



Health Santé
Canada Canada

PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS

ÉVALUATION DU GROUPE

Approuvé par

Comité exécutif sur les
finances, l'évaluation et la responsabilisation (CE-FÉR)
de Santé Canada

23 novembre 2010

Canada

Table des matières

- **Plan d'action de gestion — Programme des services de santé non assurés - Évaluation du groupe**
- **Programme des services de santé non assurés - Évaluation du groupe - Rapport final**

**PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS – ÉVALUATION DU GROUPE
PLAN D'ACTION DE GESTION**

Recommandations	Activités	Gestionnaire responsable	Échéancier
<p>Recommandation n° 1 : Redéfinir le concept de durabilité du programme des services de santé non assurés (PSSNA) afin de mettre l'accent sur deux points essentiels liés à la gestion du programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La capacité du PSSNA d'établir ses propres prévisions des dépenses et de respecter les crédits alloués par le Parlement; ▪ Le succès du PSSNA à gérer la croissance de ses services et de ses dépenses administratives par rapport à d'autres prestataires de services analogues. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre du PSSNA, on : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettra à jour le modèle de simulation du programme élaboré par la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse (DRAA) de Santé Canada; ▪ Finalisera les négociations pour un accord de partage des données avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour faciliter l'analyse comparative conformément aux règles des lignes directrices sur le partage des données du programme des SSNA; ▪ Effectuera une étude externe visant à faire une synthèse et à élaborer un paramètre de la croissance des dépenses du programme par rapport à d'autres payeurs de prestations analogues; ▪ Effectuera un examen externe des modèles de prévision du programme pour valider les processus actuels ou pour apporter des améliorations selon les besoins. 	<p>Directeur, Division des politiques et de la planification en matière de programmes (DPPP) et Directeur, Division de l'analyse du programme (DAP), Direction des services de santé non assurés (DSSNA), Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)</p>	<p>Mars 2011 Mars 2011 Avril 2012 Avril 2013</p>
<p>Recommandation n° 2 : Améliorer la qualité des données administratives dans les secteurs de prestations non liés au Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement (SISTDP), c.à-d. transport à des fins médicales, soins de la vue, santé mentale, afin de soutenir la gestion du programme et les décisions stratégiques concernant l'utilisation optimale des ressources.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conformément au pouvoir conféré par le Conseil du Trésor, le PSSNA effectuera une analyse de cas pour évaluer la rentabilité de centraliser ou de donner en sous-traitance le traitement des demandes pour les prestations des soins de la vue dans le cadre du contrat actuel pour le traitement des demandes. • Dans le cadre des prestations de transport médical, le PSSNA : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Établira un lien entre le Système de consignation des transports pour raison médicale (SCTRM) et le système financier du ministère (SAP) pour effectuer les paiements. ▪ Évaluera les progrès de la collecte de données sur le transport médical pour les prestations de transport médical gérées de manière opérationnelle ainsi que les prestations versées dans le cadre des accords de contribution selon les objectifs stratégiques pluriannuels et on déterminera les questions clés de qualité et d'intégrité; ▪ Mettra à jour les objectifs pluriannuels concernant la collecte des données sur le transport médical par région et on prendra des mesures afin d'augmenter la collecte des données tout en améliorant la qualité et l'intégrité. 	<p>Directeur, Division des services et du soutien opérationnel (DSSO), DSSNA, DGSPNI et Directeur, Division de l'analyse du programme (DAP), DSSNA, DGSPNI</p>	<p>Avril 2012 Mars 2011 Mars 2011 Avril 2011</p>

Recommandations	Activités	Gestionnaire responsable	Échéancier
<p>Recommandation n° 3 : Réexaminer les processus administratifs liés aux prestations avant l'autorisation et la prédétermination afin d'évaluer la possibilité d'améliorer l'efficacité au moyen d'une rationalisation ou d'une meilleure automatisation et de s'assurer que les coûts sont conformes à ceux d'autres prestataires de services analogues.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre du PSSNA, on : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explorera les méthodes pour rationaliser la politique du programme et on effectuera une analyse en deux phases des exigences de prédétermination pour le secteur des prestations des soins dentaires afin d'améliorer l'accès des clients aux prestations tout en réduisant les exigences administratives pour le personnel du programme et les fournisseurs de services. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Phase 1- traitements endodontiques ▪ Phase 2 – autres services de soins dentaires, par exemple, prothèses ▪ Évaluera la possibilité d'utiliser les codes d'utilisation limitée automatisés et l'autorisation préalable automatisée pour le secteur des prestations pharmaceutiques pour réduire le nombre de demandes d'autorisation préalable et le volume d'appels du Centre des exceptions pour médicaments du PSSNA; ▪ Travaillera avec les homologues provinciaux et territoriaux pour déterminer des autres possibilités d'harmoniser, d'intégrer et de rationaliser les processus, s'il y a lieu. 	<p>Directeur, Division de la gestion des prestations, DSSNA, DGSPNI Directeur, division des services et du soutien opérationnel (DSSO), DSSNA, DGSPNI et Directeur, Division des services de révision des prestations, DSSNA, DGSPNI</p>	<p>Mars 2011 Mars 2012 Mars 2011 En cours</p>
<p>Recommandation n° 4 : Explorer la possibilité d'établir d'autres liens ou synergies avec les autres programmes de la DGSPNI; par exemple, de quelle façon l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE) appuie la présentation des demandes de prestations dentaires au titre du PSSNA..</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le PSSNA collaborera avec la Direction des soins de santé primaires et de la santé publique (DSSPSP) pour améliorer la qualité des données de l'ISBE : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer un plan de travail en collaboration avec la DSSPSP; ▪ Le PSSNA fournira une liste d'éléments de données qui seront intégrés dans Teleform. 	<p>Directeur, Division de la gestion des prestations (DGP), DSSNA, DGSPNI</p>	<p>Décembre 2010 Mars 2011</p>
<p>Recommandation n° 5 : Élargir les activités de vérification afin d'englober les catégories de services non visées par les vérifications actuelles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre du programme des SSNA, on effectuera des vérifications des prestations du transport médical, des soins de la vue et des services de santé mentale d'urgence dans les régions en utilisant les guides de vérification approuvés pour ces secteurs. • Plus précisément, dans le cadre du programme des SSNA, on élaborera un plan de vérification du transport médical en Colombie-Britannique et en Saskatchewan et on effectuera des vérifications des prestations des soins de la vue au Québec et des prestations des soins de santé mentale au Manitoba. 	<p>Directeur, division de l'analyse du programme (DAP), programme des SSNA, DGSPNI</p>	<p>Mars 2011 et en cours</p>



Health
Canada

Santé
Canada

**PROGRAMME DES SERVICES
DE SANTÉ NON ASSURÉS
ÉVALUATION DU GROUPE**

Rapport final

Août 2010

Canada 

Table des matières

Sommaire	iii
1. Introduction.....	1
1.1 Renseignements généraux et contexte	1
1.2 Description du Programme	2
1.3 Mandats et principes du Programme.....	2
1.4 Catégories de services du PSSNA	3
1.5 Population admissible	5
1.6 Aperçu des dépenses	7
1.7 Administration	8
1.8 Prestation du Programme.....	10
1.9 Programmes similaires.....	12
2.0 Contexte de l'évaluation	14
2.1 Objectifs et portée de l'évaluation	14
2.2 Questions fondamentales liées à l'évaluation.....	15
2.3 Conception de l'évaluation	15
3.0 Méthodologie.....	17
3.1 Modèle logique du Programme.....	19
3.2 Questions abordées dans le cadre de l'évaluation.....	21
3.3 Sources de données	22
3.4 Limites et obstacles.....	23
4.0 Constatations.....	24
4.1 Pertinence.....	24
4.2 Mesures de rendement	35
4.3 Efficience et économie.....	46
5.0 Conclusions générales.....	55
6.0 Recommandations.....	57
Annexe A Les prestations pharmaceutiques et la gestion du diabète	58
Annexe B Accès des membres des Premières nations et des Inuits aux soins dentaires	65
Annexe C Profil des initiatives sur la sécurité des bénéficiaires	72
Annexe D Bibliographie.....	75

SOMMAIRE

Le Programme des services de santé non assurés (PSSNA) de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) offre une gamme définie de produits et de services médicaux nécessaires qui ne sont pas offerts par le biais des régimes d'assurance privés, des programmes de santé et de services sociaux provinciaux et territoriaux ou d'autres programmes publics aux membres inscrits des Premières nations et aux Inuits reconnus, sans égard au revenu ou au lieu de résidence au Canada. Le PSSNA offre notamment des médicaments sur ordonnance et certains médicaments en vente libre, des fournitures et équipements médicaux, le transport à des fins médicales nécessaires, des soins dentaires, des soins de la vue et des services d'intervention d'urgence en santé mentale. Santé Canada et son ministère prédécesseur (Santé et Bien-être social Canada) gèrent le Programme des SSNA depuis 1945. La logique du Programme se fonde sur des objectifs stratégiques en matière de santé qui visent à réduire la disparité entre l'état de santé des membres des Première nations et des Inuits (PN/I) et celui de la population canadienne en général.

La population des membres des Premières nations et des Inuits admissibles a connu une croissance constante de 2 % en moyenne au cours de la dernière décennie, passant de 656 377 personnes en 1998 à 815 800 personnes en 2009. Chaque année, le taux de croissance de la population admissible aux SSNA a été plus élevé que celui de la population canadienne en général. Cette croissance, combinée à d'autres facteurs comme l'augmentation des coûts liés aux produits et services de santé, a entraîné une hausse annuelle moyenne de 6,1 % des dépenses pour le PSSNA, allant de 9,6 % en 2002-2003 à 4,7 % en 2008-2009. En 2008-2009, les dépenses du PSSNA se sont élevées à 940,2 M\$.

Évaluation

La présente évaluation est la première évaluation effectuée à l'échelle du PSSNA. Elle a une portée nationale et satisfait aux exigences de la Politique de 2009 sur l'évaluation du gouvernement du Canada, qu'elle complète, y compris les nouvelles questions fondamentales. Elle satisfait également aux exigences du plan d'évaluation quinquennal du Ministère.

L'évaluation portait sur les questions fondamentales suivantes :

Pertinence :

- **Question 1 – Besoin continu du programme, de la politique ou de l'initiative :** Évaluation de la mesure où le Programme des SSNA continue de répondre à un besoin démontrable et est adapté aux besoins des Premières nations et des Inuits.
- **Question 2 – Conformité aux priorités du gouvernement :** Évaluation des liens entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques du ministère.
- **Question 3 – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral :** Évaluation du rôle et de la responsabilité du gouvernement fédéral en matière de prestation du programme.

Rendement :

- **Question 4 – Réalisation des résultats escomptés :** Évaluation des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats immédiats, intermédiaires et ultime par rapport aux cibles de rendement, à la portée et à la conception du programme, ce qui comprend l'apport des extraits aux résultats et les liens entre les deux.
- Résultats immédiats :
 - Accès aux SSNA pour les clients admissibles
 - Efficacité et rentabilité dans le traitement centralisé et régionale des SSNA
 - Respect des exigences du programme
 - Élaboration éclairée des politiques et des programmes
- Résultats intermédiaires :
 - Gestion efficace et rentable de l'accès aux SSNA
 - Durabilité des SSNA offerts aux membres des Premières nations et aux Inuits
- Résultat ultime :
 - L'accès aux SSNA contribue à améliorer l'état de santé des membres des Premières nations et des Inuits
- **Question 5 – Démonstration d'efficacité et d'économie :** Évaluation de l'utilisation des ressources à la production des extraits et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés.

Méthodologie

Plusieurs éléments de preuve ont été recueillis à partir de différentes sources de données et aux moyens de différentes méthodes dans un ensemble de rapports de recherche, y compris une étude détaillée de la couverture offerte par le PSSNA par rapport à d'autres régimes et une analyse comparative des coûts administratifs associés aux SSNA par rapport à d'autres agents payeurs. Deux études de cas ont été réalisées pour dresser un aperçu de services et de questions en particulier. Une étude externe a été réalisée afin de comparer les activités de prestation des bénéficiaires du PSSNA par rapport à celles d'autres agents payeurs. En tout, 57 entrevues auprès d'intervenants clés ont été réalisées afin d'appuyer l'analyse des questions fondamentales. Des examens détaillés des documents et des dossiers ont aussi été réalisés. Les bases de données administratives ont permis d'obtenir des précisions sur les populations admissibles et les prestations versées, y compris les tendances et des comparaisons pour établir des points de référence et identifier les résultats du traitement du diabète dans l'une des études de cas.

Constatations et conclusions

Les éléments de preuve démontrent un besoin continu à l'égard des prestations du PSSNA et la pertinence de ces prestations. L'état de santé des membres des Premières nations et des Inuits est toujours moins bon que celui de la population canadienne en général, y compris un plus lourd fardeau des maladies et une espérance de vie plus courte. Comme chacune des prestations du PSSNA se fonde sur un besoin médical, l'approche adoptée par le PSSNA pour améliorer l'état

de santé des membres des Premières nations et des Inuits est pertinente et répond aux besoins des Premières nations et des Inuits. L'analyse des prestations offertes dans l'ensemble des provinces et des territoires a permis de déterminer que les prestations additionnelles offertes aux bénéficiaires du PSSNA répondent à des besoins qui sont propres aux Premières nations et aux Inuits, par exemple, le transport à des fins médicales pour les clients qui vivent dans des régions isolées ou éloignées. L'analyse a également démontré que le Programme des SSNA tient compte des obstacles que les bénéficiaires doivent surmonter en ce qui a trait à l'accès aux soins de santé, des obstacles auxquels les populations des autres régimes ne sont pas confrontées.

L'évaluation a également conclu que le PSSNA est conforme aux priorités du gouvernement fédéral et aux objectifs ministériels stratégiques et est harmonisé avec les rôles et les mandats du gouvernement fédéral. L'évaluation a démontré qu'il n'y a pas de dédoublement d'efforts ou de chevauchement entre le PSSNA et les autres régimes de prestations médicales en ce qui a trait à la protection offerte aux bénéficiaires. Cela englobe les efforts additionnels déployés par le Programme pour s'établir comme dernier agent payeur dans la mesure du possible et pour s'assurer que les demandes admissibles aux termes des régimes provinciaux et territoriaux ne sont pas présentées par le biais du PSSNA.

En ce qui concerne l'accès pour la population admissible, le PSSNA met sur pied des activités afin de promouvoir la sensibilisation et de faciliter l'accès aux prestations du PSSNA. La participation au Programme dans le cadre de la participation admissible est un bon indicateur de la sensibilisation à l'égard des prestations du PSSNA et de l'accès à ces prestations; le pourcentage de la population admissible qui a eu accès à au moins une des prestations du PSSNA a été d'environ 72 % chaque année au cours des dix dernières années. L'accès aux services de transport à des fins médicales par les membres des Premières nations et les Inuits vivant dans des régions éloignées et isolées est un indicateur positif de l'accessibilité, puisque ces groupes ont un plus grand besoin de transport à des fins médicales. En 2007-2008, 42 % de l'ensemble des dépenses de fonctionnement liées au transport médical ont été affectées afin d'offrir l'accès aux services de santé pour les clients vivant dans des communautés éloignées et isolées (15 % de la population admissible), soit des communautés où peu ou pas de services de santé seraient offerts autrement. L'évaluation a également permis de constater que les taux d'utilisation des services d'intervention d'urgence en santé mentale et les dépenses connexes ont diminué de façon constante depuis 2005-2006. L'un des principaux facteurs qui contribuent à cette diminution a été l'utilisation accrue des services d'intervention d'urgence en santé mentale par le biais du Programme de soutien en santé mentale des pensionnats indiens, qui est offert dans les communautés et géré par une autre direction au sein de la DGSPNI.

L'évaluation a permis de constater des taux élevés de conformité aux exigences du PSSNA par les bénéficiaires et les fournisseurs de soins de santé. Le PSSNA procède à des vérifications continues de la conformité et à des vérifications de recouvrement à l'égard des demandes qui ne satisfont pas aux exigences en matière de facturation. En ce qui concerne les activités financées par le biais d'accords de contribution, la DGSPNI et le PSSNA demandent aux organisations des Premières nations et des Inuits de faire appel à des vérificateurs externes indépendants. Les recouvrements représentent moins de 0,4 % des prestations du PSSNA dans chaque secteur de dépenses; toutefois, ces mesures ont un effet dissuasif non mesurable sur les irrégularités dans la facturation. Des mécanismes comme le Comité consultatif d'évaluation de l'utilisation des

médicaments (CCEUM) ont été mis en place afin de cerner les éventuels problèmes de conformité en ce qui a trait à l'utilisation des médicaments et à la sécurité et de formuler des recommandations concernant les modifications à apporter à la politique du Programme ou de présenter des communications.

L'évaluation a révélé qu'il n'est pas possible d'évaluer le PSSNA sur le plan de la « durabilité ». Dans le contexte du Programme des SSNA, la durabilité est souvent interprétée comme la capacité du Programme de fonctionner à l'intérieur de ses niveaux de référence et de contenir sa croissance par rapport aux autres régimes de prestations. Comme l'indique la présente évaluation, le fait que le PSSNA a demandé et obtenu chaque année du financement additionnel au-delà de ses niveaux de référence (croissance d'environ 2,2 %) afin de financer la croissance du Programme (croissance d'environ 6 %) démontre que le PSSNA n'est pas durable compte tenu de la croissance actuelle de son enveloppe budgétaire. L'évaluation a également conclu que ce financement additionnel utilisé pour déterminer la durabilité n'est pas une mesure valable de la gestion du Programme.

Comme pour la plupart des interventions portant sur la santé, il n'a pas été possible d'évaluer si le Programme a directement contribué à améliorer l'état de santé des PN/I. Toutefois, compte tenu du fait que chaque demande de prestations se fonde sur un besoin médical, on peut raisonnablement attribuer au PSSNA une certaine contribution à l'amélioration de l'état de santé des PN/I. Par exemple, l'analyse par cas du traitement du diabète au fil du temps indique que ces traitements ont permis d'améliorer la qualité de vie des PN/I aux prises avec le diabète en réduisant les complications comme la cécité, les accidents vasculaires cérébraux et les amputations.

L'évaluation a permis de recueillir de solides éléments de preuve pour évaluer l'efficacité et l'économie du Programme. La récente analyse des coûts administratifs dans le PSSNA a démontré que le PSSNA est comparable aux régimes d'assurance maladie privés. Elle a démontré que le Programme a des coûts administratifs plus élevés que les régimes privés. Ces coûts plus élevés peuvent s'expliquer par les règles qu'applique le PSSNA pour évaluer chaque demande d'après la nécessité sur le plan médical, ce que les autres plans n'englobent pas. Le PSSNA affecte 5 % des prestations versées au règlement des demandes, par rapport à 3,8 % pour les régimes de prestations privés. En revanche, pour ce qui est de la gestion globale des politiques, les coûts administratifs du Programme des SSNA sont de 0,3 % des dépenses/prestations versées moins élevés que ceux des régimes privés.

Recommandations

Dans le cadre de l'évaluation, on recommande que le PSSNA :

1. Redéfinisse le concept de durabilité du programme des services de santé non assurés (PSSNA) afin de mettre l'accent sur deux points essentiels liés à la gestion du programme :
 - La capacité du PSSNA d'établir ses propres prévisions des dépenses et de respecter les crédits alloués par le Parlement;

- Le succès du PSSNA à gérer la croissance de ses services et de ses dépenses administratives par rapport à d'autres prestataires de services analogues.
2. Améliore la qualité des données administratives dans les secteurs de prestations non liés au Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement (SISTDP), c.-à-d. transport à des fins médicales, soins de la vue, santé mentale, afin de soutenir la gestion du programme et les décisions stratégiques concernant l'utilisation optimale des ressources.
 3. Réexamine les processus administratifs liés aux prestations avant l'autorisation et la prédétermination afin d'évaluer la possibilité d'améliorer l'efficacité au moyen d'une rationalisation ou d'une meilleure automatisation et de s'assurer que les coûts sont conformes à ceux d'autres prestataires de services analogues
 4. Explore la possibilité d'établir d'autres liens/synergies avec d'autres programmes de la DGSPNI, par exemple la façon dont l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE) appuie la présentation des demandes de prestations dentaires au titre du PSSNA.
 5. Élargie les activités de vérification afin d'englober les catégories de services non visées par les vérifications actuelles.

1. INTRODUCTION

Le Programme des services de santé non assurés (PSSNA) de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) offre une gamme définie de produits et services médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts par le biais des régimes d'assurance privés, des programmes de santé et de services sociaux provinciaux et territoriaux ou d'autres programmes publics aux membres inscrits des Premières nations et aux Inuits reconnus, sans égard au revenu ou au lieu de résidence au Canada.

Le PSSNA offre notamment des médicaments sur ordonnance et certains médicaments en vente libre, des fournitures et équipements médicaux, le transport à des fins médicales nécessaires, des soins dentaires, des soins de la vue et des services d'intervention d'urgence en santé mentale.

1.1 Renseignements généraux et contexte

Santé Canada gère le Programme des SSNA depuis plusieurs décennies. Le Programme a été mis sur pied à partir de ce qui était initialement des arrangements informels et ponctuels par le biais desquels le gouvernement du Canada offrait des services de santé aux Premières nations et aux Inuits. En 1904, le ministère des Affaires indiennes a nommé un surintendant médical général pour lancer des programmes médicaux et mettre sur pied des établissements de santé pour les Premières nations et les Inuits. À partir des années 1920, le ministère des Affaires indiennes a mis sur pied des programmes plus officiels et a offert des services de santé jusqu'à ce que la responsabilité soit transférée au nouveau ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en 1945. La Direction générale des services médicaux a été créée en 1962 en regroupant la Direction des services de santé des Indiens et des populations du Nord avec d'autres services fédéraux indépendants. En 2000, la Direction générale des services médicaux de Santé Canada a été renommée la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), dont relève actuellement le Programme des SSNA.

La raison d'être du PSSNA et de ses programmes prédécesseurs se fonde depuis toujours sur un contexte stratégique en matière de santé avec pour objectif l'égalité dans l'état de santé des PN/I et celui des autres Canadiens. De plus, les principaux critères de programme liés à la nécessité médicale représentent une norme qui permet de s'assurer que chaque demande est une intervention qui contribue à améliorer la santé du bénéficiaire et qu'elle contribue par le fait même à améliorer l'état de santé des PN/I. La conception, les politiques et les responsabilités du Programme se fondent sur l'amélioration de la santé des clients en offrant l'accès à des services de santé efficaces et basés sur des faits démontrés.

1.2 Description du Programme

Les provinces et les territoires ont la responsabilité de fournir les services de santé conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Les services de santé englobent les services hospitaliers assurés et les soins de santé primaires, comme les services des médecins et des autres professionnels de la santé. Comme les autres résidents des provinces et des territoires, les PN/I ont accès à ces services assurés par le biais des gouvernements provinciaux et territoriaux. Toutefois, un certain nombre de produits et services liés à la santé ne sont pas couverts par les provinces et les territoires ou par les régimes d'assurance privés.

L'accès aux produits et aux services médicalement nécessaires par le biais du PSSNA est une approche qui se fonde sur la politique en matière de santé, avec pour but d'améliorer les résultats liés à la santé pour les PN/I. Afin que l'état de santé global des membres des Premières nations et des Inuits soit comparable à celui des autres Canadiens, le Programme des SSNA de Santé Canada offre un éventail restreint de produits et services additionnels en matière de santé (voir section 1.4 ci-dessous). Le Programme agit en tant que dernier agent payeur pour ces prestations lorsque les clients admissibles ne sont pas assurés par d'autres régimes.

Comme pour les autres régimes publics et privés de prestations médicales, le PSSNA n'offre pas de services directs aux clients, mais compte sur les médecins ou les autres prescripteurs autorisés, les pharmaciens et les autres fournisseurs pour offrir les services aux clients. Le PSSNA, avec l'aide d'un tiers agent de traitement des demandes et d'autres mécanismes, rembourse aux fournisseurs le coût des services admissibles. Les services admissibles sont couverts en totalité pour les clients, et aucune quote-part, prime ou franchise n'est demandée aux clients pour l'accès aux services.

Le PSSNA est dans une position unique à titre de programme, d'architecture des activités de programmes (AAP) et de regroupement de services. Le groupe des « prestations supplémentaires en santé » a été mis sur pied en 2005-2006, au moment où la Direction générale (DGSPNI) a renouvelé ses pouvoirs auprès du Conseil du Trésor. Les implications en matière d'évaluation comprennent le besoin d'adopter une approche axée du groupe pour la conception et le point central de l'évaluation, y compris le besoin d'évaluer les répercussions globales du groupe de programmes plutôt que les répercussions des composantes individuelles, et de mettre les constatations et les recommandations en contexte à l'échelle des objectifs et des activités du groupe de programmes.

1.3 Mandats et principes du Programme

Le mandat du Programme des SSNA est d'offrir des services de santé non assurés aux membres inscrits des Premières nations et aux Inuits reconnus d'une manière qui :

- soit adaptée à leurs besoins uniques en matière de santé;
- contribue à ce que l'état de santé global des PN/I soit comparable à celui de la population canadienne en général;

- soit durable du point de vue financier et sur le plan de la gestion des prestations;
- facilite le contrôle par les PN/I au moment et au rythme de leur choix.

Le Programme des SSNA est géré selon un certain nombre de principes fondamentaux :

- Tous les membres inscrits des Premières nations et les Inuits reconnus qui résident normalement au Canada et qui ne sont pas couverts en vertu d'un accord distinct avec les gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux ont droit aux services de santé non assurés, quel que soit leur lieu de résidence ou leur revenu;
- Les services sont fournis selon le jugement d'un professionnel, d'un médecin ou d'un dentiste, conformément aux pratiques exemplaires en ce qui a trait à la prestation des services de santé et aux normes de soins fondées sur des résultats probants; (cette directive sur la nécessité médicale remonte à la Politique de 1979 sur la santé des Indiens, l'un des piliers sur lequel le gouvernement fédéral fonde la prestation de ses services aux PN/I, qui stipule que les « services non assurés » doivent être offerts aux PN/I selon « le jugement d'un professionnel, d'un médecin ou d'un dentiste »)
- Les services obligatoires doivent être uniformes, d'accès équitable et transférables à l'échelle nationale;
- Le programme doit être géré de façon durable et efficiente;
- Les processus de gestion doivent être caractérisés par la transparence et par des structures d'examen conjoint lorsque les organisations des Premières nations et des Inuits en conviennent;
- Dans les cas où un client admissible aux SSNA est couvert par un autre régime ou programme de soins de santé public ou privé, les demandes de remboursement doivent tout d'abord être soumises à cet autre régime ou programme de soins de santé. Le programme des SSNA veillera ensuite à coordonner le paiement des prestations admissibles avec cet autre régime.

1.4 Catégories de services du PSSNA

Le Programme des SSNA couvre les services de santé supplémentaires dans les catégories de services suivantes :

Services pharmaceutiques

Le PSSNA couvre les médicaments sur ordonnance inscrits sur la liste des prestations pharmaceutiques des SSNA et les médicaments en vente libre approuvés ainsi que certaines fournitures et certains équipements médicaux comme les articles d'audiologie, les fauteuils roulants et les prothèses. L'objectif est de permettre aux clients admissibles d'avoir accès à des services pharmaceutiques d'une manière juste, équitable et rentable. Les services servent notamment :

- à favoriser l'amélioration de l'état de santé général des clients des Premières nations et des Inuits, en reconnaissant leurs besoins particuliers en matière de santé et le contexte de la prestation des services de santé;
- à payer les médicaments et les services pharmaceutiques en se fondant sur le jugement d'un professionnel, conformément aux pratiques exemplaires courantes en ce qui a trait aux services de santé et aux normes fondées sur l'expérience clinique en matière de soins.

Le Cadre de travail sur les services pharmaceutiques et les fournitures et équipements médicaux du PSSNA renferme des précisions sur la protection et les restrictions pour cette catégorie de services.

Transport à des fins médicales

Les services de transport à des fins médicales du PSSNA permettent aux bénéficiaires accessibles d'avoir accès aux services de santé qui sont nécessaires sur le plan médical, mais qui ne sont pas fournis dans la réserve ou la communauté où ils habitent. Les prestations couvrent les coûts liés au transport à des fins médicales pour les clients admissibles et les accompagnateurs, au besoin, y compris :

- Les déplacements par voie terrestre (véhicule privé, taxi commercial, véhicule et chauffeur contractuel, véhicule de la bande, autobus, train, motoneige-taxi, ambulance);
- Les déplacements par voie aérienne (vol régulier, vol nolisé, hélicoptère, ambulance aérienne et Medevac);
- Les déplacements par voie navigable (embarcation motorisée, bateau-taxi et traversier);
- Les frais de subsistance (hébergement et repas);
- Les frais de déplacement des professionnels de la santé qui offrent des services dans les communautés isolées.

