trouver une solution permanente.	1
3.2 Renforcement des capacités	Améliorations mineures requises	Le Programme dispose de politiques et de lignes directrices et offre de la formation et du soutien aux bénéficiaires dans la prestation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. De nouveaux indicateurs devraient être utilisés afin de suivre la manière dont les fonds de formation de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones sont utilisés.	
3.3 Recherche et surveillance	Améliorations mineures requises	Une ébauche d'un plan de recherche et de surveillance a été élaborée qui cadre avec le plan stratégique décennal. Le plan provisoire sera partagé avec le personnel des régions avant d'être finalisé.	
3.4 Agrément	Améliorations mineures requises	Le Programme a en place un programme d'amélioration de la qualité afin d'appuyer les collectivités alors qu'elles établissent des mesures de rendement en vue de recevoir l'agrément.	
3.5 Protection des renseignements personnels	Améliorations modérées requises	Le Programme devra travailler avec l'équipe fonctionnelle de la protection des renseignements personnels afin de cerner les besoins en matière de protection des renseignements personnels.	2
3.6 Processus d'accord de financement	Satisfaisant	Les accords de financement respectent la <i>Politique sur les paiements de transfert</i> .	
3.7 Surveillance des bénéficiaires	Améliorations modérées requises	Le Programme devra améliorer les processus ayant pour but de vérifier à nouveau que les bénéficiaires du Programme ont maintenu une assurance-responsabilité civile.	3

Annexe C – Les soins à domicile et en milieu communautaire, par catégorie de dépenses



Catégories de dépenses	AF2013-2014
Subventions et contributions	106 189 665 \$
Fonctionnement	591 091 \$
Traitements et salaires	4 097 320 \$
Dépenses totales – SDMC	110 878 076 \$
S et C comme % du montant total	95,77 %
Fonctionnement comme % du montant total	0,53 %
Salaires comme % du montant total	3,70 %

Annexe D – Dépenses relatives aux subventions et contributions, par région



Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits					
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS	ETP	Population 000s ⁶	Collectivités	2013-2014	Changement d'année à année*
Région de l'Ontario	3	92,6	111	19 837 192 \$	1,39 %
Région du Manitoba	4	90,2	62	18 624 505 \$	1,31 %
Région de la Saskatchewan	4,2	71,1	83	14 558 018 \$	4,02 %
Région du Québec	5	56,1	51	13 635 632 \$	2,60 %
Région de l'Alberta	8,5+13**	72,5	56	13 527 717 \$	1,60 %
Région du Nord	.2	54,7	74	12 654 632 \$	-1,84 %
Région du Pacifique	6 ⁷	64,2	197	7 700 334 \$	-51,98 %
Région de l'Atlantique	2,5	23,3	40	5 365 434 \$	2,11 %
Bureau central	9	s.o.	s.o.	286 201 \$	65,79 %
Subventions et contributions				106 189 665 \$	-5,98 %
Grand Total (y compris le fonctionnement et les salaires)				110 878 076 \$	-6,74 %
S et C comme pourcentage du montant total				95,62 %	

*Source SAP : augmentation et diminution au cours de l'année financière 2012-2013

** Le chiffre 13 représente le nombre d'infirmières et infirmiers qui offrent directement les services de SDMC.

⁶ La population admissible est définie comme suit : les Autochtones et les Inuits de tout âge qui habitent dans une réserve des Premières Nations au sud du 60° parallèle, dans une communauté inuite au nord ou au sud du 60° parallèle ou dans une communauté des Premières Nations au nord du 60° parallèle. Une estimation a été développée aux fins de ce tableau, basée sur les statistiques des SSNA et du Programme.

⁷ Activités transférées au First Nations Health Authority, en vertu de l'Entente tripartite de la Colombie-Britannique.