Le Cadre de travail sur le transport à des fins médicales renferme des précisions sur la protection et les restrictions pour cette catégorie de services.

Soins dentaires

Le PSSNA défraie une vaste gamme de soins dentaires, dont les services diagnostiques, les soins dentaires d'urgence, la prévention, la restauration, l'endodontie, la parodontie, les prothèses dentaires, la chirurgie buccale, l'orthodontie et des services complémentaires. La couverture des soins dentaires est déterminée au cas par cas et tient compte de l'état de santé bucco-dentaire actuel du bénéficiaire, des antécédents de ce dernier, de la recherche scientifique à ce jour et de la disponibilité des solutions de rechange au traitement.

Certains soins dentaires couverts par le PSSNA doivent faire l'objet d'une prédétermination avant le début du traitement, tandis que d'autres sont assujettis à des restrictions en ce qui a trait à la fréquence des traitements. La prédétermination est un examen visant à déterminer si les soins dentaires envisagés peuvent être remboursés en vertu des critères, des lignes directrices et des politiques du Programme. Au cours du processus de prédétermination, le Programme des SSNA évalue les demandes de soins dentaires en fonction du Cadre de travail sur les soins dentaires du Programme des SSNA, qui définit précisément les types de services offerts aux clients.

Soins de la vue

Les soins de la vue sont financés conformément aux politiques énoncées dans le Cadre de travail sur les soins de la vue du Programme des SSNA. Le Programme couvre les examens de la vue qui ne sont pas assurés par le régime provincial/territorial, les lunettes prescrites par un fournisseur de soins de la vue, la réparation de lunettes, les prothèses oculaires (œil artificiel) et les autres soins de la vue, selon les besoins médicaux particuliers du bénéficiaire.

Services d'intervention d'urgence en santé mentale

Les prestations du PSSNA englobent les services d'intervention d'urgence en santé mentale offerts par des professionnels de la santé mentale en situation d'urgence, à court terme et, au besoin, jusqu'à ce que des ententes soient prises pour assurer la transition des clients vers un autre service.

Primes

Le Programme des SSNA défraie également les primes des régimes d'assurance-santé provinciaux pour les clients admissibles de la Colombie-Britannique. Le Programme a remboursé ces primes en Alberta jusqu'au 1^{er} janvier 2009, date à laquelle le gouvernement provincial a éliminé ces primes pour l'ensemble des résidents.

1.5 Population admissible

Tous les membres inscrits des Premières nations et les Inuits reconnus qui résident normalement au Canada et qui ne sont pas couverts en vertu d'un accord distinct avec les gouvernements fédéral ou provinciaux ou en vertu d'une entente d'autonomie gouvernementale ont droit aux services de santé non assurés, quel que soit leur lieu de résidence ou leur revenu.

La population admissible au programme des SSNA a connu une croissance constante de 2,0 % en moyenne au cours des dix dernières années. Au 31 mars 2009, 815 800 clients des Premières nations et Inuits étaient admissibles au bénéfice des prestations offertes dans le cadre du Programme. La population totale admissible au PSSNA chez les Premières nations et les Inuits est passée de 656 377 personnes le 31 1998 à 799 213 personnes le 31 mars 2008. Les niveaux et les tendances liés à la population des clients admissibles au PSSNA dans l'ensemble des provinces et des territoires pour les années examinées varient considérablement (voir Tableau 1). L'Ontario affiche la population la plus élevée de clients admissibles depuis la création du programme, tandis que le Yukon a toujours affiché la population la plus faible.

Tableau 1
Clients admissibles, selon la catégorie et la région – Mars 1998, mars 2003 et mars 2008

	1998			2003			2008		
	PN	I	Total	PN	I	Total	PN	I	Total
Atlantique	26501	5315	32514	29821	5568	35389	32964	397	33361
Québec	48433	501	48905	52486	628	53114	56372	856	57228
Ontario	143207	415	143603	160043	453	160496	172510	504	173014
Manitoba	98695	35	98725	113107	73	113180	127876	134	128010
Saskatchewan	98463	18	98481	112300	25	112325	126418	41	126459
Alberta	78665	236	78901	90074	282	90356	100848	393	101241
Colombie-Britannique	105301	174	105475	114997	207	115204	118954	212	119166
Yukon	7000	63	7063	7507	64	7571	7844	79	7923
T.-N.-O. / Nunavut	14413	28297	42710	15684	32110	47708	16823	35988	52811
Total	620678	35699	656377	695983	39360	735343	760609	38604	799213

Le taux annuel de croissance de la population admissible au PSSNA a dépassé le taux annuel de croissance de la population canadienne en général depuis 1991, soit depuis que des données normalisées sont recueillies (voir Tableau 2). Le taux de croissance annuel de la population canadienne était de 1,3 % au 31 mars 1991, tandis que le taux de croissance annuel de la population admissible était de 2,9 % à la même période. L'écart le plus important entre les taux de croissance a été constaté le 31 mars 2000; à cette date-là, le taux de croissance annuel de la population admissible au PSSNA était de 2,7 %, soit un taux trois fois supérieur au taux de croissance de la population canadienne en général (0,9 %).

Tableau 2
Croissance démographique annuelle, population canadienne et population des clients admissibles

Année	Taux de croissance démographique	
	Canada	Clients admissibles au PSSNA
1991	1,3	2,9
1992	1,4	2,6
1993	1,5	3,4
1994	1,2	2,8
1995	1,2	3,4
1996	1,1	2,9
1997	1,1	3
1998	0,9	2,5
1999	0,9	2,4
2000	0,9	2,7
2001	1	2,3
2002	1,1	2,1
2003	0,9	2
2004	1	2
2005	0,9	2
2006	1	2
2007	1,1	2,3
2008	1,1	0,8

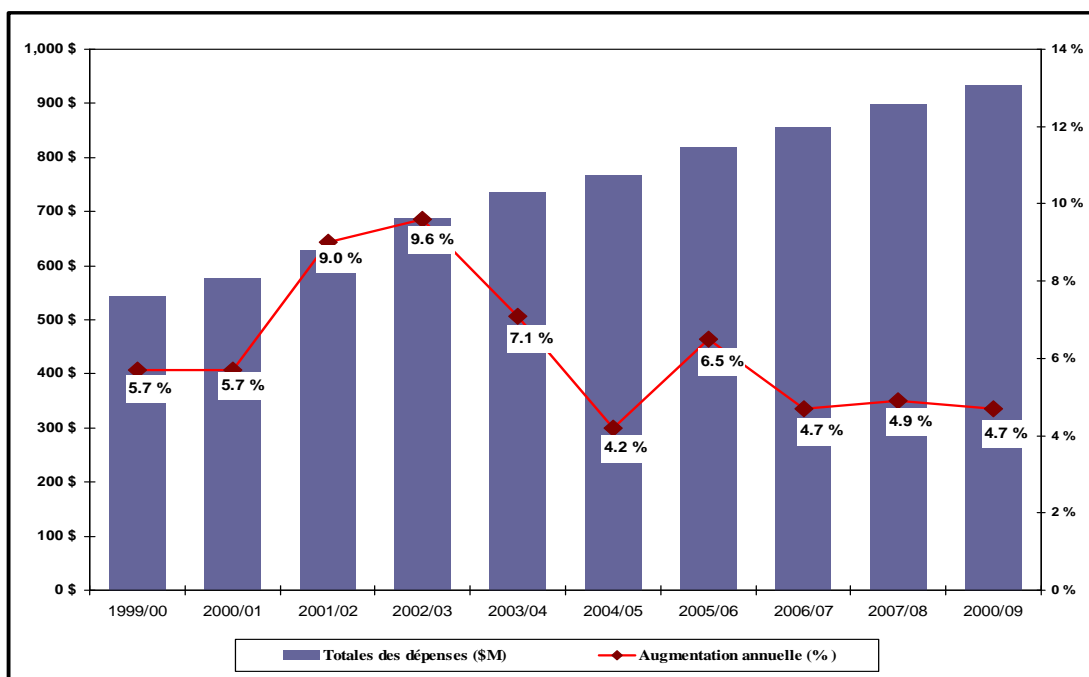
* La réduction de la population cliente des SSNA en 2008 s'explique avant tout par le retrait des membres de l'Association des Inuits du Labrador (AIL) dans la région de l'Atlantique, à qui les services de santé non assurés sont maintenant offerts par le gouvernement du Nunatsiavut.

1.6 Aperçu des dépenses

Les dépenses du Programme des SSNA par catégorie de services sont également disponibles par le biais de rapports annuels. Actuellement, les trois catégories de services els plus importantes sont : les services pharmaceutiques, le transport à des fins médicales et les soins dentaires, et représentent plus de 90 % des dépenses du Programme. Les dépenses du Programme ont augmenté de façon constante au cours des dernières années, passant de 507,7 M\$ en 1997-1998 à 688,1 M\$ en 2002-2003 et à 940,2 M\$ en 2008-2009. On a constaté des augmentations annuelles de l'ordre de 4,2 % à 9,6 % au cours des dix dernières années (voir Figure 1).

Le taux de croissance de la population des clients admissibles est l'un des facteurs qui ont contribué à l'augmentation annuelle des dépenses totales du Programme (voir Tableau 2 ci-dessus). Les changements stratégiques apportés afin d'améliorer l'accès au Programme, comme les efforts de sensibilisation auprès des clients admissibles, sont un autre facteur qui a eu une incidence sur les dépenses du Programme. Les autres facteurs qui ont eu une incidence à cet égard sont l'élargissement de la portée et l'augmentation des coûts des produits et des services de santé, l'augmentation de la demande globale à l'égard des produits et des services de santé et les changements apportés aux systèmes de santé provinciaux et territoriaux, des changements qui ont amélioré la disponibilité des services mais qui ont aussi entraîné une augmentation des coûts associés à ces services.

Figure 1
Dépenses et taux de croissance, 1999-2000 à 2008-2009



1.7 Administration

Les différentes catégories de services du PSSNA sont gérées par l'entremise de l'Administration centrale (AC) à Ottawa et des bureaux régionaux de partout au pays. L'AC du PSSNA est responsable de l'élaboration des politiques nationales, ce qui englobe la définition des prestations admissibles et des procédures opérationnelles pour l'ensemble des catégories de services en collaboration avec les régions. L'AC procède également à une analyse continue des dépenses afin de s'assurer que le PSSNA ne dépasse pas ses affectations parlementaires.

L'AC du PSSNA appuie le Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement (SISTDP) et est responsable de l'élaboration et du maintien du Système de consignation des transports pour raison médicale (SCTRM), un mécanisme administratif clé pour les services de transport pour raison médicale. Finalement, l'AC assure le règlement des demandes de médicaments avec restrictions et toutes les demandes de soins orthodontiques par le biais d'un Centre national des exceptions pour médicaments (CNEM) et du Centre de révision en orthodontie (CRO). Les vérifications des fournisseurs et les négociations de tarifs sont menées conjointement par l'AC et les régions, et des négociations peuvent être menées conjointement avec d'autres ministères fédéraux.

Les bureaux régionaux ont la responsabilité d'opérationnaliser et de gérer le paiement des demandes visant des services de transport à des fins médicales, des soins de la vue, des services d'intervention d'urgence en santé mentale et le remboursement des primes. À cet effet, les bureaux régionaux comptent sur des équipes spécialisées et ont élaboré et mis en œuvre des systèmes particuliers pour le règlement des demandes visant des services de transport à des fins médicales et des soins de la vue. Certaines régions ont également mis sur pied des centres d'appels et des services centralisés pour gérer les services de soins de la vue et les services de transport à des fins médicales. Les bureaux régionaux du PSSNA comptent sur des équipes qui offrent des services de prédétermination des soins dentaires lorsque le Programme prévoit des restrictions à l'égard de certaines procédures. Finalement, les régions collaborent avec les responsables des PN/I et les gouvernements territoriaux qui offrent les services au nom du PSSNA par le biais d'accords de contribution. Comme l'indiquent les données détaillées ci-dessous, l'AC du PSSNA et les bureaux régionaux ont la responsabilité de collaborer avec les organisations des PN/I et les associations de professionnels.

Voici les niveaux de financement qui ont été affectés à l'administration dans chaque région et à l'AC du PSSNA en 2008-2009 :

Tableau 3
Niveaux de financement affectés aux salaires et aux dépenses de fonctionnement pour chaque région et pour l'AC en 2008-2009 (en milliers de dollars)

	Atlantique	Québec	Ontario	Man.	Sask.	Alberta	C.-B.	Région du Nord	AC	TOTAL
Salaires	1 320 \$	1 664 \$	3 376 \$	2 251 \$	1 806 \$	2 661 \$	1 498 \$	1 309 \$	8 717 \$	24 602 \$
Capital	0	0	0	0	0	350 \$	0	0	0	350 \$
RASE	264 \$	333 \$	675 \$	450 \$	361 \$	532 \$	300 \$	262 \$	1 743 \$	4 920 \$
Fonctionnement	141 \$	137 \$	704 \$	347 \$	235 \$	516 \$	205 \$	245 \$	3 468 \$	5 998 \$
Sous-total	1 725 \$	\$2,134	4 756 \$	3 048 \$	2 402 \$	4 059 \$	2 002 \$	1 816 \$	13 929 \$	35 871 \$
Coûts liés au traitement des demandes										26 213 \$
Coûts totaux liés à l'administration										62 084 \$

** Un paiement unique de 2,9 millions de dollars est compris dans les coûts liés au traitement des demandes.

Ce paiement est associé à des activités du Programme qui visaient à lancer un appel d'offres et à élaborer un système pour appuyer le traitement électronique des demandes de prestations visant les services pharmaceutiques, les soins dentaires et les fournitures et équipements médicaux. Les coûts réels associés au traitement des demandes en 2008-2009 étaient donc d'environ 23,3 millions de dollars.

Il convient de souligner que le PSSNA a commencé cette année à communiquer les données statistiques désagrégées sur les coûts administratifs des régions et de l'AC. Cette communication de données plus détaillées est le résultat d'un exercice réalisé en 2008 pour assurer l'uniformité du codage financier dans l'AC et l'ensemble des bureaux régionaux. Il n'est pas possible de reproduire ces données de manière rétroactive. Par conséquent, ces données seront utilisées comme base de référence dans l'examen des coûts administratifs du Programme au cours des prochaines années.

1.8 Prestation du Programme

La prestation du Programme des SSNA est complexe et englobe des ententes de services avec des fournisseurs de soins de santé, les gouvernements territoriaux, le secteur privé et les Premières nations et les Inuits. La majeure partie (60 %) des SSNA sont fournis par le biais d'ententes de services avec des fournisseurs inscrits comme des pharmaciens et des dentistes. Dans ces cas, les clients ne se voient pas facturer les services, puisque les fournisseurs acheminent directement les factures au PSSNA pour le paiement des services pharmaceutiques, des fournitures et équipements médicaux et des services de soins dentaires par le biais du Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement (SISTDP). Le SISTDP englobe un vaste éventail de services de traitement et de paiement des demandes, les vérifications des fournisseurs, les services d'inscription et de communication ainsi que les services de vérification de recouvrement pour le compte du gouvernement fédéral. Au cours des 17 dernières années, le PSSNA a donné en sous-traitance la prestation des services du SISTDP au secteur privé afin de tirer profit des économies découlant de la capacité du secteur privé et de l'innovation en matière de traitement des demandes.

Le reste des SSNA sont fournis par le biais des bureaux régionaux de Santé Canada et d'accords de contribution conclus soit avec les organisations des PN/I afin que ces dernières gèrent directement le PSSNA à l'échelle communautaire (auquel cas les fournisseurs facturent les services à la communauté), soit directement avec les gouvernements des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut pour la prestation des soins de la vue et des services de transport à des fins médicales.

Les services du PSSNA sont fournis par le biais d'un modèle centralisé, d'un modèle partagé ou d'un modèle décentralisé.

Tableau 4
Modèles de prestation par catégorie de services du PSSNA et dépenses

Modèle de prestation	Catégorie de services	Dépenses (2008-2009)
Centralisé	Services pharmaceutiques et services d'orthodontie	393,7 M\$ dans les services pharmaceutiques 6,1 M\$ dans les services d'orthodontie 42,8 % des dépenses
Partagé	Soins dentaires et fournitures et équipements médicaux	24,8 M\$ dans les fournitures et équipements médicaux 170,3 M\$ dans les soins dentaires 20,1 % des dépenses
Décentralisé	Transport à des fins médicales, soins de la vue et services d'intervention en santé mentale	275 M\$ dans les services de transport à des fins médicales 26,5 M\$ dans les soins de la vue 11,4 M\$ dans les services d'intervention en santé mentale 33,4 % des dépenses

En raison de la vaste expérience du Ministère dans la prestation de ce Programme, l'administration et la prestation de certains services sont centralisées, tandis que d'autres services sont partagés et d'autres demeurent décentralisés. Par exemple, les services pharmaceutiques sont un secteur dynamique, puisque des dizaines de nouvelles thérapies pénètrent le marché chaque année. La centralisation permet la facilité d'adaptation et de souplesse et a aidé le Programme à réaliser des économies d'échelle – le PSSNA traite des millions de demandes de services pharmaceutiques par voie électronique, et le fait que la détermination et le règlement des demandes soient centralisés permet d'assurer l'application efficiente et uniforme des politiques. Les services d'orthodontie sont également centralisés parce qu'il s'agit dans ce cas-ci d'un secteur spécialisé où les cas doivent être examinés par un expert pour déterminer les services couverts.

Les soins dentaires et les fournitures et équipements médicaux sont des responsabilités partagées avec les bureaux régionaux. Bien que la plupart des demandes dans cette catégorie de services soient traitées par le biais du SISTDP sans restriction, certaines demandes doivent être prédéterminées ou approuvées au préalable dans les bureaux régionaux. Dans certains cas, les régions peuvent faire appel à un centre de révision à gestion centralisée. Dans le cas des soins dentaires, une responsabilité partagée avec les régions a aidé le Programme à maintenir ses relations avec les fournisseurs de soins dentaires et de s'assurer ainsi que ces fournisseurs soient inscrits au PSSNA et qu'ils offrent des services à ses clients. Ces relations locales sont aussi primordiales à l'adaptation du modèle de prestation aux contextes régionaux et aux efforts croissants déployés par le PSSNA pour promouvoir la prestation efficiente des services de cette catégorie en incitant les dentistes liés par contrat à se rendre dans les communautés éloignées/isolées pour offrir des soins dentaires, plutôt que d'exiger des clients qu'ils se rendent

dans les zones urbaines pour recevoir ces services. Finalement, la responsabilité partagée à l'égard des services de soins dentaires a aidé le Programme à réaliser des progrès vers l'atteinte de son objectif visant à faciliter le contrôle du PSSNA par les PN/I, puisque près de 8 % des dépenses liées aux soins dentaires dans le cadre du PSSNA sont effectuées par le biais d'accords de contribution.

Enfin, les trois catégories de services sont décentralisées en ce sens que, même si les politiques des prestations sont déterminées à l'échelle nationale, les décisions concernant les prestations sont la responsabilité exclusive des bureaux régionaux. Dans le cas particulier des services de transport à des fins médicales, la gestion et la prestation des services nécessitent des connaissances approfondies de l'infrastructure provinciale du système de santé et de la disponibilité des professionnels de la santé. Pour cette catégorie de services, il faut également conclure des ententes avec des fournisseurs locaux (comme les entreprises de transport par autobus et de transport aérien, les entreprises de taxis, etc.), connaître les conditions locales (savoir par exemple s'il y a une route d'hiver vers une communauté pour une partie de l'année ou s'il faut s'y rendre par voie maritime ou aérienne) et établir des relations avec les organisations des PN/I. Il est improbable que ces services puissent un jour être centralisés de façon efficiente.

Les soins de la vue et les services d'intervention en santé mentale sont décentralisés depuis de nombreuses années, en raison notamment du fait qu'il faut se fier aux connaissances des bureaux régionaux à l'égard des fournisseurs locaux, de la taille relativement petite de ces catégories de services et du fait que, dans le cas des soins de la vue, le règlement électronique des demandes par l'industrie des fournisseurs de soins de la vue n'est possible que depuis une période relativement récente.

1.9 Programmes similaires

Cinq autres ministères fédéraux (le Service correctionnel du Canada, le ministère de la Défense nationale, Anciens Combattants Canada, Citoyenneté et Immigration Canada et la Gendarmerie royale du Canada) offrent des services complémentaires à d'autres populations définies de clients admissibles. Les activités entre le PSSNA et ces ministères sont coordonnées par le biais du Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS).

À l'exception de la catégorie des services de transport à des fins médicales, toutes les provinces et tous les territoires gèrent certaines prestations de santé similaires à celles du PSSNA. Ces programmes sont généralement destinés aux aînés et aux personnes qui ont besoin d'aide financière. De plus, les prestations pharmaceutiques offertes par les employeurs (comme le Régime de soins de santé de la fonction publique) ainsi que les services achetés par les particuliers sont offerts par différentes entreprises du secteur privé.

Le fondement des politiques en matière de santé du PSSNA constitue la principale différence entre ces régimes et ceux qui sont offerts par le biais du PSSNA. Les autres régimes provinciaux, territoriaux et fédéraux sont souvent obligatoires, tandis que le PSSNA se fonde sur la pratique et l'engagement de longue date du gouvernement fédéral (par le biais de la Politique de 1979 sur la

santé des Indiens) d'aider les PN/I à améliorer leur état de santé par rapport à celui des autres Canadiens, et sur des politiques adoptées de longue date pour améliorer l'accès aux services médicaux comme moyen d'atteindre cet objectif. À ce titre, l'exigence du PSSNA selon laquelle les services couverts doivent se fonder sur la nécessité médicale doit tenir compte du besoin de gérer les dépenses de manière durable, ce qui est un aspect central du mandat du PSSNA depuis 1997. De plus, contrairement aux régimes de prestations privés, le PSSNA n'englobe pas un élément de partage des risques par des contributions des clients pour les adhérents.

Bien que la présente évaluation constitue la première évaluation officielle réalisée dans le cadre d'un engagement du Conseil du Trésor pour le PSSNA, le Programme a fait l'objet de plusieurs vérifications effectuées par le Bureau du vérificateur général du Canada (BVG) :

- Vérification de 1993 pour déterminer si le PSSNA a été géré d'une manière efficace conformément à ses pouvoirs et s'assurer que l'efficacité du Programme a été mesurée et communiquée;
- Vérification de 1997 pour évaluer la gestion des programmes de santé des Premières nations par Santé Canada et déterminer si un cadre de responsabilisation était en place pour le transfert des services de santé vers les communautés;
- Vérification de 2000 pour déterminer les progrès réalisés par Santé Canada à l'égard des observations et des recommandations formulées dans la vérification de 1997;
- Vérification de 2004 des programmes fédéraux de médicaments et des régimes fédéraux d'assurance-médicaments;
- Vérification d'octobre et de novembre 2006 pour évaluer les progrès réalisés par Santé Canada dans la mise en œuvre des recommandations formulées dans les rapports antérieurs sur les programmes des Premières nations et identifier les facteurs qui ont permis ou empêché les organisations fédérales de mettre en œuvre les recommandations du BVG.

La vérification de l'optimisation des ressources réalisée en 2004 à l'égard des cinq régimes de prestations pharmaceutiques englobait le PSSNA. La vérification a donné lieu à un certain nombre de recommandations pour lesquelles des mesures ont été prises, y compris des mesures visant à accroître la sécurité des clients. La vérification recommandait également à ces cinq régimes de renforcer les objectifs de programme et la mesure du rendement par la collaboration entre les régimes, ce qui a été réalisé en grande partie par la participation du PSSNA au PFSS.

2.0 CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Conformément aux exigences du Conseil du Trésor en matière de responsabilité, une stratégie d'évaluation a été élaborée pour le Programme des SSNA; cette stratégie se fondait sur un Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR), ce qui comprend le modèle logique présenté à la Section 3.1. Le CGRR élaboré pour le SSNA a pour but de faciliter au sein du ministère les activités de suivi, de contrôle et de communication de rapports sur les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du CGRR de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits dans le cadre du Programme de soins de santé complémentaires.

La Politique d'évaluation du gouvernement du Canada stipule qu'il faut préciser les enjeux liés à l'évaluation et déterminer les sources de données et les méthodes de collecte et d'analyse. La stratégie adoptée pour la présente évaluation fait appel à plusieurs méthodes de recherche; elle est présentée en détail ci-dessous.

Les constatations de la présente évaluation, en conjonction avec les activités de contrôle et les vérifications continues du Programme, aideront les décideurs et les gestionnaires de programme à prendre des décisions en ce qui concerne la structure et la prestation du PSSNA. De plus, les constatations permettront au PSSNA d'apporter des changements afin d'améliorer la gestion du Programme et de s'assurer qu'il réponde mieux aux besoins des clients et qu'il soit plus pertinent pour les clients. Le présent rapport est notamment destiné aux organismes centraux, aux cadres supérieurs des administrations centrales et des bureaux régionaux et aux intervenants des Premières nations et des Inuits.

2.1 Objectifs et portée de l'évaluation

La présente évaluation est la première évaluation effectuée à l'échelle du PSSNA. Par le passé, plusieurs évaluations ciblées ont été réalisées à l'égard des différentes activités du PSSNA. De plus, de nombreuses études et de nombreux examens ont été réalisés à l'égard des catégories de services et des opérations du PSSNA. Ces évaluations et ces examens ont été utilisés pour élaborer des options stratégiques et des orientations stratégiques futures pour le PSSNA. De plus, les évaluations et les examens ont été utilisés pour apporter aux programmes des changements ciblés visant à faciliter l'accès des clients aux prestations, de promouvoir la sécurité des clients et de réaliser des économies.

La présente évaluation, en revanche, satisfait aux exigences du gouvernement du Canada énoncées dans sa Politique d'évaluation de 2009, c'est-à-dire que les questions et les enjeux particuliers liés à l'évaluation (voir Section 2.2 ci-dessous) ont été identifiés et que les risques auxquels le PSSNA est confronté ont été déterminés. Par conséquent, l'évaluation a une portée nationale et complète et satisfait aux exigences du plan d'évaluation ministériel quinquennal ainsi qu'aux exigences du gouvernement du Canada en ce qui a trait aux questions fondamentales énoncées ci-dessous.

2.2 Questions fondamentales liées à l'évaluation

Voici les questions fondamentales liées à l'évaluation qui sont énoncées dans la Politique d'évaluation de 2009 du gouvernement du Canada :

- Pertinence :** Questions 1 – Besoin continu du programme, de la politique ou de l'initiative : Évaluation de la mesure dans laquelle le Programme des SSNA continue de répondre à un besoin démontrable et est sensible aux besoins des Canadiens.
- Question 2 – Conformité aux priorités du gouvernement : Évaluation des liens entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques du ministère.
- Question 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral : Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral concernant l'exécution du programme.
- Rendement :** Question 4 – Réalisation des résultats escomptés : Évaluation des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats immédiats, intermédiaires et finaux par rapport aux objectifs et à la portée du programme, à la conception du programme, ce qui comprend les liens et la contribution des extrants aux résultats.
- Question 5 – Démonstration d'efficacité et d'économie : Évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés.

2.3 Conception de l'évaluation

La présente évaluation comprend plusieurs éléments de preuve et a été préparée comme un ensemble de composantes intégrées et progressives qui devaient tirer profit les unes des autres et se compléter. L'analyse et les recommandations du rapport sont appuyées par une analyse secondaire des données administratives du PSSNA et de nombreuses études menées par des chercheurs et des examinateurs à l'extérieur de Santé Canada, auxquelles s'ajoutent des entrevues réalisées auprès de représentants des secteurs de programme. Les constatations portent sur les questions fondamentales ci-dessus et ont pour but d'aider la haute direction et les gestionnaires de programme à prendre des décisions en ce qui concerne la structure et la prestation du PSSNA. À ce titre, l'évaluation présente des recommandations sur les changements à apporter aux programmes afin d'en améliorer la qualité et la gestion.

Voici certaines des analyses externes qui appuient la présente évaluation :

Étude comparative du Programme des services non assurés de Santé Canada et des régimes d'assurance-santé publics et privés

Cet examen des catégories de services du PSSNA a été réalisé en 2009 comme principale composante de la présente évaluation. L'étude compare les catégories de services du PSSNA aux autres régimes d'assurance-santé publics et privés. À ce titre, l'étude visait à répondre à quatre questions se rapportant à la présente évaluation et à répondre au besoin d'établir des bases de référence pour mieux évaluer le rendement du Programme :

- Qu'est-ce qui est couvert par chacun des régimes publics et privés choisis?
- Y a-t-il un chevauchement entre les services de santé du PSSNA et les services couverts par les régimes publics?
- Quelles sont les prestations offertes exclusivement par le biais du Programme des SSNA?
- Est-ce que des programmes publics excluent expressément les PN/I?

Initiatives sur la sécurité des bénéficiaires dans la catégorie des services pharmaceutiques

Cette étude externe a été réalisée en 2008 pour offrir au PSSNA des renseignements sur les mesures que les autres prestataires de services publics de prestations pharmaceutiques ont mises en place pour accroître la sécurité des bénéficiaires. L'objectif de l'étude était de situer les activités du PSSNA par rapport à celles des autres prestataires de services et de formuler des recommandations sur les améliorations à apporter en matière de sécurité des bénéficiaires. À titre de principale mesure de rendement et d'extrants du groupe de programmes, cette analyse comparative des initiatives sur la sécurité des bénéficiaires se voulait un élément clé de la conception de l'évaluation.

Étude comparative des coûts d'administration du PSSNA par rapport à ceux des autres prestataires de services

Cette analyse externe a été réalisée en 2009 pour fournir au PSSNA des données comparatives sur ses coûts d'administration par rapport à d'autres prestataires de services analogues. Comme cette partie des dépenses s'inscrit dans la sphère d'influence du Programme des SSNA, il s'agit d'un des principaux indicateurs pour l'analyse de l'efficacité et de l'économie du Programme.

Examen des programmes de prestations couvrant les services de transport à des fins médicales dans les provinces et les territoires

Cette étude externe réalisée en 2008 a présenté une analyse du contexte actuel pour déterminer la portée des services de transport à des fins médicales couverts par les différents programmes provinciaux et territoriaux.

Évaluation des modèles alternatifs de prestation des services pour le Programme des SSNA

En 2005, le PSSNA a embauché un expert-conseil pour évaluer les modèles alternatifs de prestation des services pour les principales catégories de services du PSSNA. L'examen avait pour but de déterminer la façon la plus efficiente d'offrir ces prestations, et contribue aux évaluations du rendement du Programme en ce qui a trait à l'efficacité et à l'économie. Même si elle ne s'inscrivait pas dans le cycle de l'évaluation actuel, et bien qu'elle ne soit pas aussi récente que les quatre autres rapports, cette évaluation a été intégrée comme élément de preuve additionnel.

Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement – Rapport final

Comme l'évaluation portant sur les modèles alternatifs de prestation de services, cette analyse externe réalisée en 2004 ne s'inscrivait pas dans le cycle de l'évaluation actuel, mais a tout de même été intégrée comme élément de preuve additionnel.

3.0 MÉTHODOLOGIE

Plusieurs éléments de preuve ont été recueillis à partir de différentes sources de données et par le biais de différentes méthodes dans chacune des études énumérées ci-dessus. La conception visait à optimiser la validation de ces éléments de preuve tout en maintenant l'orientation stratégique axée sur les risques et les caractéristiques du Programme. Par exemple, chacune des évaluations externes mettait l'accent sur un aspect clé du Programme. Les rapports avaient pour but de présenter les points de référence nécessaires pour évaluer le rendement du Programme en se fondant sur des résultats probants par le biais de comparaisons avec des bases de référence tirées du monde réel.

De plus, afin de présenter des évaluations détaillées dans les secteurs des extraits de programme, deux études de cas (Services pharmaceutiques et prise en charge du diabète, et Accès aux soins dentaires) ont été réalisées et devaient être approuvées et examinées par des experts indépendants. Une analyse interne des services de transport à des fins médicales et l'accès aux services de santé a donné lieu à des données non adéquates et a donc été limitée à une description du Programme qui n'a pas été examinée à l'externe.

Entrevues

En tout, 54 entrevues officielles semi-structurées ont été réalisées dans le cadre de chacune des quatre études principales. Trois entrevues additionnelles auprès de représentants du PSSNA ont aussi été réalisées, pour un total de 57 entrevues. Ces entrevues étaient axées sur l'échelle nationale et visaient à recueillir les points de vue et les opinions de ces représentants pour appuyer l'analyse des questions fondamentales pour le groupe de programmes.

Étude de documents

En plus des documents examinés dans le cadre des analyses externes décrites ci-dessus, des documents de politique et des rapports de mesure du rendement ont été examinés aux fins de l'évaluation, notamment :

- Le Rapport sur la sécurité des bénéficiaires, qui présente un aperçu des mesures prises par le Programme pour améliorer la sécurité des bénéficiaires et contrôler l'utilisation des médicaments sur ordonnance dans le cadre de son programme de prestations pharmaceutiques.
- Les rapports annuels du Programme des services de santé non assurés. Ces rapports présentent des renseignements sur le PSSNA, y compris un éventail de données statistiques communiquées de façon constante sur les bénéficiaires, les prestations et les dépenses.
- Le Livret d'information du Programme des SSNA, qui renferme des précisions particulières sur le Programme, l'accès aux services et les exigences auxquelles les bénéficiaires admissibles doivent satisfaire.
- Les cadres de travail sur les prestations du PSSNA, qui définissent les politiques de remboursement des prestations de santé pour les membres inscrits des Premières nations et les Inuits reconnus (bénéficiaires) qui sont admissibles, soit le Cadre de travail sur les soins dentaires (2005), le Cadre de travail sur le transport à des fins médicales (2005), le Cadre de travail sur les soins de la vue (2005), le Cadre de travail sur les fournitures et les équipements médicaux et la Liste des prestations pharmaceutiques couverts par le Programme des SSNA.
- Le Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats du PSSNA contient un plan pour la mesure et la communication des rapports sur les extrants et les résultats des services offerts.
- Le Rapport de mesure du rendement 2006-2007 du PSSNA décrit les résultats opérationnels clés du PSSNA en rapport avec les extrants attendus et les résultats immédiats et intermédiaires décrits dans le CGRR.
- Les vérifications de conformité du PSSNA présentent des précisions sur les constatations des vérifications et les améliorations proposées. Elles constituent un bon indicateur de la mesure dans laquelle les bénéficiaires et les fournisseurs respectent les exigences du Programme.
- Différents bulletins publiés par le Programme pour annoncer les changements apportés aux politiques des prestations.

Ces sources ont permis de recueillir un ensemble de données descriptives de base aux fins de l'évaluation, ce qui comprend notamment des données secondaires sur les tendances recueillies par le biais des rapports annuels.

Examen des dossiers

Un certain nombre d'examen des dossiers ont permis de recueillir des éléments de preuve clés aux fins de la présente évaluation. Les examens des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux réalisés pour l'analyse des services de transport en 2008 et pour l'analyse comparative des catégories de services du SSNA par rapport aux autres régimes de prestations de santé publics et privés en 2009 ont permis de recueillir des renseignements essentiels pour les comparaisons de référence. L'évaluation de 2008 des initiatives sur la sécurité des patients ainsi que l'évaluation de 2009 des coûts administratifs des régimes comparables englobaient également des examens approfondis des dossiers.

Études de cas

Afin de mieux comprendre la complexité du Programme et d'accroître la portée de l'évaluation pour ainsi aborder les questions les plus pertinentes en ce qui a trait aux activités et aux résultats, des études de cas ont été intégrées à la structure de l'évaluation. Ces études de cas ont été réalisées comme principaux éléments de preuve pour appuyer les principales conclusions et recommandations. Les études sur l'accès aux soins dentaires et la prise en charge du diabète ont été examinées et approuvées par des experts indépendants et indiquent si le Programme répond aux besoins des PN/I dans chacune des catégories de services. L'étude sur les soins dentaires examine la question de savoir si l'accès aux soins dentaires est restreint à l'ensemble des bénéficiaires du PSSNA. L'étude a été examinée par le dentiste en chef et les dentistes en chef adjoints de Santé Canada. Ces deux études de cas ont été intégrées au présent rapport (annexes A et B) :

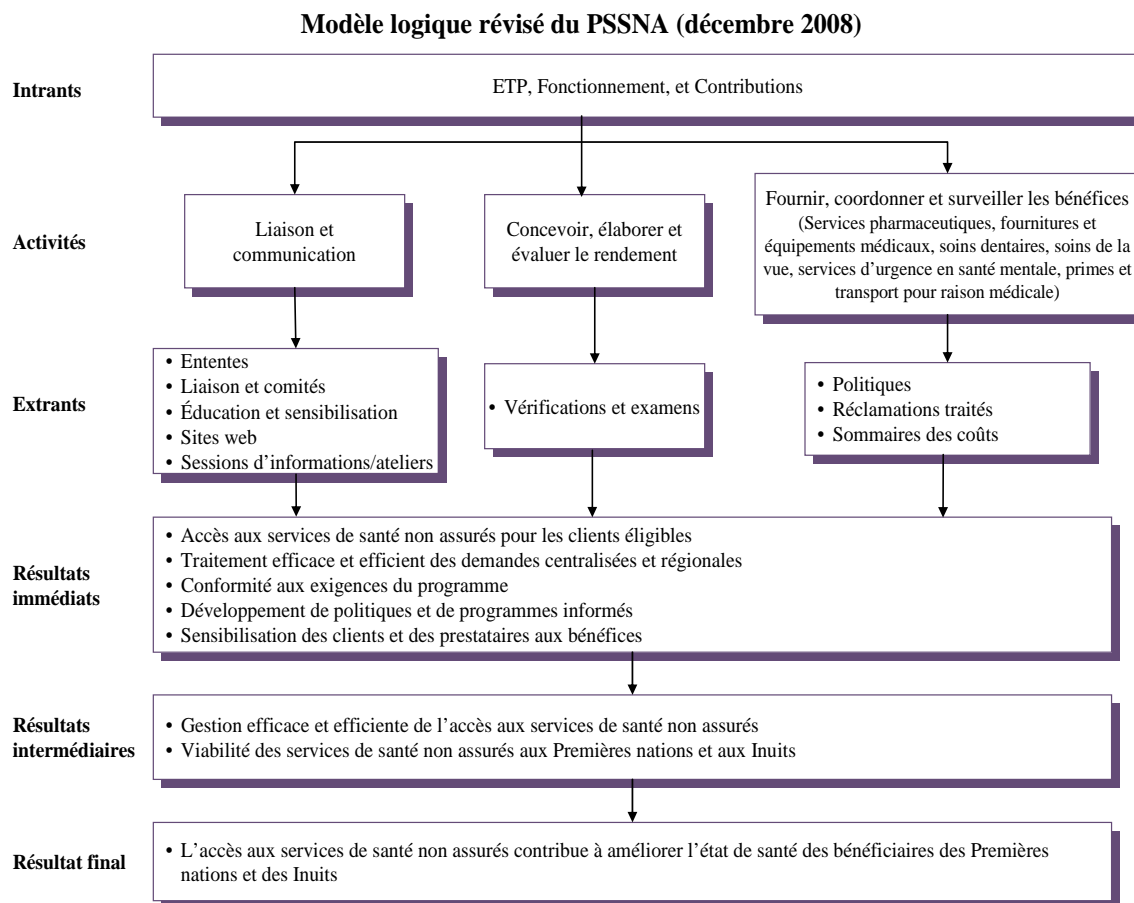
- Annexe A : Les prestations pharmaceutiques et la gestion du diabète
- Annexe B : Accès des membres des Premières Nations et des Inuits aux soins dentaires

L'Annexe C présente un profil des initiatives sur la sécurité des bénéficiaires du PSSNA mettant l'accent sur la promotion de l'utilisation appropriée des médicaments couverts par le Programme.

3.1 Modèle logique du Programme

Le modèle logique du PSSNA, qui est présenté ci-dessous, illustre comment les intrants, les activités et les extrants du PSSNA devraient entraîner les résultats attendus précisés. Le modèle logique régit la gestion du PSSNA et constitue le fondement de la mesure continue du rendement et de l'évaluation du Programme. Conformément aux exigences du gouvernement du Canada sur la portée de l'évaluation, la présente évaluation fonde ses questions de recherche sur le modèle logique élaboré pour le Programme.

Figure 2
Modèle logique du PSSNA



Le modèle logique constitue un point de départ utile pour l'évaluation, et requiert un certain contexte afin de comprendre les implications pour la portée et l'approche de l'évaluation. Pour tous les programmes, les activités et les extrants sont les principaux mécanismes permettant l'atteinte des résultats souhaités. Comme c'est le cas pour de nombreux programmes de santé, les progrès réalisés vers l'atteinte du résultat final, soit l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires des Premières nations et des Inuits, sont plus difficiles à évaluer, particulièrement en ce qui concerne les liens particuliers entre les activités et ce résultat final.

Il ne faut pas oublier que la raison d'être du Programme englobe l'hypothèse selon laquelle le remboursement des demandes de paiement individuelles se fonde sur le jugement d'un professionnel de la santé. Les services de santé liés à chaque demande sont gérés par le biais de la relation entre le praticien et le bénéficiaire, et non entre le bénéficiaire et le PSSNA. À ce titre, la présente évaluation du PSSNA met l'accent sur les résultats finaux du Programme, comme l'accès aux services de santé non assurés et la contribution du groupe de programmes à l'amélioration de l'état de santé, plutôt que sur l'efficacité des interventions individuelles ou particulières du PSSNA. Bien que les indicateurs de l'efficacité de la gestion des prestations et les indicateurs de l'efficacité des interventions individuelles soient étroitement liés, la présente évaluation met l'accent sur le premier de ces groupes d'indicateurs.

3.2 Questions abordées dans le cadre de l'évaluation

Tableau 5
Questions et sous-questions abordées dans le cadre de l'évaluation, par section

	Questions		Sous-questions	Section
Pertinence				
P.1	Est-ce que le groupe de programmes du PSSNA continu de répondre à un besoin démontrable des PN/I?	P.1.1	Quel est l'état de santé des PN/I par rapport à celui des autres Canadiens?	4.1.1
		P.1.2	Le PSSNA répond-il aux besoins médicaux des PN/I?	4.1.2
P.2	Est-ce que les objectifs du PSSNA sont conformes aux (i) priorités du gouvernement du Canada et aux (ii) objectifs stratégiques de Santé Canada?	P.2.1	Le PSSNA est-il conforme aux priorités du gouvernement fédéral?	4.1.3
		P.2.2	Le PSSNA est-il conforme aux objectifs stratégiques ministériels?	4.1.4
P.3	Le PSSNA est-il harmonisé avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?	P.3.1	En ce qui a trait aux PN/I, dans quelle mesure les objectifs du PSSNA sont-ils harmonisés avec les rôles et le mandat du gouvernement fédéral?	4.1.5
		P.3.2	Est-ce que les programmes ou les services se chevauchent?	4.1.6
Rendement				
R.4	Est-ce que le PSSNA a réalisé les résultats escomptés?	R.4.1	Quels sont les niveaux d'accès des bénéficiaires du PSSNA?	4.2.1
		R.4.2	Y a-t-il conformité aux exigences de programme du PSSNA?	4.2.2
		R.4.3	L'élaboration des programmes et des politiques se fonde-t-elle sur des faits probants?	4.2.3
		R.4.4	Le PSSNA est-il durable?	4.2.4
		R.4.5	Le PSSNA a-t-il contribué à améliorer l'état de santé des PN/I?	4.2.5
R.5	Le PSSNA démontre-t-il de l'efficacité et de l'économie?	R.5.1	Quels sont les inducteurs de coûts du PSSNA?	4.3.1
		R.5.2	Le traitement des demandes est-il efficace et économique?	4.3.2
		R.5.3	La gestion de l'accès est-elle efficace et économique?	4.3.3

Les questions abordées dans le cadre de l'évaluation ont été élaborées pour aborder les résultats du modèle logique dans le contexte des questions fondamentales énoncées aux fins des évaluations dans la Politique sur l'évaluation de 2009 du gouvernement du Canada. Les sous-questions intègrent les caractéristiques pertinentes de la conception et de la prestation du PSSNA, avec pour but d'harmoniser les constatations aux questions fondamentales et aux préoccupations et orientations actuelles en matière de gestion stratégique.

Aux fins de la présente évaluation, les résultats du modèle logique du PSSNA en ce qui a trait au traitement efficient des demandes et à la gestion globale de l'accès aux services de santé non assurés ont été abordés dans une section distincte (R.5) dans le cadre des questions d'évaluation sur l'économie et l'efficience.

Le résultat (immédiat) du modèle logique en ce qui concerne la sensibilisation des bénéficiaires et des fournisseurs à l'égard des prestations est abordé en partie dans la question de l'accès, mais n'a pas été autrement abordé de façon approfondie dans le cadre de la présente évaluation, puisque le PSSNA réalise ses propres activités de sensibilisation, et les résultats de ces activités sont clairement présentés dans les autres extraits et résultats immédiats du Programme (p. ex. la plupart des bénéficiaires admissibles reçoivent des prestations du PSSNA, ce qui témoigne du degré de sensibilisation des bénéficiaires à l'égard du Programme).

3.3 Sources de données

Une grande partie des renseignements présentés dans le présent rapport sont tirés de différentes bases de données administratives gérées par le PSSNA, dont le Système de vérification du statut (SVS), qui contient des renseignements sur la population admissible des PN/I. Les données du SVS sur les bénéficiaires des PN se fondent sur les renseignements fournis par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Les données du SVS sur les bénéficiaires Inuits se fondent sur les renseignements fournis par les gouvernements des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut et par les organisations chargées des revendications territoriales des Inuits, dont la Société régionale inuvialuit, Nunavut Tunnavik Incorporated et la Société Makivik.

De plus, plusieurs systèmes de données de Santé Canada contiennent des renseignements sur les dépenses et l'utilisation des prestations. Le Système des applications de gestion intégrée des ressources (SAGIR) est la source des données sur les dépenses, tandis que le Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement (SISTDP) présente des renseignements détaillés sur les soins pharmaceutiques et les soins dentaires. De plus, les renseignements sur les dépenses de fonctionnement liées aux services de transport à des fins médicales sont tirés du Magasin de données sur le transport pour raison médicale (MDTRM). Les données sur les deux plus petites catégories – les soins de la vue et les services d'intervention en santé mentale – sont consignées à l'échelle régionale; toutefois, ces données sont limitées, sont consignées sur support papier dans le cas des services d'intervention en santé mentale et ne sont pas saisies de façon à permettre l'analyse des tendances pour appuyer la prise de décisions par la gestion.

Les autres données recueillies pour le présent rapport proviennent d'analyses, d'examen des dossiers et d'examen des documents, notamment un éventail de données statistiques publiées comme des estimations démographiques tirées de sources officielles ainsi que des renseignements sur les politiques et les programmes recueillis par d'autres organisations comme des prestataires d'assurances et les provinces et les territoires.

3.4 Limites et obstacles

Complexité du Programme

La complexité du Programme des SSNA constituait un obstacle de taille dans le cadre de l'évaluation. Le Programme englobe des milliers d'ententes de services avec des fournisseurs de soins de santé, les gouvernements territoriaux, le secteur privé et les conseils de bande et les communautés des Premières nations et des Inuits. La majeure partie (60 %) des SSNA sont fournis grâce à des ententes de services avec des fournisseurs inscrits (p. ex. dentistes, pharmaciens, etc.) par le biais du SISTDP, ce qui permet aux fournisseurs de demander le remboursement des services fournis aux bénéficiaires du PSSNA. En 2008-2009, 7 900 fournisseurs de services pharmaceutiques, 15 000 fournisseurs de soins dentaires et 1 600 fournisseurs d'équipements et de fournitures médicaux ont offert des services à environ 504 500 clients actifs demandant des services pharmaceutiques / fournitures et équipements médicaux et à 286 700 clients demandant des soins dentaires par le biais du SISTDP. Le reste des SSNA sont fournis par le biais des bureaux régionaux de Santé Canada et d'accords de contribution conclus soit avec les organisations des PN/I afin que ces dernières gèrent directement le PSSNA à l'échelle communautaire (auquel cas les fournisseurs facturent les services à la communauté), soit directement avec les gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut pour la prestation des soins de la vue et des services de transport à des fins médicales.

La complexité du Programme a nécessité une validation attentive des données de recherche et des différents éléments de preuve, qui a été complétée par des entrevues et des analyses du groupe de programmes. La conception de l'évaluation a été fondée sur des études de cas choisies afin de mettre l'accent sur les questions pertinentes d'après le profil des programmes et les examens antérieurs, ce qui englobait les profils liés à la sécurité des bénéficiaires, au diabète, aux soins dentaires et à la conformité en fonction des vérifications systématiques. En revanche, bien que les activités du Programme soient complexes et que la portée du Programme soit vaste, les résultats précisés dans le modèle logique sont mesurables et peuvent être communiqués. De plus, ces résultats constituent un guide utile pour gérer la complexité du Programme et présentent un ensemble d'indicateurs utiles de la pertinence et du rendement du Programme.

Confidentialité

L'évaluation était limitée par le manque d'accès aux données sur la santé (p. ex. diagnostics, dossiers d'hospitalisation, etc.) qui associent les résultats sur la santé à la réception des prestations du Programme. Bien que les données des utilisateurs puissent être regroupées pour démontrer, par exemple, les changements dans les habitudes d'utilisation des médicaments pour indiquer des résultats positifs, ces données ne peuvent pas être associées à des données particulières comme les traitements non couverts par le PSSNA ni à des résultats particuliers, comme les maladies ou la mortalité.

Liens entre les activités et les résultats

Finalement, il convient de souligner que, comme le PSSNA consigne seulement les données administratives à partir du traitement des demandes de prestations, la présente évaluation n'est pas conçue pour identifier les relations de cause à effet entre la prestation de chaque service et des résultats particuliers liés à la santé des PN/I – particulièrement à l'échelle de la population.

Comme autre solution, et tel qu'il a été démontré dans l'examen des documents, le PSSNA a cherché à s'assurer que ses paiements de prestations se fondent sur des preuves médicales et cliniques solides afin que les résultats positifs en matière de santé puissent raisonnablement être attribués aux interventions du PSSNA. Le Programme est chargé d'offrir seulement des services médicalement nécessaires fondés sur le jugement de professionnels de la santé ou de dentistes. Par conséquent, les bénéficiaires ont accès à un ensemble de services fondés sur résultats probants auxquels on peut raisonnablement attribuer une amélioration de l'état de santé des bénéficiaires.

4.0 CONSTATATIONS

Les constatations de l'évaluation sont présentées en fonction des questions fondamentales de la pertinence et du rendement (efficacité et efficience).

4.1 Pertinence

Toutes les sources d'information ont été examinées pour déterminer si « le groupe de programmes du PSSNA répond aux besoins des PN/I ». Les constatations présentées sont regroupées à savoir si oui ou non les PN/I bénéficient ou non d'une protection additionnelle autre que le PSSNA; l'état de santé et les besoins des PN/I (y compris les moyens d'accès aux soins de santé pour les PN/I); la façon dont le PSSNA répond à ces besoins selon trois exemples de cas; les liens entre ces besoins et les activités réalisées; et l'harmonisation des programmes du PSSNA avec l'objectif national du gouvernement du Canada concernant l'amélioration de la santé des Canadiens, y compris l'amélioration de la santé des PN/I, tel qu'il est énoncé dans le Rapport sur le rendement du Canada 2008-2009.

4.1.1 L'état de santé des Premières nations et des Inuits (P.1.1)

Le résultat final attendu pour le Programme des SSNA est d'améliorer l'accès aux interventions médicales pour la population des PN/I afin de les aider à améliorer leur état de santé à long terme. Un éventail d'études, y compris l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des*

Premières Nations (ERS), ont présenté des données démographiques et épidémiologiques probantes pour démontrer le besoin continu de services de santé pour les PN/I. Ces études ont conclu que l'état de santé des Premières nations et des Inuits est toujours inférieur à celui de la population non autochtone du Canada. Ces populations doivent surmonter d'importants obstacles en matière de santé, comme des fardeaux plus élevés de maladies et une espérance de vie plus courte. Ces obstacles s'ajoutent à une « transformation » du profil de santé des PN/I au cours des dernières décennies, la forte prévalence des maladies infectieuses étant remplacée par des taux accrus de maladies chroniques qui, en conjonction avec les problèmes socioéconomiques continus, ont une incidence sur l'espérance de vie et la qualité de vie des PN/I (voir le texte encadré ci-dessous).

Premières nations

- L'espérance de vie à la naissance pour les membres des Premières nations est de 70,4 ans chez les hommes et de 75,5 ans chez les femmes, par rapport à 77 ans chez les hommes et à 82 ans chez les femmes dans la population canadienne en général (ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, 2004).
- En 2000, le suicide constituait l'une des principales causes de décès chez le groupe des membres des Premières nations âgés de 10 à 44 ans. Le suicide était la cause de 22 % des décès chez les jeunes de 10 à 19 ans et de 16 % de tous les décès dans le groupe des 20 à 44 ans. Le taux de suicide chez les jeunes des Premières nations (10 à 19 ans) était 4,3 fois supérieur au taux de suicide enregistré pour l'ensemble du Canada.
- Par rapport à la population canadienne en général, les adultes des Premières nations (18 ans et plus) vivant dans des réserves signalent une prévalence plus élevée d'arthrite/rhumatismes, d'hypertension artérielle, de diabète, d'asthme, de maladies du cœur, de cataractes, de bronchite chronique et de cancer (Comité sur la gouvernance de l'information des Premières nations, Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations, 2002-2003).
- La prévalence auto déclarée des maladies du cœur est 1,4 fois plus élevée chez les Premières nations vivant dans des réserves que chez la population canadienne en général.
- La prévalence auto déclarée du diabète chez les adultes des Premières nations vivant dans des réserves (19,7 %) est 3,8 fois plus élevée que chez la population canadienne en général (5,2 %).
- La prévalence des blessures signalées par les adultes des Premières nations vivant dans des réserves est près de trois fois plus élevée que la moyenne canadienne. Près du tiers des adultes des Premières nations vivant dans des réserves ont signalé des blessures nécessitant des traitements, ce qui est deux fois plus élevé que la moyenne canadienne.
- Le taux de carie dentaire et de maladies buccales est plus élevé chez les PN que dans la population canadienne en général. Le remplacement des régimes alimentaires traditionnels par des régimes riches en aliments sucrés, les mesures de prévention moins efficaces contre les maladies buccales et le manque d'accès aux services de traitement sont des facteurs qui peuvent avoir une incidence sur ce résultat. Les deux derniers facteurs sont particulièrement visibles dans les régions éloignées du pays en raison du manque de fluoration de l'eau et de services de soins dentaires.
- Le lien entre la mauvaise hygiène buccale et les affections qui mettent la vie en danger, comme les maladies du cœur, le diabète et l'insuffisance pondérale à la naissance a clairement été démontrée. Les coûts associés au traitement de ces graves affections sont considérables.

Inuits

- L'espérance de vie à la naissance chez les résidents des régions habitées par des Inuits* était de 66,9 ans, par rapport à 79,5 ans pour la population canadienne en général.
- L'espérance de vie des résidents des régions habitées par des Inuits a légèrement diminué entre 1991 et 2001 (de 67,8 à 66,9 ans), tandis que celle de la population générale a augmenté, passant de 77,8 à 79,5 ans (Wilkins et coll. 2008).
- Le taux de suicide chez les résidents des régions habitées par des Inuits était de 112,3 pour 100 000 habitants, tandis qu'il était de 9,7 pour 100 000 habitants dans la population canadienne en général pour la période allant de 1999 à 2003.
- Le taux de suicide chez les résidents des régions habitées par des Inuits a augmenté depuis 1989 (de 59,6 à 73,2 en 1998 à 112,3 en 2003), tandis qu'il est demeuré stable dans la population générale.
- Le taux de mortalité infantile dans les régions habitées par des Inuits a diminué de 1989 à 2003 (25,6 à 21,9 en 1998 à 18,5 en 2003). Dans la population canadienne en général, ce taux a également diminué au cours de la même période (de 6 à 4,8).
- Les taux de diabète chez les Inuits sont à la hausse.
- Le taux de prévalence de la tuberculose chez les Inuits au Canada (157,5 cas pour 100 000 habitants) était 32,8 fois supérieur au taux canadien (4,8 cas pour 100 000 habitants) en 2008.

Le taux de carie dentaire et de maladies buccales est plus élevé chez les Inuits que dans la population canadienne en général. Le remplacement des régimes alimentaires traditionnels par des régimes riches en aliments sucrés, les mesures de prévention moins efficaces contre les maladies buccales et le manque d'accès aux services de traitement sont des facteurs qui peuvent avoir une incidence sur ce résultat. Les deux derniers facteurs sont particulièrement visibles dans les régions éloignées du pays en raison du manque de fluoration de l'eau et de services de soins dentaires.

* Région Inuvialuit des Territoires du Nord-Ouest; Nunavut; Nunavik (nord du Québec); et Nunatsiavut (côte nord du Labrador).

4.1.2 Besoins médicaux abordés par le PSSNA (P.1.2)

Les niveaux et les types d'interventions qui sont offertes par le biais du Programme constituent un indicateur des besoins médicaux qui sont abordés, puisque l'admissibilité au Programme se fonde sur une exigence stipulant que chaque intervention doit être médicalement nécessaire. Cela est démontré par l'utilisation de données de programme secondaires et d'examen de dossiers qui indiquent les types de besoins qui sont abordés, ce qui comprend des études de cas sur le diabète et l'accès aux soins dentaires. L'éventail des besoins qui sont abordés, la priorité accordée aux besoins uniques comme l'accès aux services médicaux dans les régions éloignées et l'évolution du Programme au fil du temps afin de répondre aux nouveaux besoins et aux nouvelles priorités indiquent également la capacité des services du PSSNA de répondre aux besoins des bénéficiaires. De plus, la capacité de répondre aux besoins des bénéficiaires se reflète dans l'harmonisation avec les examens, les commentaires et les priorités des intervenants comme l'Assemblée des Premières nations et l'Inuit Tapirisat du Canada, ainsi que dans les appels interjetés par les bénéficiaires à l'égard des demandes de prestations rejetées. Ces indicateurs se trouvent dans les examens externes et internes des documents et des dossiers, dans les données sur le rendement du Programme ainsi que dans les entrevues auprès des spécialistes des politiques.

En outre, comme le Programme des SSNA rembourse seulement les services qui sont médicalement nécessaires, le Programme ne couvre pas les services jugés esthétiques comme le blanchiment des dents, les facettes ou les médicaments qui visent à améliorer le mode de vie.

Le Programme est chargé de répondre aux besoins uniques des bénéficiaires admissibles des PN/I en matière de santé à l'échelle de la population. Par exemple, comme de nombreux clients du PSSNA vivent dans des régions éloignées ou isolées et n'ont pas accès à des fournisseurs de services de santé dans leurs communautés, ces bénéficiaires doivent se rendre dans les grands centres afin de recevoir les services. Ce transport médicalement nécessaire vers les soins est donc couvert par les services de transport à des fins médicales du Programme. Il n'y a pas de programmes provinciaux/territoriaux comparables sur les plans de la portée et de l'échelle qui remboursent les coûts de déplacement; toutefois, compte tenu du profil de revenu du PSSNA, l'accès aux services de santé ne peut être abordable sans les prestations de transport à des fins médicales.

De plus, l'évaluation a révélé que, dans l'ensemble, le PSSNA répond clairement à un éventail de besoins qui ne sont pas offerts par d'autres régimes. Conformément au rôle du gouvernement fédéral et au mandat du Programme (voir Section P.3 ci-dessous), le PSSNA offre des services médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts autrement par les régimes d'assurance-santé provinciaux ou territoriaux, les autres régimes publics et privés (y compris les services de transport qui répondent à un besoin unique lié à l'accès limité ou au manque d'accès vers les services médicaux dans les communautés éloignées/isolées). Étant donné que chacun des services vise à offrir un accès qui ne serait autrement pas disponible et que les services de transport à des fins médicales visent à améliorer l'accès à tous les services médicaux en général, le Programme répond aux besoins médicaux en améliorant l'accès aux services assurés ainsi qu'aux services offerts par le biais du PSSNA.

Le fait de comparer les services du PSSNA à ceux offerts aux autres Canadiens par le biais d'autres régimes d'assurance maladie provinciaux/territoriaux et d'autres régimes privés permet d'établir un profil utile des besoins additionnels uniques à la population des PN/I et auxquels le PSSNA répond (et de déterminer si les limites à l'égard des services couverts sont similaires à celles des autres régimes). Cela respecte également la justification voulant que le Programme agisse comme dernier agent payeur, si on présume que le Programme remboursera seulement les produits et services qui permettent à tous les membres des PN/I d'atteindre une norme fédérale uniforme dans leurs contextes provinciaux/territoriaux respectifs.

Dans le cadre de la présente évaluation, le PSSNA a réalisé deux analyses externes afin de comparer ses prestations à celles d'autres agents payeurs. D'abord, le PSSNA a collaboré avec un expert-conseil afin de réaliser un *Examen des programmes de prestations de transport pour raison médicale*. Cette étude englobait une analyse du contexte des programmes provinciaux/territoriaux ainsi que des entrevues en profondeur auprès d'intervenants afin de déterminer les possibilités de collaboration entre les programmes. Voici les constatations de l'étude :

- La gamme des services et des programmes de transport à des fins médicales qui sont offerts varie considérablement dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada. Certains territoires/provinces ne couvrent pas ces services pour les résidents, tandis que d'autres couvrent ces services.
- Parmi les provinces/territoires qui offrent des prestations de transport à des fins médicales, la plupart des programmes/prestations ne tiennent pas suffisamment compte des facteurs d'éloignement et des longues distances à parcourir pour qu'un petit nombre de résidents aient accès aux services.
- Bien que le niveau des services particuliers de transport à des fins médicales disponibles par le biais des programmes P/T varie d'une juridiction à l'autre, ces programmes, dans tous les cas, ne font que « subventionner » les services et ne remboursent pas entièrement les coûts liés au transport à des fins médicales.
- Dans les régions où des programmes de transport à des fins médicales sont offerts, les types de services et les critères des programmes varient; et souvent ne sont pas intégrés les uns avec les autres.
- Dans de nombreux cas, les PN/I ne sont pas admissibles aux programmes provinciaux. Ils sont parfois exclus en raison des politiques de ces programmes ou, dans certains cas, en raison de la législation et de la réglementation. Lorsque les PN/I sont admissibles aux programmes P/T, le PSSNA coordonne déjà la couverture des services.

Ensuite, une étude d'étalonnage quantitative et qualitative de l'ensemble des prestations offertes par le PSSNA par rapport aux autres prestataires a été réalisée. Cette *Étude comparative du Programme des services non assurés de Santé Canada et des régimes d'assurance-santé publics et privés* a établi une comparaison entre les catégories de services du PSSNA et les autres régimes d'assurance-santé public et privés et a abordé les quatre questions suivantes :

1. Qu'est-ce qui est couvert par chacun des régimes publics et privés choisis?
2. Y a-t-il un chevauchement entre les services de santé du PSSNA et les services couverts par les régimes publics?
3. Quelles sont les prestations offertes exclusivement par le biais du Programme des SSNA?
4. Est-ce que des programmes publics excluent expressément les PN/I?

En général, le rapport a formulé les constatations suivantes :

- Les catégories de services du PSSNA ne sont pas comparables à celles offertes par les assureurs privés. Cela s'applique autant à l'éventail des services couverts par le PSSNA et au mandat du Programme de compléter d'autres programmes.
- La couverture offerte par le PSSNA est, en général, comparable sur le plan de la portée à ce qui est offert par les régimes d'assurance complémentaires privés. Toutefois, l'application des règles de traitement des demandes de paiement par le PSSNA constitue la principale différence entre le PSSNA et ces régimes. En effet,

tandis que les régimes d'assurance maladie privés comptent généralement sur les contributions des bénéficiaires (sous la forme d'une quote-part, d'une prime ou d'une franchise) pour assumer en partie les coûts et exercer une influence sur les choix des bénéficiaires, le PSSNA traite les demandes de prestations en fonction des données recueillies au moment de déterminer si une demande de paiement doit être fournie et comment elle doit être fournie ainsi que dans la détermination du remboursement des demandes de paiement individuelles. Par exemple, tel qu'il est indiqué ci-dessous, le PSSNA participe à un certain nombre de processus afin de s'assurer que sa Liste des prestations pharmaceutiques couverts reflète les pratiques et les données cliniques courantes. D'après l'étude, 82 % des régimes d'assurance privés couvriront tout médicament vendu sur ordonnance, pour autant que le médicament puisse être acheté dans une pharmacie canadienne.

- Les prestations de transport à des fins médicales offertes par le PSSNA sont uniques, puisque les secteurs public et privé ne financent pas de prestations similaires à celles du PSSNA; toutefois, on constate que les bénéficiaires des autres régimes ne doivent pas surmonter les mêmes obstacles géographiques ou similaires en ce qui a trait à l'accès aux services de santé.
- La catégorie des services pharmaceutiques est plutôt unique dans le cadre de cette comparaison, puisqu'un bon nombre de provinces et territoires offrent une gamme de programmes d'assurance médicaments publics. À ce titre, les prestations pharmaceutiques du PSSNA peuvent également être comparées à celles de ces programmes.
- Les services de santé du Programme des SSNA ne chevauchent pas ceux des programmes P/T. Dans de nombreux cas, les PN/I ne sont pas admissibles aux programmes de prestations des P/T.

Ces constatations font état de la pertinence des catégories de services du PSSNA en ce qui a trait aux besoins de santé des PN/I. Le PSSNA offre l'accès à des prestations de santé supplémentaires pour une grande proportion des PN/I qui, dans de nombreux cas, n'auraient pas autrement accès à ces prestations.

De plus, les deux analyses réalisées afin de comparer les services du PSSNA à ceux d'autres prestataires de services supplémentaires ont conclu que les services de transport à des fins médicales du PSSNA sont uniques. Parallèlement, les deux analyses ont reconnu que les bénéficiaires des autres régimes ne doivent pas surmonter les mêmes obstacles en ce qui concerne l'accès aux services de santé. D'autres indicateurs font également état d'un plus grand besoin de services de transport à des fins médicales chez les PN/I. Par exemple, d'après l'ERS, en 2002-2003, près de la moitié (40,8 %) des membres des Premières nations vivant dans des réserves ont indiqué que leur accès aux services de santé était le même que celui des autres Canadiens, 23,6 % indiquent que leur accès est meilleur, tandis 35,6 % des répondants ont indiqué que leur accès était inférieur à celui des autres Canadiens.

La situation des Inuits pour la même année était similaire. Une proportion considérablement plus faible des Inuits adultes (56%) que celle de la population canadienne en général (79%) ont indiqué avoir accès à un médecin comme un médecin de famille ou un spécialiste. Ces taux

d'accès à déclaration volontaire reflètent le fait que de nombreux membres des PN/I vivent dans des communautés éloignées/isolées qui n'ont pas accès à des services de santé de base ou spécialisés (ERS, 2002-2003).

Afin de démontrer clairement la pertinence des services de transport à des fins médicales offerts pour répondre aux besoins de ses bénéficiaires, le PSSNA a procédé à une analyse interne de la façon dont les clients vivant dans des régions éloignées et isolées ont accès aux services de transport des fins médicales. L'analyse a conclu que les dépenses dans cette catégorie de service, qui est offerte à tous les membres des Premières nations et à tous les Inuits admissibles, sont principalement destinées à améliorer l'accès aux services de santé pour les bénéficiaires qui vivent dans des régions éloignées/isolées. Sans le PSSNA, l'accès de ces personnes à ces services serait grandement réduit et ne répondrait pas à leurs besoins en matière de santé, ce qui confirme la pertinence de ces prestations.

En général, l'évaluation a révélé que le PSSNA est demeuré sensible aux besoins des PN/I au fil des ans, tel qu'en témoignent les changements apportés aux programmes et aux types et niveaux des prestations. Reconnaisant l'écart constant et de longue date dans l'état de santé des PN/I et celui de la population canadienne en général, le PSSNA n'a retiré aucun service depuis la création du programme. De plus, l'évolution du PSSNA reflète un grand nombre des obstacles auxquels les PN/I sont confrontés en ce qui concerne l'accès aux soins médicaux. Tel qu'il est indiqué ci-dessus, le Programme offre des prestations de transport à des fins médicales qui sont uniques dans l'ensemble des prestataires de services publics et privés afin d'aider les bénéficiaires à recevoir des soins médicaux.

En outre, le Programme, qui traitait autrefois manuellement les demandes de prestations sur support papier, traite aujourd'hui des dizaines de millions de demandes de prestations de santé par voie électronique chaque année. Ce système de traitement électronique des demandes permet au PSSNA d'offrir une couverture nationale pour les PN/I par le biais de dizaines de milliers de fournisseurs. Par exemple, en 2008-2009, environ 7 900 pharmaciens, 1 400 fournisseurs de services médicaux et 14 000 dentistes se sont inscrits afin d'offrir leurs services au PSSNA partout au pays. Finalement, tel qu'il est présenté plus en détail ci-dessous, un grand nombre des nouvelles politiques nationales mises en place par le PSSNA ont été conçues pour faciliter et améliorer l'accès des PN/I aux catégories de services du PSSNA.

Cette sensibilité à l'égard des besoins médicaux se reflète également dans les tendances constatées au fil des ans dans la réglementation des différents types de produits pharmaceutiques en fonction des changements dans les besoins en santé et les pratiques médicales liées à certaines maladies (p. ex. voir les précisions sur les ordonnances qui font l'objet d'un suivi dans les rapports annuels). D'autres analyses ont également fait état de cette sensibilité aux besoins. Par exemple, l'Annexe A précise la façon dont les prestations ont permis de répondre aux nouveaux besoins en matière de traitement du diabète, compte tenu de la disponibilité de nouveaux médicaments et de la capacité des professionnels de la santé de contrôler la progression de la maladie. Les comités d'examen qui présentent des conseils sur la protection et l'admissibilité sont un autre mécanisme qui a permis d'accroître la sensibilité du Programme à l'égard des besoins des clients puisque, par exemple, de nouveaux médicaments et d'autres services sont examinés de façon continue afin d'être intégrés aux prestations offertes.

4.1.3 Conformité aux priorités du gouvernement fédéral (P.2.1)

L'harmonisation du PSSNA avec les priorités du gouvernement fédéral et les objectifs stratégiques du ministère, qui sont conformes aux rôles et aux mandats du gouvernement fédéral à l'égard des PN/I, se reflète surtout dans l'examen des politiques clés et des documents de planification, et dans les entrevues réalisées auprès d'experts des politiques.

Le PSSNA est clairement conforme aux priorités du gouvernement du Canada et de Santé Canada en ce qui concerne le fardeau des maladies et l'écart entre l'état de santé des PN/I et celui de la population canadienne en général. Cela se reflète dans les nombreux engagements officiels pris par le gouvernement du Canada pour améliorer l'état de santé des membres des Premières nations et des Inuits, y compris un engagement de principe ferme visant à aider les PN/I à améliorer leur état de santé et à réduire l'écart entre la santé des PN/I et celle des autres Canadiens. Le gouvernement du Canada a également fait des investissements considérables autant pour réaliser le Programme que pour continuer à atténuer chaque année l'écart entre les niveaux de référence et les dépenses du Programme.

Par le biais de ses engagements antérieurs des discours du Trône, le gouvernement du Canada a démontré de façon constante son engagement à améliorer la qualité de vie des Autochtones au Canada. Bon nombre des engagements pris par le gouvernement du Canada concernent l'amélioration de la santé et du système de santé des PN/I. Cela comprend des investissements dans le Programme des SSNA et se reflète dans le financement approuvé par le biais des budgets pour permettre au Programme de continuer à réaliser son mandat, y compris des fonds d'intégrité de programme de :

- 30 M\$ dans le budget de 2006
- 51 M\$ dans le budget de 2007
- 71,8 M\$ dans le budget de 2008
- 239,7 M\$ dans le budget de 2009, qui englobe 2009-2010 (102,4 M\$) et 2010-2011 (137,3 M\$)

Les trois derniers discours du Trône étaient axés sur les déterminants de la santé pour les Canadiens d'origine autochtone avec les engagements suivants :

Dans le discours du Trône de 2007, le gouvernement s'est engagé à continuer de travailler à l'amélioration des conditions de vie des Premières nations et des Inuits grâce à de meilleurs logements. Le gouvernement a déposé à nouveau un projet de loi pour accorder aux Autochtones vivant au sein des réserves les mêmes protections qu'aux autres Canadiens en vertu de la *Loi canadienne sur les droits de la personne*. Le gouvernement a aussi présenté des mesures législatives à l'égard des revendications particulières et a mis sur pied une commission pour la vérité et la réconciliation. Dans le cadre du discours du Trône, le gouvernement s'est aussi engagé à continuer de favoriser l'établissement de partenariats pour aider les Autochtones à

acquérir la formation et les compétences nécessaires pour tirer profit des perspectives d'emploi dans le Nord et à la grandeur du pays, et à mettre en œuvre une nouvelle stratégie sur l'eau pour contribuer à la dépollution de nos principaux lacs et océans et favoriser l'accès à de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations.

Dans le discours du Trône de 2008, le gouvernement s'est engagé à prendre des mesures pour faire en sorte que les Autochtones du Canada puissent pleinement bénéficier des possibilités économiques, en mettant plus particulièrement l'accent sur l'amélioration des services d'éducation à l'intention des Premières nations, en partenariat avec les provinces et les communautés des Premières nations.

Le *Rapport sur le rendement du Canada 2008-2009* reflétait l'objectif pangouvernemental à l'égard de l'amélioration de la santé des Canadiens, y compris le rôle du gouvernement fédéral en ce qui concerne l'appui de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Dans le discours du Trône de 2010, le gouvernement s'est engagé à travailler de concert avec les communautés autochtones, les provinces et les territoires à réformer et à renforcer l'éducation, et à appuyer les étudiants et leur offrir des perspectives d'avenir et des possibilités. Il s'est engagé à prendre des mesures additionnelles pour réduire le nombre inquiétant d'affaires non élucidées de meurtre et de disparition de femmes autochtones, à continuer de prendre appui sur les excuses historiques qu'il a présentées aux enfants des pensionnats indiens pour les traitements qu'ils ont subis, à présenter de nouvelles mesures législatives afin de définir comme priorité nationale l'approvisionnement en eau potable et le traitement efficace des eaux usées dans les réserves, et à prendre des mesures pour s'assurer de la répartition équitable des biens immobiliers en cas de décès, de divorce ou de séparation. Le gouvernement s'est également engagé à déposer un projet de loi pour se conformer à une décision judiciaire récente visant à aplanir les inégalités entre hommes et femmes aux termes de la *Loi sur les Indiens*, et à prendre des mesures en vue d'appuyer la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, dans le respect intégral de la Constitution et des lois du Canada.

4.1.4 Conformité aux objectifs ministériels stratégiques (P.2.2)

Le PSSNA est clairement conforme à l'objectif stratégique de Santé Canada, soit d'« améliorer les résultats des PN/I en matière de santé et de réduire l'écart entre l'état de santé des PN/I et celui des autres Canadiens ». Par exemple, le mandat du Programme des SSNA, tel qu'il est énoncé dans le Rapport sur les plans et les priorités, est d'offrir des services de santé non assurés aux membres inscrits des Premières nations et aux Inuits reconnus d'une manière qui :

- soit adaptée à leurs besoins uniques en matière de santé;
- contribue à ce que l'état de santé des membres des Premières nations et des Inuits soit comparable à celui de la population canadienne en général vivant dans des endroits semblables;
- soit durable sur le plan financier et du point de vue de la gestion des prestations;
- facilite le contrôle par les PN/I au moment et au rythme de leur choix.

Il y a des liens précis entre les activités et le mandat du Programme des SSNA et l'objectif stratégique et le mandat de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Le PSSNA complète le travail des autres catégories de programmes de la DGSPNI qui appuient la prestation des services de promotion de la santé publique et de la santé dans les réserves et dans les communautés inuites et qui offrent des soins de santé primaires dans les réserves des régions éloignées et isolées, où les services provinciaux ne sont pas facilement accessibles.

Les activités du PSSNA se reflètent dans le mandat de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, qui consiste :

- à faire en sorte que les services de santé soient disponibles et que les communautés des Premières nations et des Inuits y aient accès;
- à aider les Premières nations et les Inuits à surmonter les obstacles en matière de santé et les menaces de maladie, et à atteindre des niveaux de santé comparables à ceux des autres Canadiens qui vivent dans des endroits semblables;
- à établir des partenariats solides avec les Premières nations et les Inuits afin d'améliorer le système de santé.

4.1.5 Uniformité par rapport au rôle et le mandat du gouvernement fédéral (P.3.1)

Le Programme des SSNA est mis en œuvre suivant un mandat approuvé par le Cabinet, et ce mandat a récemment été renouvelé en 1997. Les objectifs du Programme, l'admissibilité des bénéficiaires et la portée du Programme sont clairement définis dans ce mandat, ce qui a aidé le PSSNA à établir les paramètres d'une approche durable et viable en ce qui concerne la gestion de ses catégories de services.

À titre de dernier agent payeur, le PSSNA contribue au rôle du gouvernement fédéral en ce qui concerne la santé des PN/I en complétant les prestations offertes par les provinces et les territoires (ou les régimes d'assurance maladie privés), ce qui permet aux PN/I d'atteindre une norme fédérale uniforme en ce qui a trait aux prestations de soins de santé.

Le mandat du Programme des SSNA reflète l'héritage des décisions que les gouvernements successifs ont prises par le passé à l'égard des programmes et du financement afin d'améliorer la santé des Premières nations et des Inuits, y compris la Politique de 1979 sur la santé des Indiens. Les prestations du Programme des SSNA sont offertes en fonction des politiques et sont financées tous les ans par le biais de la *Loi de crédits*. Toutefois, en ce qui concerne les PN/I, les prestations offertes par le biais du PSSNA se fondent sur un droit issu d'un traité ou d'une autre obligation fiduciaire du gouvernement fédéral. Dans les deux cas, le PSSNA constitue un élément important de la relation entre les PN/I et le gouvernement fédéral et joue un rôle considérable dans les initiatives fédérales visant à améliorer l'état de santé des PN/I.

4.1.6 Chevauchement ou double emploi avec d'autres programmes (P.3.2)

Dans le cadre de l'*Étude comparative du Programme des services non assurés de Santé Canada et des régimes d'assurance-santé publics et privés*, une analyse complète du contexte a été réalisée afin de préciser les services couverts, y compris les produits et services médicaux inclus et exclus ainsi que les restrictions sur l'utilisation et la valeur monétaire des services couverts. Ces renseignements étaient essentiels pour évaluer la question du chevauchement ou du double emploi et pour établir des points de référence clés.

Le rapport a révélé qu'il n'y a pas de chevauchement ou de double emploi entre le PSSNA et les autres régimes d'assurance-santé en ce qui a trait à la couverture prévue des bénéficiaires, en raison surtout de la conception du Programme à titre de dernier agent payeur. D'après les constatations de ce rapport et celles de l'*Examen des programmes de prestations couvrant les services de transport pour raison médicale dans les provinces et les territoires*, aucun chevauchement ou double emploi n'a été constaté. La plupart des membres des Premières nations et des Inuits qui participent au PSSNA ne sont pas admissibles aux programmes provinciaux et territoriaux. De plus, un grand nombre de membres des PN/I n'ont pas accès aux régimes d'assurance-santé privés. Dans les cas où les PN/I ont accès à des régimes public ou privés de prestations de santé supplémentaires, le PSSNA a mis en place des processus pour faciliter la coordination des prestations entre les programmes.

Cela indique que le rôle du gouvernement fédéral dans l'appui à ces prestations de santé supplémentaires pour cette population vulnérable est primordial, puisque le PSSNA répond à un besoin unique des PN/I quand il n'y a pas d'autres programmes similaires. Par ailleurs, il est important que le Programme continue d'agir à titre de dernier agent payeur, autant pour respecter les objectifs et le mandat voulant que les dépenses contribuent aux résultats globaux en matière de santé que pour assurer la durabilité continue de ce programme fondé sur des politiques.

4.1.7 Constatations et conclusions sur la question de la pertinence

L'évaluation a révélé que les programmes du PSSNA sont pertinents puisqu'il y a un besoin continu et démontrable de faciliter l'accès aux prestations et aux services de santé pour la population des PN/I. On peut le constater en examinant les données statistiques sur l'état de santé des PN/I par rapport à celui des autres Canadiens, qui indiquent que l'écart diminue mais ne se résorbe pas. L'approche visant à répondre à ce besoin par le biais du PSSNA est appuyée par la Politique de 1979 sur la santé des Indiens et par d'autres politiques fédérales, qui ont pour but de réduire cette disparité. Bien que des améliorations aient été constatées, l'état de santé des PN/I continue d'accuser du retard sur l'état de santé des autres Canadiens, et beaucoup d'efforts doivent encore être déployés à cet égard.

En exigeant que chaque paiement de prestations réponde à un besoin médicalement nécessaire, le Programme contribue au rôle du gouvernement fédéral qui est d'atténuer les disparités dans l'état de santé de cette population en général. Cette exigence a également permis de procéder à des interventions individuelles qui répondent aux nouveaux besoins, selon l'évolution des problèmes

de santé qui sont signalés par les professionnels de la santé et les autres fournisseurs et les nouveaux traitements disponibles. L'évolution des tendances dans les demandes de prestations indique que le Programme répond aux nouveaux besoins. L'évaluation a constaté que la priorité que le Programme accorde aux politiques de santé a été maintenue et que d'autres efforts visant à relier les activités et les objectifs du PSSNA aux activités des autres directions générales permettront d'appuyer les objectifs et la durabilité du Programme.

L'évaluation a également constaté que les programmes du PSSNA sont étroitement harmonisés avec les priorités du gouvernement fédéral et les résultats stratégiques du ministère. Les activités visant à aider les PN/I à améliorer leur état de santé sont un élément essentiel de la priorité pangouvernementale en ce qui concerne l'amélioration de la santé des Canadiens, tel qu'il est indiqué dans le *Rapport sur le rendement du Canada 2008-2009*. Le processus de financement adopté pour le Programme a permis de s'assurer au fil des ans que le Programme s'harmonise avec les objectifs pangouvernementaux et que les priorités du Programme se reflètent dans les discours du Trône.

Le Programme a également été jugé conforme aux rôles et aux responsabilités du gouvernement fédéral. La couverture offerte par le Programme des SSNA est expressément conçue pour englober les services de santé qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance provinciaux et territoriaux. À ce titre, le Programme cherche à s'assurer qu'il agit à titre de dernier agent payeur dans la mesure du possible et que les demandes de remboursement qui pourraient être couvertes par les régimes d'assurance provinciaux et territoriaux ne sont pas traitées par le PSSNA.

4.2 Mesures de rendement

Les progrès réalisés par le Programme vers l'atteinte des résultats précisés dans le modèle logique ont été évalués. Les sections ci-dessous se fondent sur les résultats immédiats, les résultats intermédiaires et les résultats à long terme et décrivent tous les éléments de preuve pertinents qui se rapportent à chacune des sous-questions énoncées au Tableau 5.

4.2.1 Accès aux services pour les bénéficiaires admissibles (R.4.1)

Les examens des dossiers permettent de dégager des indicateurs des activités qui appuient la sensibilisation des bénéficiaires admissibles et l'accès aux services pour ces bénéficiaires. Les données sur la mesure de rendement présentent de bons indicateurs de l'accès aux services pour les bénéficiaires admissibles. Les examens des dossiers et les données sur le rendement appuient également l'étude de cas sur le diabète, qui illustre comment le PSSNA améliore l'accès au traitement de cette maladie. Le profil des prestations de transport à des fins médicales indique également comment cette composante appuie l'accès global aux services médicaux, y compris les soins hospitaliers assurés et les soins de santé primaires par le biais des gouvernements provinciaux et territoriaux et des prestations du PSSNA. De façon générale, l'évaluation a démontré que le Programme a atteint les résultats escomptés en ce qui concerne l'accès aux services pour les bénéficiaires admissibles.

Activités de sensibilisation

Dans le cadre de ses efforts visant à améliorer l'accès aux services, le PSSNA a réalisé un ensemble d'activités afin d'accroître la sensibilisation des bénéficiaires à l'égard du Programme. Par exemple, au cours de l'année 2006-2007, le PSSNA a produit une série de dépliants, de trousseaux d'information, de manuels de formation et de bulletins d'information destinés aux bénéficiaires et aux fournisseurs et diffusés périodiquement par le PSSNA et les organisations des PN/I. De plus, le Programme a présenté près de 150 exposés tout au long de l'exercice financier afin de sensibiliser les bénéficiaires, les communautés, les fournisseurs et les coordonnateurs régionaux et communautaires.

Activités visant à faciliter l'accès aux services

Le PSSNA a mis en place un certain nombre d'initiatives destinées à améliorer l'accès aux services du PSSNA pour les bénéficiaires, y compris le retrait du seuil financier de prédétermination pour les soins dentaires, qui a entraîné une augmentation de l'utilisation des soins dentaires du PSSNA et une diminution des coûts d'administration. On s'attend à ce que les changements apportés aient une incidence positive en aval sur les dépenses du Programme et sur la santé buccale des clients. Au cours de la période d'évaluation, le Programme a aussi commencé à financer des postes d'intervenants-pivots au sein de certaines organisations clientes. On s'attend aussi à ce que l'initiative de 2008 sur la reconnaissance de l'évolution des champs d'activité améliore à long terme l'accès et aux services médicaux et à l'expertise pour les bénéficiaires, particulièrement dans les communautés éloignées et isolées où aucun médecin n'est disponible.

Niveaux d'accès

Les données sur l'utilisation du Programme indiquent des niveaux d'accès élevés pour les clients admissibles. Par exemple, en 2008-2009 :

- Plus de 500 000 clients ont reçu des services pharmaceutiques;
- Près de 300 000 membres des PN et Inuits ont reçu des soins dentaires du PSSNA;
- Le PSSNA a traité plus de 18 millions de demandes électroniques dans les catégories des services pharmaceutiques et des soins dentaires par le biais de son système de traitement électronique des demandes;
- Le Programme a dépensé plus de 50 M\$ pour les déplacements d'urgence;
- Le centre des exceptions pour médicaments (CEM) du PSSNA a reçu en moyenne 1 100 appels par jour et a affiché un délai de traitement moyen de 0,5 jour pour les demandes individuelles.

Toutefois, les niveaux d'accès peuvent être mesurés à l'échelle de la population. Une proportion de 61 % des 815 800 clients du PSSNA ont reçu des services pharmaceutiques en 2008-2009, et 36 % ont reçu des soins dentaires du PSSNA. D'après un récent calcul de l'accès combiné aux

deux plus importantes catégories de services – services pharmaceutiques et soins dentaires, le taux d'utilisation combiné est demeuré à environ 72 % au cours des dix dernières années. Cela indique un niveau de sensibilisation élevé et une participation forte et constante au Programme à long terme. Comme l'indiquent la plupart des indices de référence disponibles, ces niveaux d'accès sont comparables à ceux des autres régimes d'assurance.

Le PSSNA a également réalisé des analyses spéciales afin d'évaluer et d'aborder les questions liées à l'accès aux services du PSSNA dans les secteurs clés comme le diabète, les soins dentaires et le transport à des fins médicales.

Accès au traitement du diabète

L'évaluation a permis de constater des taux d'accès élevés aux services du PSSNA pour répondre aux besoins médicaux associés au diabète. Le PSSNA a réalisé une analyse afin de démontrer comment l'inscription du diabète à la liste et le remboursement des médicaments liés au diabète et d'autres médicaments connexes reflètent la prévalence de cette maladie chronique, les obstacles qui s'y rattachent et la façon dont ces médicaments contribuent à améliorer l'accès global aux services de prévention et de traitement du diabète au sein des PN/I. L'analyse a été examinée et approuvée par des experts indépendants du Comité consultatif sur l'évaluation de l'utilisation des médicaments (CCEUM) du PSSNA.

L'analyse, qui est présentée à l'Annexe A de la présente évaluation, indique que le diabète est l'un des principaux obstacles en matière de santé auxquels les PN/I sont confrontés aujourd'hui. Afin d'optimiser l'accès au traitement par le biais du PSSNA, les médicaments et les fournitures liés au diabète sont offerts sans restriction dans la plupart des cas. Par conséquent, l'accès aux prestations du PSSNA pour le traitement du diabète est considérable. Par exemple, les personnes identifiées comme étant diabétiques représentent près de 5,5 % de la population admissible au PSSNA (et plus de 8 % des clients ont présenté une demande de prestations pharmaceutiques). Les dépenses affectées aux médicaments et aux fournitures utilisés pour prendre en charge le diabète pour ces personnes représentent 8,8 % de l'ensemble des dépenses du PSSNA dans la catégorie des services pharmaceutiques, et une autre proportion de 10 % des dépenses est affectée aux médicaments visant à traiter les complications de cette maladie. Cet accès aux médicaments et aux fournitures nécessaires est essentiel pour les personnes atteintes du diabète.

Profil des soins dentaires

La question de l'amélioration de l'accès aux soins dentaires a été l'une des principales préoccupations du PSSNA au cours des dernières années, et le Programme a mené des recherches afin d'améliorer les activités dans ce secteur. Le PSSNA a réalisé une analyse sur l'accès des PN/I à sa catégorie des services de soins dentaires et sur l'accès des bénéficiaires aux autres programmes de soins dentaires gérés par le biais de la DGSPNI. Cette analyse, qui a été examinée par le dentiste en chef et les dentistes en chef adjoints de Santé Canada, a conclu que le Programme des SSNA est le plus important programme de soins dentaires de la DGSPNI, autant sur le plan des dépenses que pour le nombre de bénéficiaires. Les données du PSSNA indiquent que le taux d'accès – ou le taux d'utilisation – annuel du PSSNA est demeuré à environ 36 % des bénéficiaires admissibles depuis quelques années.

L'analyse, qui est présentée à l'Annexe B, indique que ce faible taux d'utilisation ne semble pas être attribuable au fait que les PN/I n'ont pas accès au PSSNA; en effet, si on examine les données du PSSNA pour une période de plusieurs années, on constate que le taux d'utilisation par les PN/I s'élève à plus de 50 % pendant deux ans et à plus de 70 % pendant une période de cinq ans. Ces données sous-estiment peut-être elles aussi le taux d'utilisation réel, puisqu'elles se fondent seulement sur les honoraires à l'acte des fournisseurs de soins dentaires et n'englobent pas les services payés par le biais d'ententes avec les fournisseurs de soins dentaires ou d'accords de contribution. Également, ces données ne tiennent pas compte de l'utilisation des soins dentaires offerts par le biais d'autres programmes de la DGSPNI comme l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE).

Enfin, l'étude du PSSNA sur l'accès aux soins dentaires cherchait à comparer le taux d'accès aux soins dentaires par les PN/I par rapport à celui des autres Canadiens. Bien qu'il soit difficile de comparer les données administratives des différents programmes de la DGSPNI par rapport aux données d'enquête à déclaration volontaire sur le taux d'accès global des Canadiens à l'égard des soins dentaires, l'analyse indique que :

- le taux annuel d'utilisation des soins dentaires par les membres des Premières nations est plus faible que le taux canadien global, mais une grande proportion des clients du PSSNA ont eu accès aux prestations pour soins dentaires;
- les services utilisés sont similaires;
- dans les deux cas, les clients ne semblent pas consulter les praticiens en soins dentaires assez souvent pour recevoir des soins préventifs efficaces.

Le PSSNA a récemment pris des mesures, par le biais de son Cadre de mesure du rendement, afin d'ajouter des indicateurs sur l'accès aux soins dentaires. Cela englobe des indicateurs sur l'utilisation des soins dentaires comme la proportion des procédures de prévention par rapport aux procédures de médecine dentaire restauratrice remboursées par le biais du PSSNA, le nombre de bénéficiaires qui ont reçu des soins dentaires sous anesthésie générale et le nombre de bénéficiaires qui ont reçu une anesthésie générale ainsi qu'un antibiotique. L'utilisation de ces indicateurs aidera le Programme à établir une base de référence pour évaluer comment ses soins dentaires sont utilisés au fil du temps.

Transport à des fins médicales et accès aux services

Les membres des Premières nations et les Inuits sont confrontés à un certain nombre d'obstacles en ce qui concerne l'accès aux soins médicaux. Bon nombre d'entre eux, particulièrement ceux qui vivent dans des communautés éloignées/isolées, n'ont pas accès régulièrement aux services de soins de santé de base ou spécialisés. De plus, le fait que la plupart des secteurs de soins de santé sont aux prises avec des pénuries croissantes de main-d'œuvre ne fait qu'aggraver la situation. Ces pénuries signifient que les professionnels de la santé choisissent non seulement de ne pas vivre dans les régions éloignées ou isolées, mais sont souvent réticents à se rendre dans ces régions. Par conséquent, dans les situations comme les urgences médicales, les accouchements et les consultations de spécialistes, les services de transport à des fins médicales sont essentiels pour maintenir et améliorer la santé des Premières nations et des Inuits dans ces communautés.

Les prestations de transport à des fins médicales du PSSNA aident les bénéficiaires admissibles à avoir accès aux services de santé médicalement nécessaires qui ne peuvent être offerts dans les réserves ou leurs communautés de résidence. L'une des façons d'évaluer la pertinence de cette prestation est d'examiner l'affectation des dépenses en lien avec le lieu de résidence des bénéficiaires du PSSNA. Les deux exemples ci-dessous illustrent comment les dépenses du PSSNA dans cette catégorie de services permettent aux PN/I d'avoir accès aux soins médicaux dont ils ont besoin.

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) a élaboré un système de classification afin d'identifier les conseils de bande des PN qui vivent dans des régions éloignées/isolées. Dans le cadre de ce système, les conseils de bande situés dans les régions les plus éloignées/isolées sont classés dans les zones suivantes : Zone 3 – une zone géographique où la Première nation est située à plus de 350 km du centre de service le plus près relié à une route d'accès ouverte à l'année longue; et Zone 4 – une zone géographique où la Première nation n'a pas de route d'accès ouverte et reliée à l'année longue à un centre de service et, de ce fait, doit assumer des coûts de transport plus élevés.

D'après le MAINC, en 2007-2008, la population vivant dans des communautés de Zone 3 et de Zone 4 a été estimée à environ 121 724 habitants. Même si ces personnes ne sont pas toutes des Indiens de plein droit et de ce fait pas toutes admissibles au PSSNA, la plupart d'entre elles sont probablement des bénéficiaires du Programme. Dans l'hypothèse où toutes les personnes vivant dans ces communautés étaient admissibles au PSSNA, en 2007-2008, elles auraient représenté environ 15 % de tous les bénéficiaires admissibles au PSSNA.

En 2007-2008, le PSSNA a dépensé 132,9 M\$ pour les demandes de transport à des fins médicales traitées par le biais des bureaux régionaux (dépenses « de fonctionnement »). Au cours de cette année-là, plus de 56 M\$ ont été dépensés pour les demandes présentées par des personnes vivant dans des communautés éloignées/isolées de Zone 3 et de Zone 4. Autrement dit, sur l'ensemble des dépenses de fonctionnement liées au transport à des fins médicales en 2007-2008, 42 % des dépenses ont été affectées pour offrir l'accès aux services de santé pour les 15 % des bénéficiaires qui vivent dans les communautés éloignées/isolées où il n'y aurait autrement pas eu de services de soins de santé ou peu de services de soins de santé.

Une deuxième façon de démontrer la pertinence des prestations de transport à des fins médicales du PSSNA à l'égard des besoins des clients serait d'examiner les dépenses effectuées dans le Nord. Les bénéficiaires du PSSNA vivant dans le Nord doivent surmonter les mêmes obstacles que les PN/I vivant dans des communautés éloignées et isolées en ce qui a trait à l'accès aux services de santé. Comme c'était le cas pour les PN vivant dans des communautés éloignées et isolées, les dépenses du PSSNA à l'égard des services de transport à des fins médicales sont disproportionnellement destinées aux bénéficiaires vivant dans le Nord. À titre d'exemple, 28 469 clients vivant au Nunavut étaient inscrits au PSSNA. En 2007-2008, le PSSNA a offert au gouvernement territorial 16,2 M\$ en financement dans le cadre d'accords de contribution afin de fournir les services de transport à des fins médicales au titre du PSSNA. Par conséquent, environ 3,5 % des bénéficiaires inscrits représentaient près de 13 % de l'ensemble du financement offert par le PSSNA dans le cadre d'accords de contribution en 2007-2008.

Comme l'indiquent ces exemples, les dépenses du PSSNA dans la catégorie des services de transport à des fins médicales, qui sont offerts à tous les membres admissibles des PN/I, sont en grande partie destinées à aider les bénéficiaires des régions éloignées/isolées à recevoir les services de santé. Sans ces programmes, ces personnes auraient accès à beaucoup moins de services pour répondre à leurs besoins en matière de santé.

4.2.2 Respect des exigences du Programme des SSNA (R.4.2)

Les vérifications approfondies et systématiques du respect des exigences ont permis de dégager des éléments de preuve solides pour aborder les questions liées au respect des exigences. L'évaluation a révélé qu'en général, les niveaux de conformité à l'égard des exigences du PSSNA étaient élevés. Afin d'assurer l'intégrité du traitement des demandes et des paiements, le PSSNA a élaboré une approche approfondie en matière de vérification des prestations. Dans le cadre du Programme de vérification des fournisseurs de SSNA, Santé Canada a demandé au responsable du traitement des demandes de procéder à un éventail de vérifications d'après les directives du Programme des SSNA, en plus de réaliser un ensemble de processus de vérification et de contrôles financiers avant et après les paiements.

Les activités de vérification ont pour but de déterminer si le Programme des SSNA respecte les exigences en matière d'imputabilité dans l'utilisation des fonds publics et de s'assurer que les fournisseurs respectent les modalités du Programme. Les objectifs du programme de vérification sont de repérer les irrégularités dans la facturation, de confirmer l'autorisation d'exercer des fournisseurs, de s'assurer que les signatures requises sur les demandes de paiement sont valides, de vérifier que les services payés ont effectivement été reçus par les bénéficiaires admissibles au PSSNA et de s'assurer que les fournisseurs gardent la documentation relative à chaque demande de paiement. Les demandes de paiement non conformes aux exigences de facturation du Programme des SSNA sont soumises au processus de recouvrement du programme de vérification. Une description des différentes activités de vérification des fournisseurs est présentée dans le Cadre de contrôle financier du SISTDP.

Dans le cadre du Programme des SSNA, une proportion considérable des dépenses liées aux services de santé non assurés sont affectées par le biais d'accords de contribution avec les PN/I. À cette fin, les bureaux régionaux appuyés par l'AC du PSSNA négocient des accords de contribution avec les organisations bénéficiaires (p. ex. un conseil de bande ou un conseil tribal des PN) qui offrent des services particuliers du PSSNA à un groupe défini de clients. Les bureaux régionaux du PSSNA offrent le financement pour ces accords et ont également la responsabilité de contrôler les résultats. Chaque accord de contribution énonce les activités de production de rapports obligatoires avec les échéanciers connexes dont les gestionnaires régionaux du Programme des SSNA se serviront pour réaliser les activités de contrôle continues comme les visites sur place, les rencontres périodiques et l'évaluation des rapports financiers et non financiers. De plus, les organisations bénéficiaires doivent faire appel à des vérificateurs externes indépendants qui réaliseront annuellement, les vérifications des états financiers. Une description de l'approche de gestion de la vérification des accords de contribution est présentée dans le module 4 des Connaissances dans un ouvrage intitulé « Processus opérationnels pour la gestion des accords de contribution de la DGSPNI ».

Par le passé, les activités de vérification du PSSNA étaient axées sur les demandes de prestations traitées par le SISTDP. Au cours des dernières années, le Programme a commencé à élargir ces activités afin d'englober les autres catégories de services, y compris les services de transport à des fins médicales, les soins de la vue et les services d'intervention en santé mentale. Dans le cadre de ce processus, le PSSNA a élaboré des cadres de vérification et a réalisé des vérifications pilotes à l'aide de ces cadres pour chacune des catégories de services. Les vérifications pilotes ont permis de démontrer que les cadres sont des mécanismes efficaces pour procéder à des examens sur l'utilisation de ces prestations et sur leurs dépenses connexes, et ces cadres serviront de fondement pour les futures activités de vérification améliorées.

Le Programme des SSNA collabore avec des associations de fournisseurs et des fournisseurs individuels afin d'accroître la sensibilisation à l'égard de ces questions et d'autres questions pour ainsi promouvoir le respect des modalités du Programme. Le Bureau du vérificateur général a indiqué que le programme de vérification des services pharmaceutiques du PSSNA constitue une pratique exemplaire pour l'ensemble des régimes fédéraux d'assurance-médicaments.

Sommaire des constatations en matière de vérification

Le PSSNA surveille de plusieurs façons le suivi de ses activités de vérification, notamment en faisant état des principales constatations du Programme dans le cadre de ses différentes vérifications. En 2008-2009, les vérifications sur place ont permis de cerner les principaux problèmes suivants :

- les documents à l'appui des demandes déjà payées n'étaient pas disponibles ou ne respectaient pas les exigences du programme des SSNA;
- les demandes payées ne concordaient pas avec l'article ou le service fourni au client;
- la demande de paiement pour des articles ou des services était soumise avant que ceux-ci ne soient fournis aux clients;
- les médicaments ou les articles ainsi que les honoraires ou la marge bénéficiaire s'y rattachant étaient trop élevés.

Néanmoins, ces recouvrements représentent chaque année moins de 0,4 % des dépenses du PSSNA dans chaque catégorie de services, et la grande majorité des fournisseurs respectent les modalités de facturation du PSSNA. Toutefois, bien que le pourcentage des recouvrements par rapport à l'ensemble des dépenses engagées dans les SSNA semble constant dans la catégorie des soins dentaires, il est difficile d'établir une tendance à partir de ces constatations, puisque les recouvrements sont en fonction du nombre de vérifications réalisées par le PSSNA et des problèmes (et recouvrements) qui en découlent. De plus, il convient de souligner que ces données ne doivent pas être interprétées comme une évaluation complète de l'incidence du processus de vérification, puisqu'il faut tenir compte de l'effet de dissuasion sur les irrégularités dans la facturation et, par conséquent, sur les dépenses découlant de ces activités de vérification.

Depuis 2007, en plus de ces recouvrements, le Programme des SSNA procède à l'examen annuel des fournisseurs afin de déceler des anomalies de facturation. Lorsque des anomalies de

facturation inexpliquées sont constatées, les fournisseurs peuvent être soumis à un régime de facturation restreinte ou être retirés de la liste des fournisseurs en raison du risque financier qu'ils représentent pour le programme des SSNA. En 2008-2009, par suite de cet examen, dix pharmacies et deux fournisseurs de soins dentaires ont été retirés de la liste.

Examen des services pharmaceutiques

Le PSSNA a mis sur pied le Comité consultatif d'évaluation de l'utilisation des médicaments (CCEUM) en 2003 afin de s'assurer que les pratiques d'inscription des médicaments sur la liste des prestations pharmaceutiques couverts demeurent conformes à la pratique clinique courante. Le CCEUM est un comité consultatif indépendant, composé de professionnels des soins de santé qui sont spécialisés dans l'évaluation de l'utilisation des médicaments et des questions liées à la santé des Autochtones. Un certain nombre de professionnels de la santé des PN/I font également partie du Comité.

Le Comité examine les tendances liées à l'utilisation des médicaments en fonction des priorités établies par suite de développements dans la documentation clinique / scientifique, en raison de problèmes potentiels en matière de sécurité, comme une mise en garde sur l'utilisation d'un médicament particulier, ou en raison de questions qui peuvent présenter un intérêt particulier pour les bénéficiaires des Premières nations et des Inuits inscrits au Programme des SSNA. Lorsque des problèmes sont cernés, le CCEUM recommande des changements aux politiques du Programme ou à l'égard de communications/interventions des fournisseurs; il aide également le PSSNA à évaluer l'incidence de ces interventions. Le Comité communique périodiquement les résultats de ses analyses aux professionnels de la santé à partout au Canada au moyen de son Bulletin sur l'évaluation de l'utilisation des médicaments (EUM). Le PSSNA a publié des bulletins, examinés et approuvés par le CCEUM, dans lesquels il présente des constatations particulières du Comité en ce qui a trait à l'utilisation des médicaments pour le diabète, des opioïdes, des benzodiazépines et des thérapies pour l'asthme.

4.2.3 Mesure dans laquelle les programmes et les politiques se fondent sur des résultats probants (R.4.3)

Les examens des documents et les entrevues en rapport avec les différents comités qui offrent des conseils d'ordre médical sur l'élaboration des programmes et des politiques pour le PSSNA ont permis de démontrer que l'élaboration des programmes et des politiques se fonde sur des résultats probants. Les examens des documents ont également fait ressortir les efforts déployés par les cadres supérieurs pour utiliser les données liées à la mesure du rendement afin d'appuyer leurs décisions, y compris les rapports annuels (rendement) qui présentent les dépenses et les tendances constatées à l'égard des données.

L'évaluation a révélé que les programmes et les politiques du PSSNA se fondent sur une base de données probantes. Tel qu'il est indiqué ci-dessus, les prestations sont ajoutées à la liste ou financées selon le jugement d'un médecin ou d'un dentiste. De plus, le PSSNA compte sur plusieurs comités consultatifs d'experts afin de s'assurer que le versement des prestations reflète les données cliniques et scientifiques courantes. En outre, le Programme collabore activement

avec les fournisseurs et les bénéficiaires afin de veiller à ce que leurs expériences et leurs valeurs soient prises en considération dans les politiques et le processus décisionnel du PSSNA.

Le PSSNA fait appel aux conseils de deux comités d'experts qui examinent les données de recherche afin de déterminer si un médicament donné doit être remboursé dans les prestations liées aux services pharmaceutiques. Ces comités, le Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique et le Programme fédéral-provincial-territorial commun d'évaluation des médicaments, présentent au Programme des recommandations concernant les médicaments qui pénètrent le marché canadien ainsi que leur rapport coût-efficacité. Ces recommandations et les décisions subséquentes du Programme se fondent sur une détermination de la pertinence ou de l'efficacité d'un produit donné dans le traitement d'une affection reconnue (p. ex. le diabète). De plus, afin de s'assurer que le Programme offre un éventail de services qui continuent de répondre aux besoins des bénéficiaires, le PSSNA a mis sur pied le CCEUM. Les activités de ce comité sont décrites ci-dessus.

Dans le même ordre d'idées, le Programme des SSNA participe au Comité consultatif fédéral des soins dentaires (CCFSD). Le CCFSD est un organisme consultatif formé de professionnels de la santé buccodentaire qui formulent des avis impartiaux et pratiques à l'intention du dentiste en chef de Santé Canada et de chacun des ministères fédéraux qui participent au Partenariat fédéral pour les soins de santé. L'approche se fonde strictement sur des résultats probants, puisque les conseils reflètent les connaissances en santé buccodentaire et les connaissances scientifiques, les pratiques exemplaires courantes dans tous les aspects de la pratique clinique ainsi que la prestation des services de santé en fonction des besoins particuliers des bénéficiaires en matière de santé. Le CCFSD fournit au PSSNA des conseils sur les politiques en matière de santé buccodentaire, les pratiques exemplaires et la santé buccodentaire fondée sur des résultats probants ainsi que des questions cliniques particulières, y compris les enjeux courants, les nouvelles technologies et procédures et les questions complémentaires qui auront une incidence sur la santé buccale et dentaire des clients.

4.2.4 Durabilité (R.4.4)

La durabilité, qui s'inscrit dans les résultats intermédiaires du modèle logique du PSSNA, est généralement définie comme la capacité du PSSNA de maintenir ses dépenses en-deçà de ses niveaux de référence. La présente évaluation a indiqué que le PSSNA a demandé et obtenu du financement additionnel au-delà de ses niveaux de référence (croissance d'environ 2,2 %) afin de financer la croissance du Programme (croissance d'environ 6 %), ce qui démontre que le PSSNA n'est pas durable à cet égard. Toutefois, l'évaluation a révélé que, comme la durabilité (définie ci-dessus) est un objectif, le fait que le Programme des SSNA doit demander du financement supplémentaire chaque année n'est pas un indicateur de rendement valable pour mesurer la gestion du Programme. Bien que le Programme ait mis en place des stratégies visant à réaliser des économies par le biais de la gestion du Programme et que ces stratégies contribuent à éviter des coûts (voir Section 4.3), ces mesures seules ne sont pas suffisantes pour assurer la durabilité à long terme du Programme tant et aussi longtemps que la croissance du Programme n'est pas mieux calculée.

4.2.5 Amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits (R.4.5)

Les statistiques officielles indiquent que l'écart entre l'état de santé des PN/I et celui des autres Canadiens s'atténue, mais existe toujours. Comme pour la plupart des interventions en santé, il est difficile d'attribuer aux effets particuliers du Programme le résultat final que constitue l'amélioration de l'état de santé au niveau de la population. Bien que ce résultat ne soit pas directement attribuable au PSSNA, l'état de santé des PN/I s'est amélioré au cours des 20 dernières années sur certains points comme l'espérance de vie et la réduction de la mortalité infantile.

L'évaluation a révélé que, de façon générale, on peut raisonnablement affirmer que les prestations fondées sur des résultats probants du PSSNA contribuent à l'amélioration de l'état de santé des PN/I. En effet, l'évaluation présente certaines données de recherche qui indiquent que des interventions particulières, comme le traitement du diabète, ont répondu à un besoin particulier en matière de santé ou ont contribué à réduire la prévalence de la maladie. Comme les interventions individuelles ont une incidence positive directe en matière de santé au niveau individuel, il est raisonnable d'attribuer à la prestation de services de santé médicalement nécessaires et fondés sur des résultats probants dans le cadre du PSSNA une certaine contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population des PN/I. Le Programme a révisé son cadre de mesure annuelle du rendement afin d'associer clairement les extrants et les résultats immédiats/intermédiaires du programme à ce résultat stratégique final, soit l'amélioration de l'état de santé.

Bien qu'il ne soit pas possible d'en confirmer l'incidence, on peut affirmer que le remboursement par le PSSNA des médicaments pour le diabète, conformément aux lignes directrices de la pratique clinique, contribue à améliorer la qualité de vie des PN/I atteints de diabète. De plus, en contribuant à prendre en charge cette affection par le biais de la pharmacothérapie, le Programme contribue à prévenir certaines des répercussions en aval et des complications associées au diabète comme la cécité, les accidents vasculaires cérébraux et l'amputation des membres inférieurs. Ces constatations sont présentées en détail à l'Annexe A.

En ce qui concerne la santé mentale, il convient de souligner que les dépenses dans cette catégorie de services ont été réduites au cours des dernières années, une réduction qui peut être attribuée à la participation à d'autres programmes de counselling, de transport et de soutien affectif pour les PN/I comme les programmes liés à la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens. Comme la clientèle de ces services chevauche considérablement celle des services du PSSNA, il est raisonnable de croire que l'augmentation de la participation à ces programmes est un facteur important dans la diminution des taux d'utilisation des services d'intervention d'urgence en santé mentale du PSSNA. À ce titre, bien qu'on puisse raisonnablement attribuer à des prestations du PSSNA une certaine contribution aux résultats positifs à long terme en matière de santé au niveau de la population, l'incidence particulière du Programme des SSNA ne peut être isolée. Il y a toutefois d'autres solutions potentielles qui permettraient d'utiliser le Programme des SSNA et d'autres données afin d'évaluer et de coordonner les stratégies d'intervention dans l'ensemble des secteurs et du groupe de programmes de la DGSPNI.

Le PSSNA a également réalisé des progrès en ce qui concerne la mesure du rendement liée aux résultats en matière de santé. Le Cadre de mesure du rendement 2007-2008 du PSSNA décrit les indicateurs de la mesure du rendement qui sont liés à chacun des extrants attendus et des résultats immédiats et intermédiaires décrits dans le modèle logique du Programme. Ces indicateurs démontrent que le PSSNA atteint ses résultats immédiats et intermédiaires attendus, mais que le résultat final, soit la contribution à l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires, serait difficile à mesurer.

En se fondant sur ces constatations, le PSSNA a révisé ses indicateurs de rendement en avril 2009. L'un des résultats clés de cette révision indique que, bien que le PSSNA ne soit pas en mesure de démontrer à partir de ses données administratives un lien de cause à effet avec les résultats en matière de santé, le Programme a pu démontrer qu'un éventail de processus est en place pour s'assurer que les prestations se fondent sur les meilleures données cliniques et scientifiques disponibles. Par conséquent, le Programme a identifié un certain nombre de nouveaux indicateurs pour démontrer comment les activités du PSSNA contribuent à l'atteinte du résultat final que constitue l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires.

Les nouveaux indicateurs, élaborés en grande partie en collaboration avec des spécialistes externes, englobent également ceux qui sont présentés dans le Rapport annuel sur la sécurité des bénéficiaires du PSSNA (comme le nombre de demandes rejetés en raison de préoccupations liées à la sécurité des bénéficiaires et le nombre d'interventions réalisées par le PSSNA avec des pharmaciens et des médecins dans les cas où des problèmes ont été cernés en ce qui a trait à la sécurité des bénéficiaires), ce qui démontre une fois de plus que les politiques fondées sur des résultats probants du PSSNA (dans le présent cas, l'utilisation appropriée et sécuritaire des médicaments) permettent de s'assurer que les bénéficiaires des services couverts ou financés par le PSSNA aident les bénéficiaires à améliorer leur état de santé.

4.2.6 Constatations et conclusions sur la question du rendement

(i) Réalisation des résultats immédiats et intermédiaires du Programme

L'évaluation a révélé que le Programme des SSNA a été en mesure d'atteindre ses résultats immédiats et intermédiaires attendus en ce qui a trait au rendement du Programme. Le taux de participation des bénéficiaires admissibles du Programme était élevé, et le Programme a atteint la plupart de ses objectifs en ce qui concerne la réalisation du Programme. Le Programme est en mesure d'assurer le traitement efficace des demandes, ses coûts d'administration sont peu élevés par rapport à ceux d'autres régimes comparables, et le Programme a mis en place un certain nombre de processus afin de s'assurer que les fournisseurs et les bénéficiaires respectent ses exigences administratives.

L'analyse des données sur la gestion du Programme des SSNA a permis de dégager des éléments de preuve solides dans des secteurs clés comme la prise en charge du diabète, ce qui n'aurait pas été possible sans les mesures de rendement du PSSNA et l'analyse des interventions du Programme.

(ii) On peut raisonnablement attribuer aux prestations du PSSNA une certaine contribution à l'amélioration de l'état de santé des PN/I

La santé des PN/I s'est améliorée au cours des dernières décennies. Bien qu'on ne puisse isoler l'incidence du Programme des SSNA et que les liens de cause à effet ne puissent pas toujours être démontrés, l'évaluation a révélé que chacune des prestations offertes par le PSSNA se fonde sur des résultats probants et représente une intervention médicalement nécessaire. Par conséquent, on peut raisonnablement affirmer que le Programme a eu une incidence positive sur l'état de santé de la population des PN/I conformément au mandat et à l'objectif final du Programme. De plus, l'examen et l'analyse du traitement de maladies et d'affections particulières par le biais des services couverts par le PSSNA (comme l'analyse de cas sur l'utilisation des médicaments conformément aux lignes directrices de la pratique clinique pour le traitement du diabète) démontrent qu'un lien particulier peut être établi entre les prestations particulières du PSSNA et le traitement efficace de certaines maladies chroniques.

(iii) Les données sur la mesure du rendement du PSSNA peuvent avoir d'autres applications au sein de la DGSPNI

La preuve selon laquelle les interventions du PSSNA ont eu une incidence démontrable sur les résultats en matière de santé dans le secteur des maladies et des affections particulières est utile pour la mesure du rendement du PSSNA et pourrait également être utile à d'autres catégories du Programme en appuyant les programmes sur le diabète et d'autres programmes de Santé Canada, par exemple l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants.

4.3 Efficience et économie

La meilleure façon d'appuyer les principales questions d'efficience et d'économie du gouvernement du Canada pour 2009 est de déterminer des indicateurs précis se fondant sur les données financières, ainsi que des indicateurs se fondant sur les données financières et non-financières relatives au coût et des points de référence ou d'autres outils utiles de comparaison. Bien qu'il soit nécessaire de prendre en considération toute la gamme d'analyses économiques possibles pour chaque évaluation à l'échelle individuelle, la détermination de l'économie et de l'efficience suppose une perspective économique à l'échelle du programme ou éventuellement à l'échelle de la société et non individuelle. En d'autres mots, même si chaque bénéficiaire tire des avantages du coût des interventions du programme des SSNA, ce ratio coûts-avantages est moins important pour l'analyse actuelle. Il faut plutôt se concentrer sur l'analyse coût-efficacité axée sur le programme et évaluer si les services du programme des SSNA peuvent être offerts de manière plus économique ou s'il est possible d'obtenir les mêmes résultats ou des meilleurs résultats avec des coûts inférieurs.

Les entrevues, l'examen des dossiers et les études d'étalonnage ont fourni des sources de données solides pour l'analyse économique du rendement du programme. Les examens des dossiers et les études d'étalonnage peuvent aussi indiquer si le traitement des demandes et la gestion générale sont efficaces et économiques.

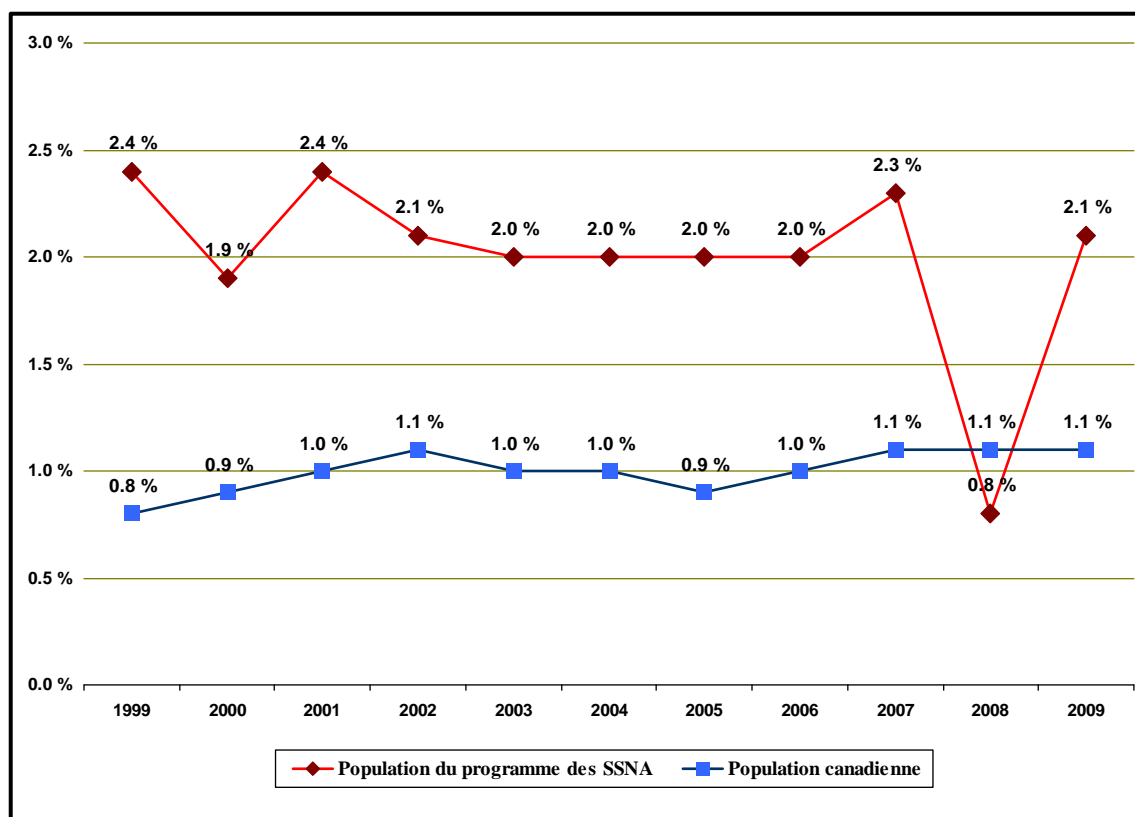
4.3.1 Facteurs de coût

L'analyse coût-efficacité suivante décrit les facteurs de coût sous-jacents au profil de dépenses du programme présenté à la section 1.6 et examine en détail les frais généraux, y compris les points de référence par rapport à ceux d'autres payeurs. Comme pour tout autre programme de soins de santé, les dépenses du programme des SSNA continuent d'augmenter à un taux souvent supérieur à celui d'autres programmes. Les frais généraux du programme et le taux de croissance annuel sont indiqués dans la Figure 3.

Croissance de la clientèle

Bien qu'un grand nombre de facteurs de coût du programme des SSNA soient identiques à ceux d'autres programmes qui offrent des services similaires, le programme des SSNA fait face à plusieurs défis et facteurs de coût uniques pour fournir ses services, notamment une clientèle en croissance rapide (Figure 3) puisque la population des Premières nations et des Inuits a un taux de croissance supérieur à celui de la population canadienne dans son ensemble et fait face aux problèmes de santé uniques susmentionnés.

Figure 3
Comparaison du taux de croissance de la population du programme des SSNA par rapport à la population canadienne



Facteurs de coût selon les secteurs de services

Tel que mentionné, l'évaluation a permis de déterminer que peu de facteurs de coût du programme des SSNA qui peuvent être manipulés sont gérés en permanence. Bien que le nombre de bénéficiaires admissibles et la disponibilité de services médicaux puissent augmenter en tant que facteur externe au programme des SSNA, il est possible de prendre certaines mesures (et certaines mesures ont été prises) qui ont une incidence sur les coûts, par exemple, la gestion des modèles de prestation et des frais généraux. La croissance des dépenses du programme des SSNA peut être attribuable aux facteurs de coût dans chacun des secteurs de services suivants :

Produits pharmaceutiques

L'augmentation de l'utilisation de médicaments sur ordonnance dans la médecine moderne au Canada est bien documentée, car de plus en plus de maladies sont traitées ou gérées avec des médicaments par opposition aux chirurgies. En raison de leur utilisation pour traiter différentes maladies, ils sont devenus un élément de plus en plus important du système de soins de santé.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses pour les médicaments sur ordonnance continuent d'être la composante des dépenses de santé qui affiche la plus forte croissance et la deuxième composante en importance des dépenses de santé au Canada après les frais d'hôpital. Selon l'ICIS, plusieurs facteurs ont une influence sur l'augmentation de ces dépenses. Les facteurs les plus importants, documentés par l'ICIS et par d'autres organismes qui analysent les dépenses pour les médicaments, sont principalement :

- l'augmentation de l'utilisation de médicaments;
- la mise au point et l'utilisation de nouvelles thérapies plus chères.

Transport à des fins médicales

L'augmentation des prestations de transport à des fins médicales est influencée par un grand nombre de facteurs, y compris l'augmentation de la demande et de l'utilisation des services de santé par les membres des Premières nations et les Inuits, le coût pour fournir l'accès aux soins de santé à une population très dispersée qui vit souvent dans des régions éloignées et isolées, l'absence de fournisseurs de soins de santé qui offrent des services aux membres des Premières nations et aux Inuits dans les régions éloignées, les modifications apportées aux programmes provinciaux, par exemple, la centralisation croissante des services de santé dans les grandes villes, l'augmentation des coûts liés au carburant et d'autres pressions inflationnistes.

En outre, les coûts du transport à des fins médicales sont aussi influencés par les nouvelles méthodes de prestation de services de santé. Par exemple, selon l'ICIS :

- Au Canada 2,2 millions de patients ont reçu des soins hospitaliers de courte durée en 2004-2005, une baisse de 13,1 % depuis 1995-1996.
- Le nombre de jours passés dans des hôpitaux de soins de courte durée au Canada (à l'exception du Québec) est passé de 16,6 millions en 1995-1996 à 14,9 millions en 2004-2005, une diminution de 9,9 % au cours des neuf dernières années.

- Le nombre total de jours passés dans un hôpital de soins de courte durée au Canada a diminué constamment depuis 1995-1996. La durée moyenne des séjours dans un hôpital à l'échelle nationale est passée de 7,2 jours en 1995-1996 à 7 jours en 1998-1999 et a augmenté de nouveau en 1999-2000 de 0,1 jour par an et a atteint 7,4 jours en 2002-2003. Cette tendance a changé en 2003-2004 lorsque la durée moyenne des séjours dans un hôpital est passée à 7,3 jours.

Puisque les taux d'hospitalisation et la durée du séjour dans un hôpital continuent de diminuer, le programme des SSNA fait face à des pressions inflationnistes relativement aux coûts du programme puisque le programme doit financer les repas et l'hébergement pour des personnes qui, dans le passé, auraient été hospitalisées pour obtenir des soins de santé (et ces frais auraient été payés par les programmes provinciaux et territoriaux).

Soins dentaires

La croissance des prestations de soins dentaires est attribuable à la piètre santé buccodentaire des membres des Premières nations et des Inuits, au coût lié à la prestation de soins dentaires à une population très dispersée, à l'augmentation des frais facturés par les dentistes pour fournir les services, à l'augmentation du coût et de l'utilisation des nouvelles thérapies et procédures et au taux d'accès au programme des SSNA. Les taux élevés de diabète des membres des Premières nations et des Inuits peut aussi avoir une incidence sur les coûts des soins dentaires.

Soins de la vue

La croissance des prestations de soins de la vue est influencée par le taux d'accès des bénéficiaires au programme des SSNA et par les changements apportés par les gouvernements provinciaux au financement des soins de la vue pour les examens de la vue. Les taux élevés de diabète des membres des Premières nations et des Inuits peuvent aussi avoir une incidence sur les coûts des soins de la vue.

Santé mentale

Les différences dans les dépenses engagées pour la santé mentale dans le cadre du programme des SSNA sont fonction d'un certain nombre de facteurs. En premier lieu, en raison de l'importance de ces prestations, des petits changements dans les dépenses donnent lieu à des fluctuations importantes du pourcentage par rapport à d'autres catégories de prestations. En deuxième lieu, les dépenses dans ce domaine sont « axées sur la demande » et, par conséquent, varient d'une année à l'autre. En dernier lieu, la diminution actuelle des dépenses du programme des SSNA peut être attribuable à la mise en place d'autres services de conseils professionnels, de transport et de soutien émotif, par exemple, les programmes liés à la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens. Puisque la plupart des bénéficiaires qui utilisent ces services reçoivent aussi des prestations du programme des SSNA, on peut supposer raisonnablement que la tendance à la hausse dans ces programmes peut être un facteur important de la diminution des taux d'utilisation des services de consultation d'urgence sur la santé mentale du programme des SSNA.

Croissance des dépenses par rapport à d'autres payeurs

L'évaluation a révélé que les taux de croissance des dépenses du programme des SSNA se comparent favorablement à ceux d'autres programmes qui offrent des services similaires partout au pays. Par exemple, le Tableau 6 compare les taux de croissance actuels du programme des SSNA à différentes mesures de croissance à l'échelle nationale des dépenses pharmaceutiques au Canada.

Tableau 6
Croissance des dépenses pour le programme des SSNA et d'autres programmes

Taux de croissance des dépenses pharmaceutiques du programme des SSNA (2008-2009)	3,9 %
Estimé de la croissance des dépenses en médicaments du secteur public de l'ICIS (année civile 2008)*	7,3 %
Estimé de la croissance des dépenses en médicaments (secteur public et privé) de l'ICIS (année civile 2008)*	7,6 %
Estimé de d'IMS Health (année civile 2007)	6,4 %
Estimé de la croissance des dépenses des prestataires de services privés (année civile 2008)	5 %

* Source : ICIS, Tendances des dépenses nationales de santé. 1975-2009.

Dans le même ordre d'idées, le Tableau 7 indique le taux de croissance prévu des régimes d'assurance-médicaments publics pour 2008-2009 partout au pays avec une prévision pour tout le Canada de 7,2 %. Le taux de croissance des dépenses pharmaceutiques du programme des SSNA était de 3,9 % en 2008-2009.

Tableau 7
Taux de croissance prévus des dépenses pour le programme des SSNA et d'autres programmes

Colombie-Britannique	1,0 %
Alberta	6,0 %
Saskatchewan	13,7 %
Manitoba	2,9 %
Ontario	5,7 %
Québec	8,5 %
Nouvelle-Écosse	15,5 %
Terre-Neuve	19,4 %
Île-du-Prince-Édouard	13,0 %
Nouveau-Brunswick	2,4 %
Territoires-du-Nord-Ouest	10,6 %
Yukon	3,6 %
Nunavut	-5,7 %

Source : ICIS, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2008. Total des dépenses de santé par province et territoire et pour le Canada, 1975-2008. Dollars indexés. Secteur public, tableau B.3.1.

* La réduction de la population cliente des SSNA en 2008 s'explique avant tout par le retrait des membres de l'Association des Inuits du Labrador (AIL) dans la région de l'Atlantique, à qui les services de santé non assurés sont maintenant offerts par le gouvernement du Nunatsiavut.

4.3.2 Efficience et économie du traitement des demandes

Le programme des SSNA gère ses secteurs de services au moyen d'un certain nombre de systèmes électroniques. Ces systèmes, développés pour répondre à la demande croissante de services de santé et au besoin pour le programme des SSNA de mettre en œuvre un cadre uniforme de gestion des services comportant des règles communes pour tout le pays dans ses secteurs de services, permettent d'évaluer efficacement les demandes. Par exemple, en 2008-2009, le programme des SSNA a traité plus de 15,6 millions de demandes de prestations pharmaceutiques et plus de 2,5 millions de demandes de prestations de soins dentaires.

Pour ces demandes, la plupart des demandes de prestations sont traitées en temps réel en fonction des règles du programme, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir l'autorisation préalable ou la prédétermination, pour s'assurer que les bénéficiaires reçoivent les services en temps opportun. Par exemple, dans le cadre du programme des SSNA, on a traité en 2008-2009 des millions de demandes de prestations pharmaceutiques et moins de 4,5 % ont nécessité une autorisation préalable. Dans le même ordre d'idées, moins de 10 % des demandes de remboursement des frais dentaires ont nécessité la prédétermination.

Lorsque des restrictions existent pour certains produits ou procédures dans le cadre du programme des SSNA, des processus ont été mis en place pour permettre aux fournisseurs de travailler avec le programme de manière à traiter les demandes en temps opportun. Par exemple, le Centre des exceptions pour médicaments (CEM) du programme des SSNA est un centre d'appel sans frais à l'échelle nationale qui traite les demandes des pharmaciens pour des prestations pharmaceutiques qui nécessitent une autorisation préalable. Le CEM assure une application uniforme de la politique en matière de prestations pharmaceutiques du programme des SSNA partout au pays et, par conséquent, assure une approche fondée sur la preuve pour le financement des prestations pharmaceutiques. Le CEM a été mis en place en 1997 et, ayant évolué depuis ce temps, peut actuellement traiter efficacement les demandes qui nécessitent une autorisation préalable. Le CEM reçoit actuellement plus de 1 100 appels par jour de toutes les régions du Canada et, en moyenne, traite les demandes individuelles en une demi-journée.

En 2005, le programme des SSNA a modifié le modèle opérationnel du CEM de manière à utiliser des consultants et des techniciens en pharmaceutique à temps plein au lieu des médecins à temps partiel pour traiter les autorisations préalables. Ce changement et les améliorations apportées aux différents systèmes d'évaluation des demandes dans le cadre du programme des SSNA ont permis au CEM de réduire le délai de réponse entre la réception des demandes d'autorisation préalable, après avoir obtenu tous les documents, et la prise de décision de 1,58 jours par appel en juillet 2005 à 0,46 jours par appel à la fin du dernier exercice financier. Ce délai de réponse est nettement supérieur aux normes de l'industrie.

Les frais administratifs du programme des SSNA sont expliqués dans le Tableau 8. Les dépenses liées aux prestations du programme sont comptabilisées et communiquées séparément des coûts administratifs depuis 2006-2007. Cela rend possible une meilleure transparence des dépenses pour chaque catégorie de dépenses et permet de mettre en évidence les différents taux de croissance des dépenses. Le taux des dépenses totales, y compris les contributions aux dépenses, a connu une croissance plus rapide que les dépenses liées aux salaires et au fonctionnement.

Deux types de frais administratifs sont engagés pour gérer le programme des SSNA : 1) dépenses salaires et fonctionnement et 2) paiements à l'entreprise qui traite les demandes au moyen du SISTDP.

Tableau 8
Dépenses du programme des SSNA pour les salaires, fonctionnement, traitement des demandes et prestations

	EF 2006-2007	EF 2007-2008	EF 2008-2009
Dépenses pour les salaires et fonctionnement	34,0 \$	36,5 \$	35,9 \$
Traitement des demandes et paiements	18,3 \$	21,1 \$	23,3 \$
Dépenses pour les prestations	837,9 \$	877,1 \$	908,4 \$

Les études d'étalonnage des frais administratifs ont révélé que les options d'approvisionnement externes disponibles pour le programme des SSNA sont semblables à celles utilisées par d'autres régimes publics ou privés et que le programme des SSNA peut utiliser ces options sans pratiquement aucune restriction ou limitation. D'autres régimes gèrent efficacement les relations avec les fournisseurs externes pour des fonctions administratives sans incidence sur l'efficacité du programme. Le rapport précise que les frais administratifs pour le traitement des demandes du programme des SSNA seraient plus élevés si les demandes étaient traitées à l'interne.

Il est important de souligner que, comme pour d'autres prestataires de services de maladie, le programme des SSNA a connu une augmentation générale du nombre de paiements annuels. Cette croissance du nombre de paiements des prestations est attribuable à l'augmentation générale de la demande de soins de santé et à l'augmentation du nombre de bénéficiaires inscrits au programme des SSNA, notamment la croissance du nombre de demandes de prestations pour certains médicaments sur ordonnance tels que la méthadone, pour laquelle il est nécessaire d'obtenir une ordonnance chaque jour et, par conséquent, les demandes de prestations sont traitées chaque jour.

4.3.3 Efficience et économie de la gestion du programme

Activités visant à promouvoir une gestion efficace et économique

Dans le cadre du programme des SSNA, on a pris un certain nombre de mesures pour promouvoir une gestion efficace et économique du programme, y compris l'adoption de nouvelles règles sur les prix des médicaments génériques en Ontario. En mai 2007, dans le cadre du programme des SSNA on a appliqué des nouveaux prix pour les médicaments génériques et on a déterminé un niveau plus faible de tolérance ou de majoration des prix des médicaments de manière à harmoniser les prix du programme avec les nouveaux prix (moins élevés) payés par le Programme de médicaments de l'Ontario. Par conséquent, le programme des SSNA est devenu le premier et le seul payeur public ou privé de prestations pharmaceutiques en Ontario, à l'exception du Programme de médicaments de l'Ontario, qui a réduit le montant du remboursement pour ces produits, et continue de l'être. Le programme des SSNA a été en mesure d'épargner, grâce à l'application de ces prix, 3 millions de \$ pendant la première année.

Dans le cadre du programme des SSNA, en septembre 2008, on a aussi adopté une politique d'approvisionnement à court terme pour régler le problème d'augmentation de la fréquence et, par conséquent, des frais d'exécution d'ordonnance (c.-à-d. exécution d'ordonnance journalière ou hebdomadaire). Dans le cadre de cette politique, le programme verse un seul remboursement tous les 28 jours pour les frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments qui traitent les maladies chroniques. Pour certains médicaments « à risque élevé », lorsqu'il y a des préoccupations pour la sécurité ou un risque de diversion ou des problèmes de conformité (par exemple, narcotiques, benzodiazépines), les médicaments peuvent être fournis pour une période de moins de 28 jours. L'objectif de cette politique était de réduire le volume des ordonnances et les dépenses engagées dans le cadre du programme pour l'approvisionnement à court terme. On s'attend à ce que cette politique permette au programme d'épargner 7 millions de \$ en 2009-2010.

Dans le cadre du programme des SSNA, on a pris un grand nombre de mesures à l'échelle nationale pour améliorer l'efficacité et l'économie des prestations de transport à des fins médicales. Ce travail a visé trois domaines prioritaires :

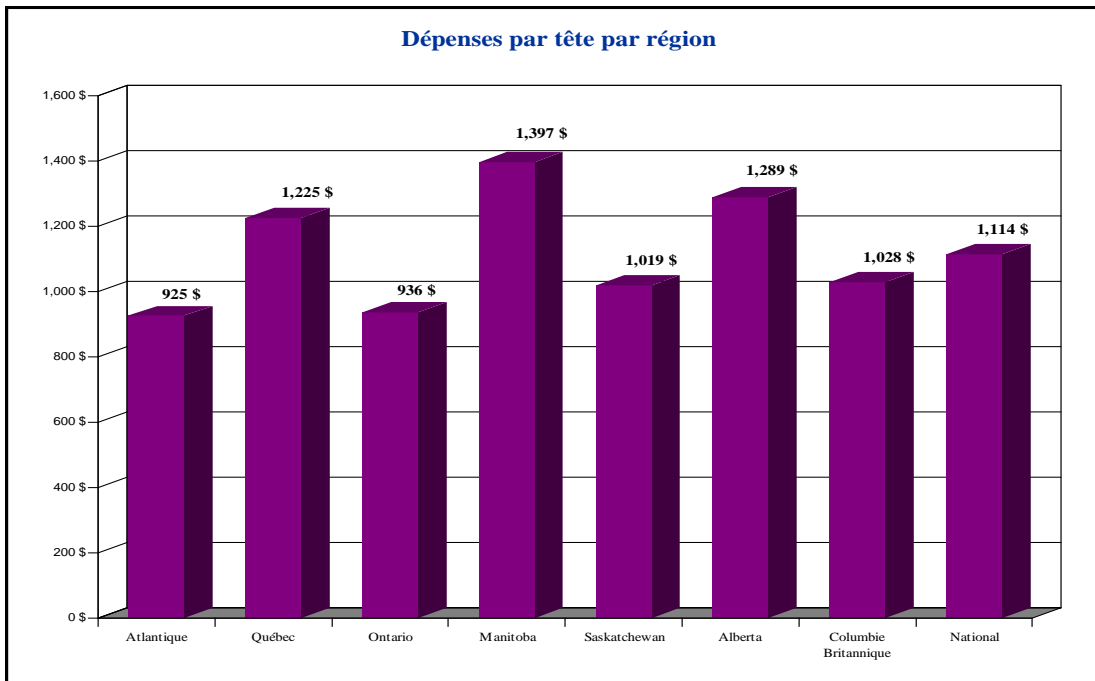
- renforcer la politique stratégique pour le transport à des fins médicales de manière à ce qu'elle soit appliquée de manière uniforme dans toutes les régions.
- améliorer l'efficacité de la communication de données et des systèmes de collecte pour appuyer l'analyse et la gestion des prestations;
- améliorer à l'échelle régionale et communautaire la capacité de gérer les prestations de transport à des fins médicales.

En outre, dans le cadre du programme, on a pris, depuis 2005, des mesures visant à améliorer le soutien aux collectivités pour les aider à coordonner et à contrôler le transport à des fins médicales. Le programme a fourni à des collectivités le financement pour acheter des fourgonnettes pour leur permettre de mieux coordonner le transport et, par conséquent, d'épargner de l'argent. Dans le même ordre d'idées, dans le cadre du programme des SSNA, on travaille davantage avec les collectivités pour mieux coordonner les rendez-vous et pour prendre d'autres mesures permettant d'améliorer l'utilisation efficace et efficiente des fonds destinés au transport à des fins médicales. On communique aussi avec des fournisseurs tels que les compagnies aériennes et les hôtels en vue d'obtenir les meilleurs tarifs pour les bénéficiaires. Dans toutes les régions, on saisit toutes les occasions possibles pour aider les professionnels de la santé (par exemple, les spécialistes des soins dentaires et des soins de la vue) à visiter les collectivités pour réduire les dépenses liées au transport à des fins médicales du programme des SSNA.

Tel qu'indiqué dans l'étude d'étalonnage des frais administratifs, le programme des SSNA dépense un pourcentage légèrement inférieur des demandes payées pour l'élaboration de politiques (1,5 %) par rapport aux régimes d'assurance maladie privés (1,8 %). En revanche, le programme des SSNA dépense un pourcentage plus élevé des demandes payées pour l'évaluation des demandes (5,0 %) par rapport aux régimes d'assurance maladie privés (3,8 %). Cela est attribuable au pourcentage plus élevé de demandes nécessitant l'autorisation préalable obligatoire et au grand nombre de renseignements nécessaires pour présenter des demandes dans le cadre du programme des SSNA en raison de ses objectifs de politique en matière de santé.

L'examen des écarts des dépenses pour les prestations entre les régions relativement aux allocations à des fins administratives et à la clientèle est un élément qui permet d'améliorer l'efficacité de la gestion. Relativement aux dépenses pour les prestations, tel qu'indiqué dans la Figure 4, les dépenses du programme des SSNA varient considérablement d'une région à l'autre.

Figure 4
Dépenses par tête du programme des SSNA en 2008-2009



Ces écarts de dépenses par tête découlent des écarts de dépenses du programme des SSNA dans des secteurs de services en particulier. Par exemple, les niveaux plus élevés au Manitoba reflètent les coûts plus élevés du transport à des fins médicales dans la province. En outre, l'étude a révélé que d'autres régimes affichent ces écarts de dépenses dans différentes provinces et territoires. Par exemple, le coût moyen du transport en ambulance par voie terrestre pour les régimes provinciaux et territoriaux est de 150 \$ à l'Î.-P.-É. et de 45 \$ en Ontario.

4.3.4 Constatations et conclusions sur l'efficacité et l'économie

L'évaluation a révélé que la prestation du programme des SSNA est, en règle générale, efficace et économique, tel que démontré par les comparaisons avec d'autres régimes et programmes de prestations. Les coûts supplémentaires d'évaluation aux termes de la politique en matière de santé du programme des SSNA sont raisonnables étant donné que les autres régimes et programmes ne se fondent pas sur les services médicalement nécessaires. L'examen externe d'autres modèles des modes de prestation des services a permis de constater que le modèle de prestation des services comportant le traitement des demandes par des fournisseurs externes est plus économique par rapport au traitement à l'interne.

L'étude d'étalonnage des frais administratifs a révélé que le système d'évaluation des demandes est bien géré. Cependant, puisque les capacités de traitement électronique des demandes continuent d'évoluer, les auteurs ont recommandé d'automatiser davantage le processus du programme concernant l'autorisation préalable et la prédétermination pour améliorer l'efficacité administrative en réduisant le temps nécessaire (et l'intervention humaine) pour évaluer chaque demande. En outre, il faudrait rationaliser les processus d'évaluation des demandes du programme lorsqu'il y a plusieurs méthodes de paiement pour un secteur de services. Par exemple, les prestations de transport à des fins médicales sont gérées par les bureaux régionaux et à l'échelle locale (par la bande ou la collectivité) dans le cadre d'accords de contribution et chaque groupe utilise différentes procédures ou méthodes de paiement. La rationalisation et l'uniformisation des processus pour tous les endroits permettront de faire des économies d'échelle et d'améliorer le contrôle de ce secteur de services puisque les données seraient recueillies de manière uniforme.

5.0 CONCLUSIONS GÉNÉRALES

L'évaluation a permis d'évaluer le programme des SSNA par rapport aux objectifs énoncés dans le modèle logique du programme. Les sources de données étaient solides et coordonner les preuves pour définir les exigences en matière de présentation de rapports d'évaluation pour la vaste gamme de services du programme des SSNA a été le principal défi pour préparer le rapport.

Pour ce qui est des objectifs du programme, on a conclu que les résultats du modèle logique concernant la durabilité du programme et sa contribution à améliorer l'état de santé n'étaient pas très clairs et étaient plus difficiles à mesurer. Quant à l'amélioration de la santé, l'attribution demeure un problème puisqu'il n'est pas possible de toujours déterminer le lien causal. Cependant, l'évaluation a révélé que, puisque chaque service offert dans le cadre du programme des SSNA se fonde sur la preuve et représente un service médicalement nécessaire, il est raisonnable de considérer que le programme a eu une incidence positive sur l'état de santé des membres des Premières nations et des Inuits.

Dans le contexte du programme des SSNA, la durabilité a généralement été considérée en fonction de la question de savoir s'il est possible de maintenir les dépenses du programme à leur niveau de référence. Cependant, cette évaluation a révélé que le programme des SSNA a obtenu un financement annuel supplémentaire supérieur à ses niveaux de référence (dont la croissance est de ~ 2,2 %) pour pouvoir financer la croissance du programme (la croissance est de ~ 6 %), ce qui démontre que le programme des SSNA n'est pas viable de ce point de vue. Cependant, l'évaluation a aussi révélé que, si la durabilité (définie ci-dessus) est un objectif, le fait que le programme des SSNA doit demander chaque année des fonds supplémentaires n'est pas un indicateur de rendement utile de la gestion générale du programme. Bien que des stratégies pour améliorer l'efficacité et la rentabilité au moyen de la gestion du programme soient en place et permettent d'éviter des coûts, ces mesures sont probablement insuffisantes pour assurer la

durabilité à long terme du programme. Par conséquent, l'évaluation permet de constater que la question de la durabilité du programme des SSNA doit être redéfinie de manière à se concentrer sur deux questions essentielles liées à la gestion du programme :

- La capacité du programme des SSNA de prévoir ses dépenses et de respecter les montants alloués;
- La capacité du programme des SSNA de gérer la croissance des prestations et des frais administratifs efficacement par rapport à d'autres prestataires de services analogues.

Dans le même ordre d'idées, l'étude d'étalonnage a fourni des statistiques qui démontrent la rentabilité du programme par rapport à d'autres programmes de prestations et a fourni des comparaisons entre les provinces et les territoires selon les composantes du programme. Ces points de référence, qui ne sont généralement pas pris en considération dans les évaluations de programmes, ont été très instructifs et utiles pour aborder les questions liées à l'efficacité et à l'économie. L'étude a révélé que le programme est pertinent pour l'objectif général de la politique en matière de santé qui consiste à améliorer l'état de santé des membres des Premières nations et des Inuits. Selon l'évaluation, les services du programme des SSNA répondent aux besoins uniques des membres des Premières nations et des Inuits. Par exemple, les prestations de transport à des fins médicales permettent à des personnes qui vivent dans des régions éloignées et isolées, qui ne pourraient obtenir des soins de santé d'aucune autre façon, d'avoir accès aux soins de santé.

En ce qui concerne les processus administratifs, l'évaluation a révélé que le niveau et la qualité des données administratives dans les secteurs de services non liés au SISTDP (transport à des fins médicales, soins de la vue, santé mentale) peuvent être améliorés de manière à fournir un ensemble utile de données sur le rendement qui peuvent aider la haute direction à prendre les décisions.

L'évaluation a révélé que le programme est en harmonie avec les priorités du gouvernement fédéral énoncées dans les Discours du Trône et avec les objectifs stratégiques de longue date du ministère. Dans certains secteurs, il y a un chevauchement avec les programmes de la DGSPNI. Cependant, il s'agit d'éléments généralement positifs qui ont le potentiel d'établir des liens et de créer des synergies, tel que recommandé ci-après.

Le système d'évaluation des demandes fondé sur les preuves mis au point grâce aux conseils des comités de spécialistes indique que le programme est bien géré selon ses principes d'intervention fondés sur les preuves. L'évaluation a révélé que les efforts supplémentaires pour évaluer les prestations ont été plus intenses par rapport à ceux d'autres programmes de prestations. Cependant, cela est en harmonie avec les efforts supplémentaires nécessaires pour s'assurer que chaque demande est médicalement nécessaire, ce qui est exigé pour respecter le mandat du programme d'améliorer l'état de santé des membres des Premières nations et des Inuits.

Tel que mentionné, l'évaluation a révélé qu'il est raisonnable de considérer que le programme des SSNA a contribué à améliorer l'état de santé des membres des Premières nations et des Inuits. Les prestations de maladie sont généralement considérées comme un moyen efficace

d'améliorer l'état de santé et le fait que les membres des Premières nations et les Inuits demandent ces prestations indique que le programme aide à améliorer l'état de santé des populations admissibles.

En général, l'évaluation a révélé que la prestation du programme est efficace et économique par rapport à des programmes similaires. Les coûts de la prestation du programme sont déterminés en fonction du nombre de personnes admissibles et de la demande de médicaments et du coût des médicaments et d'autres services et produits médicaux. Le programme a mis en place des politiques et des processus pour réduire les plus souvent possible les dépenses, notamment demander à un entrepreneur du secteur privé de fournir les services de traitement des demandes, et a été en mesure d'atteindre la plupart de ses objectifs d'efficacité dans le cadre de son mandat. Cela étant dit, la section suivante formule des recommandations qui peuvent être mises en œuvre.

6.0 RECOMMANDATIONS

Dans le cadre du programme des SSNA, on doit :

1. Redéfinir le concept de durabilité du programme des services de santé non assurés (PSSNA) afin de mettre l'accent sur deux points essentiels liés à la gestion du programme :
 - La capacité du PSSNA d'établir ses propres prévisions des dépenses et de respecter les crédits alloués par le Parlement;
 - Le succès du PSSNA à gérer la croissance de ses services et de ses dépenses administratives par rapport à d'autres prestataires de services analogues.
2. Améliorer la qualité des données administratives dans les secteurs de prestations non liés au Système d'information sur la santé et de traitement des demandes de paiement (SISTDP), c.à-d. transport à des fins médicales, soins de la vue, santé mentale, afin de soutenir la gestion du programme et les décisions stratégiques concernant l'utilisation optimale des ressources.
3. Réexaminer les processus administratifs liés aux prestations avant l'autorisation et la prédétermination afin d'évaluer la possibilité d'améliorer l'efficacité au moyen d'une rationalisation ou d'une meilleure automatisation et de s'assurer que les coûts sont conformes à ceux d'autres prestataires de services analogues.
4. Explorer la possibilité d'établir d'autres liens ou synergies avec les autres programmes de la DGSPNI; par exemple, de quelle façon l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE) appuie la présentation des demandes de prestations dentaires au titre du programme des SSNA.
5. Élargir les activités de vérification afin d'englober les catégories de services non visées par les vérifications actuelles.

ANNEXE A LES PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES ET LA GESTION DU DIABÈTE

Les statistiques mentionnées dans la présente évaluation mettent en évidence et confirment les besoins en services de santé des membres des Premières nations et des Inuits. Ces besoins sont variés et complexes; utiliser une étude de cas qui démontre comment un secteur de services répond aux besoins particuliers des membres des Premières nations et des Inuits est une façon de démontrer comment le programme des SSNA répond à ces besoins. L'étude de cas suivante démontre comment le remboursement des médicaments dans le cadre des prestations pharmaceutiques du programme des SSNA reflète la prévalence et les défis de cette maladie chronique et comment ces médicaments aident à gérer les problèmes de diabète des membres des Premières nations et des Inuits. L'étude de cas a été examinée et approuvée par les spécialistes indépendants du Comité consultatif d'évaluation de l'utilisation des médicaments (CCEUM) du programme des SSNA.

Introduction

Le diabète et ses complications font partie des problèmes de santé les plus graves (et en croissance) auxquels font face les membres des Premières nations et les Inuits. Le programme des SSNA, dans le cadre des prestations pharmaceutiques, rembourse un grand nombre de médicaments et de matériels nécessaires pour gérer cette maladie. Cette étude de cas donne un aperçu des défis auxquels font face les personnes atteintes du diabète et de la contribution de la pharmacothérapie à la gestion de diabète. Ensuite, l'étude de cas donne des détails sur la façon dont le programme des SSNA contribue à gérer cette maladie au moyen de la liste des prestations pharmaceutiques contre le diabète qui figurent sur la liste des prestations pharmaceutiques et du remboursement des médicaments contre le diabète et ses complications. En dernier lieu, l'étude de cas donne un bref aperçu des liens entre le programme des SSNA et d'autres éléments de la DGSPNI qui organisent activement des activités de formation, de dépistage et de prévention.

Défis du diabète

Le diabète est une maladie grave qui peut engendrer des complications dévastatrices. Il touche tous les groupes d'âge partout au monde et est caractérisé par l'incapacité du corps de produire suffisamment d'insuline ou d'utiliser l'insuline correctement. Environ 10 % des personnes atteintes du diabète ont le diabète de type 1; le corps produit peu ou pas d'insuline. Le diabète de type 2 est un trouble métabolique causé par différents degrés de résistance à l'insuline; le corps produit l'insuline, mais ne peut l'utiliser correctement.

Lorsque le diabète n'est pas géré convenablement, le contrôle glycémique est insuffisant. La glycémie qui n'est pas contrôlée adéquatement, au fil du temps, peut entraîner des complications liées au diabète (par exemple, cardiopathie ischémique, AVC, cécité, insuffisance rénale chronique au stade ultime, amputation des membres inférieurs). Par opposition au diabète de type 1, il est possible de prévenir le diabète de type 2 ou de retarder son apparition.

Le diabète est lié à :

- La maladie cardiovasculaire, la principale cause de décès des personnes atteintes du diabète (un pourcentage de deux à quatre fois supérieur à celui des personnes qui ne sont pas atteintes du diabète).
- La dépression;
- D'autres maladies chroniques – 11 % des personnes atteintes du diabète ont trois maladies chroniques ou plus.

Le diabète et ses complications font augmenter les coûts et les pressions sur les services du système public de soins de santé du Canada. En 2005, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont dépensé un montant estimatif de 5,6 milliards de \$ pour le traitement du diabète et de ses complications. En 2005-2006, environ 1,9 millions de Canadiens (5,9 %) de plus de 20 ans étaient atteints du diabète. Toutefois, on considère qu'environ 2,8 % de la population adulte est atteinte du diabète de type 2 non diagnostiqué et que la prévalence du diabète est d'environ 2 millions.

Les populations autochtones et le diabète

Le diabète de type 2 a atteint des proportions épidémiques dans les collectivités autochtones du Canada avec une prévalence, ajustée selon l'âge, de trois à cinq fois supérieure à celle de la population générale; dans certaines collectivités, jusqu'à 26 % de la population est atteinte de la maladie. En outre, dans certaines collectivités autochtones, le diabète est diagnostiqué à un âge plus jeune et, par conséquent, les complications liées au diabète peuvent apparaître à un âge plus jeune. Le risque de diabète gestationnel chez les femmes autochtones est deux fois supérieur à celui des femmes non autochtones. En outre, les femmes autochtones ont des taux plus élevés de diabète préexistant de type 2. Le pré-diabète et les syndromes métaboliques sont aussi plus communs dans ces populations. L'obésité est un facteur de risque important du diabète dans les collectivités autochtones. Des facteurs contributifs sont notamment le faible taux d'activité physique et le fait de consommer des aliments transformés au lieu des aliments traditionnels.

Les membres des Premières nations et les Inuits atteints du diabète font face aux mêmes complications que les autres personnes atteintes du diabète et, puisqu'ils sont atteints de la maladie à un âge plus jeune, ils doivent relever les défis de la maladie pour une période plus longue. Cela indique que les programmes des SSNA et de la DGSPNI sont importants pour aider à gérer ces problèmes.

Lignes directrices sur le traitement optimal du diabète

Généralités

Les directives sur les pratiques cliniques fondées sur des éléments probants indiquent le traitement efficace du diabète, notamment le contrôle régulier de la glycémie, de la pression sanguine et des niveaux de cholestérol par une équipe de professionnels de la santé : médecins, infirmiers, éducateurs en matière de diabète, diététistes, pharmaciens, etc. Le fait que les personnes atteintes du diabète doivent être en mesure de gérer convenablement la maladie est l'un des principaux défis de la gestion des maladies chroniques relativement au diabète. Ces patients ont besoin d'une formation, doivent déterminer des objectifs et être compétents dans la planification. Ils ont besoin aussi d'un grand nombre d'outils, y compris des médicaments, des appareils et du matériel pour atteindre les niveaux de glycémie, de cholestérol et de pression sanguine recommandés. Sans ces outils, les personnes atteintes du diabète ne peuvent obtenir les résultats optimaux du traitement.

Gestion pharmacologique du diabète de type 2

La gestion du diabète de type 2 est légèrement différente par rapport à celle du diabète de type 1. Pour gérer le diabète de type 1, on utilise l'insuline. Par contre, pour gérer le diabète de type 2, on utilise principalement des médicaments oraux (médicaments antihyperglycémiques).

Étapes de gestion de la maladie :

- Lorsque le patient n'atteint pas les objectifs glycémiques (taux de glycémie) après deux ou trois mois de gestion du mode de vie, on doit prescrire des médicaments antihyperglycémiques.
- On doit modifier la quantité de médicaments antihyperglycémiques selon les besoins pour atteindre les objectifs concernant l'hémoglobine glycosylée (A1C) dans un délai de 6 à 12 mois.
- Les patients qui ont une hyperglycémie marquée doivent être traités au moyen de deux agents ou de l'insuline.

Mesures visant les Autochtones :

- Les méthodes de dépistage du diabète chez les enfants et les adultes autochtones doivent être conformes aux lignes directrices pour les populations à risque élevé (c.-à-d. commencer à un jeune âge et faire des tests plus souvent) et doivent comporter la détermination des facteurs de risque modifiables (par exemple, obésité, manque d'activité physique, habitudes alimentaires nuisibles à la santé).
- Des programmes de prévention adaptés aux différences culturelles doivent être mis en place dans les collectivités autochtones pour sensibiliser la population au diabète et pour améliorer la prévention.
- Les directives sur les pratiques cliniques publiées peuvent être utilisées pour les patients autochtones, mais il est nécessaire de les adapter et de tenir compte des barrières linguistiques et de respecter les facteurs culturels et géographiques liés au traitement du diabète.

Médicaments couverts par le programme des SSNA

Il y a deux types de prestations pharmaceutiques pour gérer le diabète dans le cadre du programme des SSNA :

Médicaments couverts sans restriction :

Le programme des SSNA couvre actuellement 7 médicaments oraux et 13 médicaments injectables pour le diabète en tant que médicaments couverts sans restriction (c.-à-d. des médicaments pour lesquels il n'existe aucun critère d'admissibilité).

Médicaments à usage restreint :

Le programme couvre deux médicaments oraux pour le diabète en tant que médicaments à usage restreint (c.-à-d. les bénéficiaires doivent avoir utilisé d'autres médicaments disponibles avant d'obtenir l'approbation du programme des SSNA d'utiliser ces médicaments). Cette approche « par étapes » à la thérapie est conforme aux pratiques cliniques et aux recommandations sur les preuves et l'autorisation préalable du Centre des exceptions pour médicaments du programme des SSNA est nécessaire pour couvrir ces médicaments.

En d'autres mots, les membres des Premières nations et les Inuits ont accès à la plupart des médicaments pour le diabète couverts par le programme des SSNA sans restriction. Cela reflète le rôle important joué par ces médicaments dans la gestion du diabète et la prévalence de cette maladie chez les membres des Premières nations et les Inuits. Le remboursement des médicaments pour le diabète du programme des SSNA est comparable à celui d'autres régimes de prestations pharmaceutiques publics.

Processus d'examen des médicaments du programme des SSNA

Lorsqu'on considère s'il faut couvrir les médicaments pour le diabète sur la liste des prestations pharmaceutiques dans le cadre du programme des SSNA et comment le faire, on se fonde sur les conseils de plusieurs comités consultatifs formés de spécialistes. Certains comités comptent des professionnels de la santé des Premières nations et des représentants d'autres régimes des prestations pharmaceutiques publics. Ils se concentrent sur les preuves cliniques et scientifiques pour appuyer l'utilisation de médicaments pour le diabète par rapport à d'autres thérapies et sur l'examen des tendances d'utilisation des médicaments pour la gestion générale de la maladie. Leurs conseils et directives sont irremplaçables pour le programme des SSNA pour s'assurer que la couverture des médicaments pour le diabète reflète le développement des pratiques cliniques.

Les membres de ces comités consultatifs sont notamment :

- **Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) fédéral, provincial et territorial (F/P/T) :** Le PCEM, géré par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), effectue des évaluations cliniques et des analyses de l'efficacité objectives par rapport au coût des nouveaux médicaments. Le comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) fournit aux membres du PCEM des recommandations sur l'inscription de médicaments au formulaire pour un grand nombre de médicaments. Toutes les provinces (à l'exception du Québec) et tous les territoires participent au processus du PCEM.

- **Service canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM) fédéral, provincial et territorial (F/P/T) :** Le SCPUOM, géré par l'ACMTS, détermine l'utilisation optimale des médicaments et en fait la promotion en examinant l'utilisation « réelle » et les preuves pour des médicaments précis. Récemment, l'ACMTS a effectué un certain nombre d'analyses et d'études sur le traitement du diabète.
- **Comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique :** Le comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique est un organisme consultatif composé de professionnels de la santé géré par le programme des SSNA pour le compte de six ministères fédéraux. Le comité fédéral de pharmacologie et de thérapeutique fournit à ces programmes des conseils pharmaceutiques et médicaux fondés sur les preuves sur l'inscription de certains médicaments au formulaire. Plusieurs médecins des Premières nations sont membres du comité.
- **Comité consultatif d'évaluation de l'utilisation des médicaments (CCEUM) du programme des SSNA :** Le CCEUM est un comité géré par le programme des SSNA qui fait des recommandations au programme visant à promouvoir l'utilisation optimale des médicaments. Le comité a effectué plusieurs analyses de l'utilisation des médicaments pour le diabète dans le cadre du programme des SSNA et, en 2005, a publié un bulletin pour les professionnels de la santé partout au Canada en vue de les sensibiliser à certains problèmes.

Utilisation des médicaments pour le diabète et des médicaments connexes dans le cadre du programme des SSNA

En 2008, 386 039 634 \$ ont été dépensés pour les produits pharmaceutiques dans le cadre du programme des SSNA. La même année, environ 12,5 millions de demandes ont été traitées dans ce secteur de services. De ces dépenses, environ 34 013 243 \$ (environ 8,8 %) ont été dépensés pour des médicaments et des matériels pour gérer le diabète. Relativement aux demandes, on a traité 882 324 (environ 7 %) demandes de personnes qui étaient atteintes du diabète. Ces statistiques sont résumées dans les Figures 5 et 6.

En 2007, le programme des SSNA a effectué une analyse pour déterminer le coût des complications découlant du diabète. L'étude (examinée et approuvée par le Comité consultatif d'évaluation de l'utilisation des médicaments) a révélé qu'en 2005-2006, 39 000 personnes des 42 000 personnes atteintes du diabète et inscrites au programme des SSNA ont obtenu une ordonnance pour des médicaments pour les complications du diabète. Les dépenses pour ces médicaments, y compris les médicaments pour la neuropathie diabétique et pour l'insuffisance rénale, la douleur neuropathique, les complications liées à la macroangiopathie diabétique et la maladie gastro-intestinale liée au diabète ont dépassé 45,3 millions de \$.

Figure 5
Distribution des allégations de médicaments pour le diabète selon la catégorie de médicament

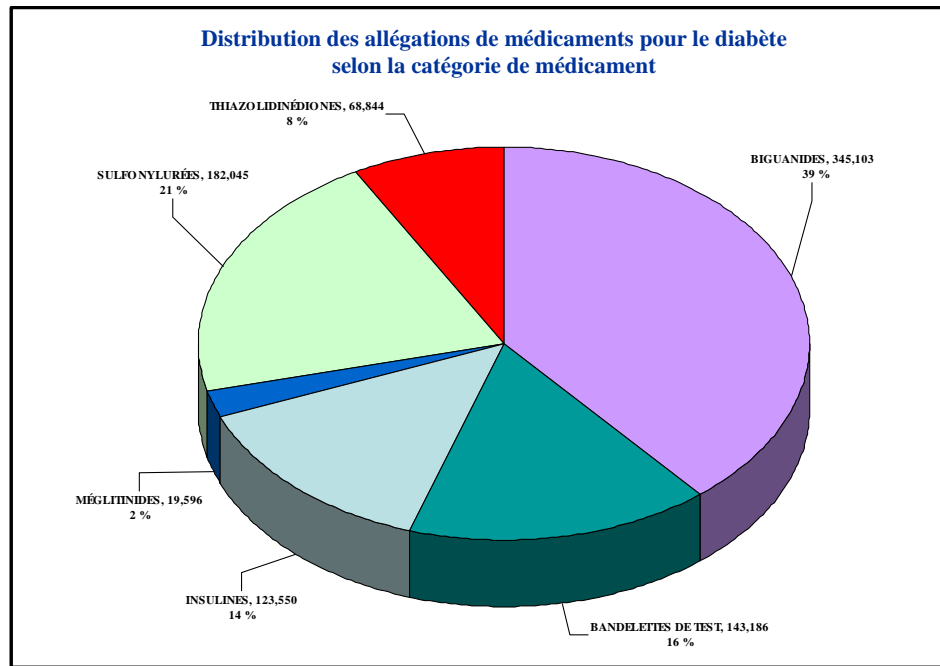
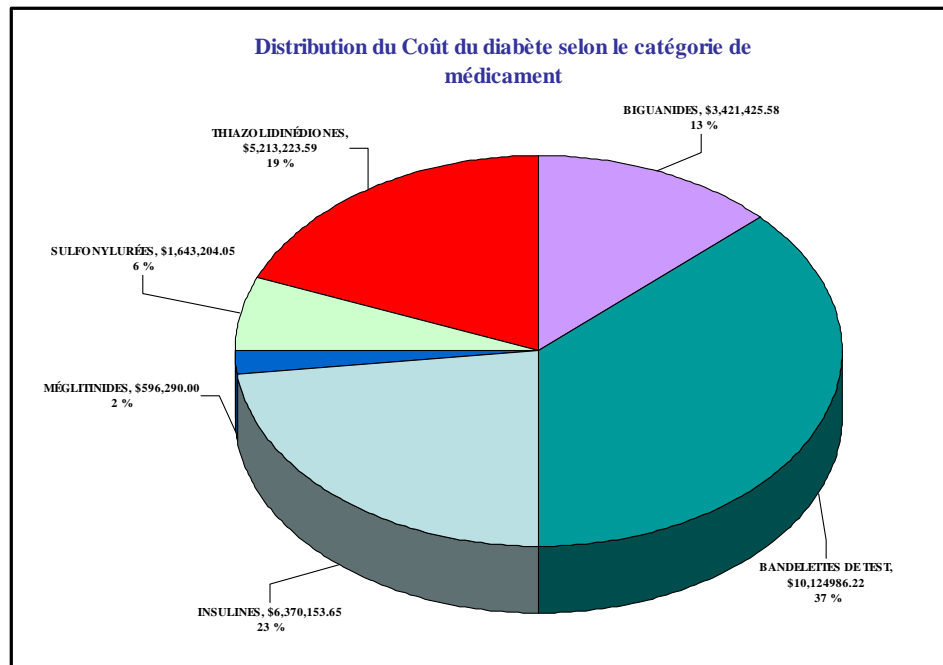


Figure 6
Coût du diabète pour le programme des SSNA



Autres activités concernant le diabète dans le cadre du programme des SSNA

En plus du programme des SSNA, d'autres programmes sont offerts aux membres des Premières nations et aux Inuits pour les sensibiliser au problème du diabète et pour les aider à gérer la maladie. Ces programmes sont offerts par l'entremise de la Direction des programmes communautaires, de la Direction des soins de santé primaires et de la santé publique et du Bureau des services de soins infirmiers.

Conclusion

Le diabète est un des problèmes de santé clés auxquels font face les membres des Premières nations et les Inuits. Le programme des SSNA a mis en place un certain nombre de processus ou y participe pour s'assurer que les paiements pour les médicaments et les matériels pour gérer le diabète sont conformes aux pratiques cliniques actuelles et aux preuves scientifiques. Dans la plupart des cas, les médicaments et les matériels nécessaires pour gérer le diabète sont disponibles dans le cadre du programme des SSNA sans restriction. Cela reflète l'importance de ces thérapies pour la gestion générale de la maladie. En raison du nombre limité de restrictions sur ces produits et de la prévalence de la maladie dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, bon nombre de dépenses du programme des SSNA visent à répondre aux besoins des milliers de membres des Premières nations et d'Inuits atteints du diabète qui nécessitent des médicaments pour gérer leur maladie. Par exemple, les personnes atteintes du diabète constituent environ 5,5 % des bénéficiaires admissibles au programme des SSNA (et plus de 8 % des bénéficiaires ont présenté une demande pour des médicaments). Les dépenses pour les médicaments et les matériels pour gérer le diabète pour ces personnes constituent 8,8 % des dépenses pharmaceutiques du programme des SSNA et les dépenses pour les médicaments pour traiter les complications du diabète constituent un autre 10 % des dépenses pharmaceutiques du programme.

En outre, on doit souligner que, bien qu'il soit impossible de quantifier les répercussions, les paiements pour les médicaments pour le diabète, dans le cadre du programme des SSNA, conformément aux directives sur les pratiques cliniques, aident à améliorer la qualité de vie des membres des Premières nations et des Inuits atteints du diabète. En outre, en aidant à gérer cette maladie au moyen de la pharmacothérapie, le programme aide à prévenir certaines répercussions en aval et les complications du diabète telles que la cécité et l'amputation.

ANNEXE B ACCÈS DES MEMBRES DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS AUX SOINS DENTAIRES

Introduction

Le présent document fournit des renseignements sur les prestations de soins dentaires de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) et répond à la perception voulant (a) que les membres des Premières nations et les Inuits aient un accès limité aux soins dentaires dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (SSNA) et (b) que les dentistes quittent le Programme en raison des lourdes exigences administratives, des taux de remboursement du Programme des SSNA plus faibles que ceux de d'autres régimes publics et privés et du programme de vérification trop rigoureux.

Le document donne un aperçu de l'état de santé buccodentaire des Canadiens en général et notamment des membres des Premières nations et des Inuits et compare l'accès aux soins dentaires du Canadien moyen et des membres des Premières nations et des Inuits dans le cadre des programmes de la DGSPNI. Le document présente les données administratives globales des programmes de la DGSPNI et la Colombie-Britannique est utilisée comme un exemple.

On doit souligner que la comparaison des données administratives des différents programmes de la DGSPNI et des données des sondages nationaux ou régionaux déclarées par les intéressés est forcément limitée. Toutefois, il s'agit des seules sources de données disponibles puisqu'il y a très peu de sondages et de statistiques sur la santé buccodentaire et très peu de renseignements disponibles dans les bases de données à l'échelle nationale, provinciale ou territoriale. En outre, les normes sont différentes d'une province à l'autre ou les renseignements recueillis ou les segments de population sondés ne sont pas uniformes et, par conséquent, il est difficile de comparer les provinces ou les régions.

État de santé buccodentaire des Canadiens

La santé buccodentaire du Canadien moyen s'est améliorée énormément au cours des 30 dernières années. Cependant, ce n'est pas le cas pour certains segments de la population. Ce sont surtout les personnes défavorisées, notamment les personnes âgées, les personnes à faible revenu, les Autochtones, les personnes vivant dans les régions éloignées et les personnes handicapées qui ont un accès limité à des services de santé par rapport à la population générale qui ont la plupart des maladies buccodentaires.

La santé buccodentaire est un élément important de la santé en général. Les maladies buccodentaires ont une incidence négative sur la croissance, le développement et l'apprentissage chez les enfants, ainsi que sur la nutrition, les communications, l'estime de soi et d'autres conditions physiques. Bien qu'il soit possible de prévenir les maladies buccodentaires (par

exemple, carie, maladies parodontales et cancer de la bouche), il est nécessaire de mieux informer les Canadiens des conséquences que la santé buccodentaire a sur l'état de santé général et la qualité de vie.

Accès aux soins dentaires partout au Canada : Selon le volet de la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) de 2007-2009, 74 % des Canadiens de 6 à 79 ans avaient consulté un dentiste au cours de l'année précédente, une nette hausse par rapport au 63 % observé par l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003.

Le niveau de scolarité, le revenu du ménage et le fait d'avoir une assurance influençaient beaucoup la fréquence des consultations annuelles. Dans l'ensemble, le pourcentage des personnes ayant consulté un dentiste était de 83,8 % chez les familles les plus aisées et de 82,3 % chez les familles ayant une assurance privée contre 60 % dans la catégorie de revenus la plus basse et 59,3 % chez les familles non assurées. De même, les plus forts pourcentages de consultations pour une raison quelconque au cours de l'année dernière sont observés chez les familles ayant le plus haut niveau de scolarité, les personnes n'ayant jamais fumé et les ex-fumeurs et les personnes qui ne sont pas édentées.

Dans l'ESCC de 2003, les personnes qui n'avaient pas consulté un dentiste au cours des trois années précédentes ont donné différentes raisons : 31 % ont dit croire que cela n'était pas nécessaire et 27 % ont dit qu'elles portaient des prothèses dentaires. Une personne sur 10 a dit « ne pas avoir eu l'occasion de s'en occuper », 5 % ont dit « avoir peur que ce soit douloureux ou gênant » et 18 % ont donné comme raison les coûts. Ce dernier résultat concorde avec l'ECMS de 2007-2009 dans laquelle il a été déterminé que 17 % des Canadiens évitaient de consulter un professionnel des soins dentaires et que 16,5 % refusaient les soins recommandés en raison des coûts.

L'analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997 indique que la plupart des personnes qui avaient consulté un dentiste au cours de l'année précédente avaient besoin de soins courants tels que le nettoyage des dents ou un traitement au fluorure (43 %). Les raisons pour consulter un dentiste varient en fonction du revenu du ménage. Les membres des ménages à très faible revenu (36 %) étaient moins susceptibles que ceux des ménages à revenu élevé (48 %) de mentionner les soins préventifs, 25 % des membres des ménages à très faible revenu ont mentionné une obturation ou l'extraction par opposition à 13 % des membres des ménages dont les revenus étaient parmi les plus élevés. Cette tendance est identique pour les personnes qui avaient une assurance pour les soins dentaires et celles qui n'avaient pas d'assurance.

Programmes de soins dentaires de la DGSPNI

La DGSPNI de Santé Canada offre l'assurance pour les soins dentaires dans le cadre de plusieurs initiatives visant à améliorer et à maintenir la santé buccodentaire des membres des Premières nations et des Inuits à un niveau comparable à celui des autres Canadiens.

Direction des soins de santé primaires et de la santé publique (DSSPSP)

Les activités liées aux soins dentaires de la Division des soins dentaires de la DSSPSP sont notamment :

- Promouvoir la santé et les services de soins dentaires fournis par les thérapeutes dentaires régionaux. Actuellement, 106 thérapeutes dentaires travaillent directement pour la DGSPNI ou pour les Premières nations ou pour les gouvernements territoriaux dans les régions et les territoires et fournissent des services à environ 170 collectivités des Premières nations ou Inuits.
- Appuyer le développement et la mise en œuvre à l'échelle nationale de programmes de prévention des maladies buccodentaires et de promotion de la santé buccodentaire tels que l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE).
- Appuyer les initiatives communautaires pour la fluoruration des réseaux d'alimentation en eau communautaires.

Programme des services de santé non assurés (SSNA)

La couverture des services de soins dentaires dans le cadre du Programme des SSNA est déterminée au cas par cas en fonction des politiques du programme en vigueur et des normes pour les soins fondées sur les preuves. Certains services dentaires nécessitent la prédétermination avant de commencer le traitement. Le processus de prédétermination du Programme des SSNA est un examen et une évaluation de l'admissibilité de chaque personne à obtenir la couverture selon les politiques, les directives et les critères du Programme des SSNA qui se fondent sur les preuves cliniques et les recherches récentes.

En 2008-2009, les frais pour les soins dentaires du Programme des SSNA se sont élevés à 176,4 millions de dollars, soit 18,9 % des dépenses totales du Programme des SSNA. Les honoraires à l'acte pour les services dentaires payés par les Services de traitement des renseignements et des demandes de paiement pour soins de santé (STRDPSS) sont la principale composante, soit 150,7 millions de dollars ou 85,4 % de l'ensemble des dépenses engagées pour les soins dentaires.

Les dépenses liées aux accords de contribution constituent la deuxième composante en importance, soit 13,4 millions de dollars ou 7,6 % des dépenses pour les soins dentaires. Les accords de contribution servent à financer les services dentaires fournis dans le cadre des accords conclus avec les gouvernements des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut et avec la nation Bigstone Cree de l'Alberta.

Les dépenses liées aux dentistes travaillant à contrat qui fournissent des services aux collectivités dans les régions éloignées ont atteint 8,2 millions de dollars ou 4,6 % des dépenses totales. Les autres dépenses pour les soins dentaires en 2008-2009, notamment l'achat d'appareils et de matériels dentaires et les coûts du bureau central du Programme des SSNA liés aux paiements automatisés des demandes ont totalisé 4,1 millions de dollars ou 2,3 % de toutes les dépenses. En 2008-2009, la région de la C.-B. a dépensé 24,7 millions de dollars pour les soins dentaires. Des

24,7 millions de dollars de dépenses, 23,5 millions de \$ (95,1 %) étaient des frais d'exploitation (honoraires à l'acte et dentistes travaillant à contrat) et 603 000 \$ (2,4 %) étaient des dépenses liées aux contributions.

Accès des membres des Premières nations et des Inuits aux programmes de soins dentaires de la DGSPNI

Relativement à l'accès aux services dentaires du Programme des SSNA, le taux d'utilisation à l'échelle nationale publié dans le rapport annuel de 2008-2009 du Programme des SSNA correspondait à 36 % des bénéficiaires admissibles, inchangé par rapport à l'année précédente. En C.-B., le taux était de 39 %, aussi inchangé par rapport à l'année précédente. Lorsqu'on compare les données déclarées par les intéressés du sondage canadien susmentionné, les faibles taux contribuent à la perception voulant que les membres des Premières nations et les Inuits n'aient pas le même accès aux soins dentaires que le reste de la population.

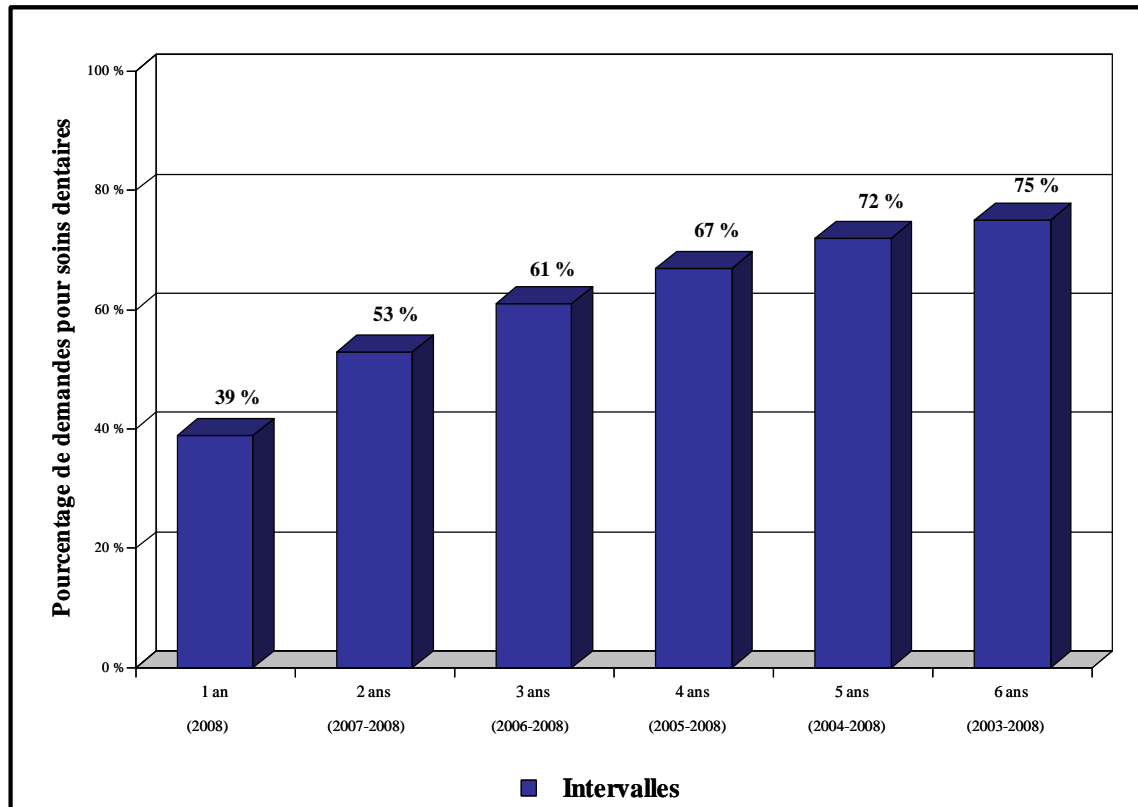
Cependant, on doit souligner que ces taux sous-estiment le niveau réel de services reçus par les membres des Premières nations et les Inuits dans le cadre des initiatives de la DGSPNI. Par exemple, si on inclut les bénéficiaires qui utilisent les services dentaires dans le cadre du programme en thérapie dentaire et de l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE) de la DGSPNI, les taux d'utilisation en C.-B. augmentent jusqu'à 42 %. Il s'agit d'un taux inférieur au taux (60 %) des ménages à très faible revenu selon l'ECMS de 2007-2009 pour la population canadienne et inférieur au taux de 83,8 % des ménages dont les revenus étaient parmi les plus élevés partout au Canada ou au taux de 67 % d'utilisation des services dentaires déclaré par les intéressés en Colombie-Britannique. Cependant, même ces taux, qui ne comprennent pas les données des dentistes travaillant à contrat et des accords de contribution, ne permettent pas de dresser un portrait complet de l'accès des membres des Premières nations et des Inuits aux services dentaires.

L'examen des différents intervalles de facturation des honoraires à l'acte dans le cadre du Programme des SSNA est une façon de déterminer si les membres des Premières nations et les Inuits n'ont pas accès aux soins dentaires ou s'ils n'utilisent pas les services de santé disponibles. La Figure 7 ci-dessous indique que si on considère un intervalle de plus d'un an, le pourcentage de bénéficiaires de la C.-B. qui ont utilisé des services de soins dentaires à l'acte a augmenté de 39 % pour une période d'un an (2008) à 53 % pour une période de deux ans (2007-2008) et à 75 % pour une période de cinq ans (2003-2008). Cela peut indiquer que, comme pour les autres Canadiens (31 % selon l'ESCC de 2003), un grand nombre de bénéficiaires du Programme des SSNA ont considéré qu'il n'était pas nécessaire de consulter un dentiste chaque année. Cependant, une analyse devrait être effectuée concernant le nombre des consultations par personne au cours de la période de cinq ans pour déterminer le pourcentage des clients qui vont chez le dentiste régulièrement (pour des soins préventifs) et le pourcentage de ceux qui ne s'y rendent qu'une fois au cours de la période de cinq ans pour des soins d'urgence.

Cependant, compte tenu du fait que les dépenses pour les soins dentaires du Programme des SSNA en 2008-2009 étaient les plus élevées pour la médecine dentaire restauratrice (obturations), ensuite pour la médecine préventive (détartrage) et la chirurgie buccale (extractions), le fait de mettre l'accent sur la nécessité de soins dentaires préventifs chaque année

plutôt que sur les visites pour des services d'urgence peut aider à améliorer la santé des membres des Premières nations et des Inuits. En outre, puisque les services de base, qui comprennent la médecine dentaire restauratrice, les diagnostics, la médecine préventive, certains services endodontiques (c.-à-d. traitement de canal) ne nécessitent pas la prédétermination, les bénéficiaires peuvent avoir accès facilement à ces services.

Figure 7
Pourcentage de bénéficiaires de la C.-B. qui ont obtenu des services dentaires facturés à l'acte en fonction des différents intervalles



Une deuxième façon d'examiner l'accès aux soins dentaires dans le cadre du Programme des SSNA est d'analyser le nombre de fournisseurs accrédités qui facturent le Programme. En 2008-2009, la plupart des 2 652 dentistes accrédités de la C.-B. (soit 2 267 ou 86 %) étaient inscrits au Programme des SSNA et ont facturé le Programme au moins une fois. Ces factures, correspondant à plusieurs centaines de milliers de demandes pour des services dentaires, ont eu lieu malgré la perception voulant que les exigences administratives soient trop lourdes, que le programme de vérification soit trop strict (le Programme des SSNA a vérifié seulement neuf des 2 267 dentistes en 2008-2009) et que le taux de remboursement soit insuffisant (le Programme des SSNA rembourse aux dentistes 90 % des frais selon le guide des honoraires de l'Association dentaire de la C. B. de l'année précédente, un taux qui se compare favorablement aux taux provinciaux; la grille des prix de la C.-B. pour les personnes admissibles qui reçoivent l'aide sociale et l'allocation d'aide aux personnes handicapées et pour les enfants qui participent au Healthy Kids Program correspond à 72 % du guide des honoraires de 2007).

En Colombie-Britannique, il y a aussi environ 210 denturologistes actifs qui fournissent des services à des personnes qui ont des prothèses partielles ou complètes. En 2008-2009, 122 de ces denturologistes étaient inscrits au Programme des SSNA et ont facturé le Programme au moins une fois pour 1 130 bénéficiaires et pour un total de 799 903 \$.

L'accès déclaré par les intéressés est une autre façon de déterminer l'accès aux soins dentaires. L'Enquête régionale sur la santé de 2002-2003 menée par l'Assemblée des Premières nations (APN) et financée par Santé Canada a révélé qu'en C.-B., le taux d'accès déclaré par les intéressés a été de 57 % pour les adultes et de 78 % pour les enfants au cours de l'année précédente. Ces taux déclarés par les intéressés sont comparables au taux de 63 % de l'ESCC de 2003 pour l'ensemble de la population canadienne. La différence entre les taux d'utilisation déclarés par les intéressés pour les adultes et le taux d'utilisation réel du Programme des SSNA peut être attribuable à plusieurs facteurs :

- Les taux déclarés par les intéressés peuvent inclure l'accès à tout l'éventail de services dentaires fournis aux membres des Premières nations et aux Inuits et non seulement les services fournis par les dentistes qui facturent à l'acte.
- Les répondants peuvent avoir reçu des services dentaires qui ne sont pas fournis dans le cadre du Programme des SSNA (par exemple, facettes, implants).
- Les répondants peuvent avoir déclaré qu'ils ont reçu les services au cours de l'année précédente lorsqu'ils ont, en réalité, reçu les services l'année avant celle visée.
- Les répondants peuvent être membres d'un régime d'assurance privé et, par conséquent, ne peuvent s'inscrire au Programme des SSNA.

Pour cette enquête, les obstacles à l'accès aux services mentionnés par les répondants ont été, en premier lieu, le coût (31 % ont déclaré qu'ils n'avaient pas les moyens financiers de payer les services et 25 % ont déclaré que le coût était un facteur), en deuxième lieu, le fait que les services n'étaient pas couverts par le Programme des SSNA (28 %) ou le fait qu'ils n'avaient pas obtenu l'approbation du Programme des SSNA (21 %). En outre, 20 % des répondants ont mentionné les frais de transport, 18 % ont déclaré que le temps d'attente était excessif et 13 % ont déclaré que les services n'étaient pas disponibles dans leur région. Il est possible que le coût des services ait été mentionné fréquemment parce que les bénéficiaires et les fournisseurs ont la perception voulant que le plafond de 800 \$ du Programme des SSNA (éliminé en juillet 2005) soit le montant maximal annuel permis. Lorsqu'ils mentionnent que les coûts et la couverture sont un obstacle, les répondants visent fort probablement l'accès à des services dentaires plus chers qui ne sont pas couverts dans le cadre du Programme des SSNA. On doit aussi souligner que le Programme des SSNA rembourse actuellement les frais de transport à des fins médicales à l'échelle nationale pour tous les services dentaires approuvés. Ce n'était pas le cas en 2002-2003 lorsqu'on a mené l'Enquête régionale sur la santé.

Conclusion

Il est difficile de comparer les données administratives des différents programmes de la DGSPNI et les données du sondage déclarées par les intéressés. Cependant, cette analyse indique que :

- Le taux d'utilisation des services dentaires des membres des Premières nations et des Inuits est inférieur au taux de l'ensemble de la population canadienne;
- Les services reçus sont similaires;
- Apparemment, les membres des Premières nations et les Inuits ne semblent pas consulter les dentistes suffisamment pour obtenir des soins préventifs efficaces, bien que ces services ne nécessitent pas de prédétermination aux termes du Programme des SSNA et que les clients puissent y accéder facilement.

ANNEXE C PROFIL DES INITIATIVES SUR LA SÉCURITÉ DES BÉNÉFICIAIRES

En tirant profit du travail du CCEUM, le programme des SSNA s'est de plus en plus concentré sur l'utilisation potentiellement dangereuse de médicaments, y compris l'abus de médicaments sur ordonnance. Ce problème touche un grand nombre de Canadiens et toute stratégie visant à régler ce problème doit sortir du cadre du programme des SSNA. Cependant, les prestataires tels que le programme des SSNA peuvent prendre un grand nombre de mesures dans ce domaine et, au cours des dernières années, dans le cadre du programme des SSNA, on a organisé plus d'activités visant à promouvoir l'utilisation appropriée des médicaments financés par le programme et on s'est concentré sur l'utilisation optimale des médicaments, c.-à-d. le bon médicament selon la bonne dose pour le bon client au bon moment. Le programme se concentre sur la sécurité des bénéficiaires dans le cadre la mission de la DGSPNI et collabore à d'autres activités de la direction en travaillant avec les collectivités, les organisations et les intervenants des Premières nations et des Inuits en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies pour améliorer la sensibilisation, pour faire de la promotion et pour encourager la prévention et le traitement.

Les efforts du programme des SSNA relativement à la sécurité des bénéficiaires se concentrent sur quatre éléments principaux :

- Communication en temps réel avec les pharmaciens au sujet des interactions médicamenteuses et des renouvellements d'ordonnances;
- Messages de rejet adressés aux pharmaciens à la lumière des tendances antérieures des bénéficiaires en matière d'utilisation de médicaments et obligation de communiquer avec le Centre des exceptions pour médicaments du Programme des SSNA;
- Analyses des tendances relatives à l'utilisation de médicaments sur ordonnance à l'échelle des bénéficiaires et du Programme;
- Tel que mentionné, un comité consultatif de spécialistes externes, le CCEUM, qui fait des commentaires, effectue des évaluations et formule des recommandations pour améliorer la sécurité des bénéficiaires du programme.

Chaque année, le programme des SSNA publie un *Rapport sur la sécurité des bénéficiaires*. Le rapport met en évidence les activités du programme pour chacun des éléments précisés ci-dessus. Certaines mesures prises dans le cadre du programme des SSNA et découlant de ces piliers sont notamment : des messages d'avertissement et de rejet aux pharmacies concernant les médicaments susceptibles de faire l'objet d'un mauvais usage, l'apport de changement à la couverture de certains médicaments au formulaire pouvant faire l'objet d'abus et l'intervention

auprès de professionnels des soins de santé dans des situations où on a identifié des bénéficiaires dont l'utilisation des médicaments contre l'asthme pouvait être à risque.

En outre, le Rapport sur la sécurité des bénéficiaires explique les progrès accomplis dans le cadre du programme pour régler les problèmes prioritaires, y compris évaluer les résultats des activités du programme des SSNA. Le dernier rapport a révélé que le programme a permis de réduire le mauvais usage de certains médicaments contre l'asthme, ainsi que le nombre de bénéficiaires et de demandes pour des médicaments qui font l'objet d'abus.

Depuis 2004, dans le cadre du programme des SSNA, on a effectué un certain nombre d'interventions visant à réduire le mauvais usage de médicaments. L'utilisation de benzodiazépine a été l'une des principales préoccupations. Cette catégorie de médicaments est un remède à court terme pour les personnes souffrant d'anxiété ou d'insomnie. Il y a très peu de preuves cliniques pour appuyer l'utilisation de benzodiazépine à long terme. L'utilisation à long terme peut causer la dépendance physique et peut entraîner des conséquences néfastes sur la santé et la vie sociale. L'utilisation de benzodiazépine à action prolongée par les personnes âgées est un grave problème en raison du lien avec la déficience cognitive et les blessures graves par suite de chutes.

En fonction de préoccupations bien documentées, dans le cadre du programme des SSNA, on a effectué des interventions dans des points de vente précis et on a éliminé un certain nombre de benzodiazépines à action prolongée de la liste des prestations pharmaceutiques. Par suite de ces mesures et par l'intermédiaire du CCEUM, on a effectué, dans le cadre du programme des SSNA, des évaluations précises des tendances d'utilisation de la benzodiazépine pour mesurer l'efficacité des interventions récentes. Par exemple, le programme a démontré que le nombre de bénéficiaires qui utilisent les benzodiazépines, le nombre de demandes approuvées et le nombre de bénéficiaires qui dépassent la dose journalière maximale recommandée (correspondant à 40 mg par jour de diazépam) ont diminué depuis 2004.

Dans le même ordre d'idées, le pourcentage de membres des Premières nations et d'Inuits admissibles qui ont utilisé de la benzodiazépine a atteint 7,6 % en 2003 et a continué de diminuer par la suite. En 2008, le pourcentage de bénéficiaires admissibles qui ont utilisé de la benzodiazépine est passé de 10,5 % à 6,8 %. En nombres absolus, en 2008, environ 6 900 bénéficiaires de moins ont utilisé les benzodiazépines que si le pourcentage de bénéficiaires admissibles qui ont utilisé les benzodiazépines correspondait à la valeur de 2003 de 7,6 %. Ces tendances, ainsi que d'autres tendances, sont documentées en détail dans le Rapport annuel sur la sécurité des bénéficiaires du programme des SSNA.

En 2008, dans le cadre du processus d'évaluation, le programme des SSNA a commandé une étude d'étalonnage externe qui doit fournir au programme des renseignements sur les mesures prises par d'autres prestataires de services pharmaceutiques publics dans le domaine de la sécurité des bénéficiaires. L'objectif de l'étude était de situer les activités du programme des SSNA par rapport à celles d'autres prestataires de services et de formuler des recommandations pour permettre au programme d'apporter des améliorations dans le domaine de la sécurité des bénéficiaires.

L'étude « Initiatives sur la sécurité des bénéficiaires dans le domaine des prestations pharmaceutiques » a révélé que le programme des SSNA se compare favorablement à d'autres régimes d'assurance-médicaments publics dans le domaine de la sécurité des bénéficiaires. Le rapport a souligné que, dans le cadre du programme, on a effectué un grand nombre d'interventions uniques pour cibler des problèmes cliniques précis (par exemple, limiter les doses pour les produits contenant de l'acétaminophène et la mise sur pied du CCEUM). Cette étude a été vérifiée et approuvée par le CCEUM du programme des SSNA et a aidé la haute direction à déterminer des activités futures dans ce domaine.

ANNEXE D BIBLIOGRAPHIE

Vous trouverez des renseignements sur le Programme des services de santé non assurés, y compris les documents mentionnés dans cette évaluation, c.-à-d. Rapports annuels, Prestations – cadre de travail (à l'exception de Prestations pharmaceutiques, équipement médical et fournitures médicales - Cadre de travail qui n'a pas encore été publié), liste des médicaments, Rapport sur la sécurité des bénéficiaires et bulletins des fournisseurs à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/index-eng.php>

Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Statistique Canada.

Enquête santé Canada, 1978-1979, Statistique Canada.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 1978-1979, Statistique Canada.

Enquête de 2006 auprès des peuples autochtones (langue, acculturation, état de santé, usage journalier de tabac, accès aux soins de santé), Statistique Canada.

Stratégie canadienne de santé dentaire, réunions des directeurs fédéral, provinciaux et territoriaux de santé dentaire, Montréal, août 2005.

Profil statistique de la santé des Premières nations du Canada, pour l'année 2000 (poids à la naissance, suicide), Santé Canada, 2005.

Analyse comparative des frais administratifs du programme des SSNA de Santé Canada par rapport aux régimes de prestations de maladie privés, Morneau Sobeco, janvier 2010

Le rendement du Canada - La contribution du gouvernement du Canada, rapport annuel au Parlement de 2008-2009, rapport du président du Conseil du Trésor du Canada, <http://www.tbs-sct.gc.ca/reports-rapports/cp-rc/2008-2009/cp-rctb-eng.asp>

Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada, Canadian Journal of Diabetes. 32 (Suppl.), septembre 2008.

Recensement de 2006, Statistique Canada.

ICIS : Drug Expenditure in Canada, 1985-2009, Institut canadien d'information sur la santé, 2010 Comparaison du programme des services de santé non assurés de Santé Canada par rapport aux régimes de prestations de maladie privés et publics, Morneau Sobeco, novembre 2009.

Aperçu du contexte ministériel : Initiatives sur la sécurité des bénéficiaires dans le domaine des prestations pharmaceutiques préparé pour la Direction des services de santé non assurés, Santé Canada, Sintera Inc., 31 mars 2009.

Plan d'action des dirigeants des Premières nations en matière de services de santé non assurés, Assemblée des Premières nations, mai 2009.

Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations, 2002-2003, résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes vivant dans les communautés des Premières nations, Assemblée des Premières nations, novembre 2005.

Information sur la santé et le traitement des demandes de paiement, préparé pour la Direction des services de santé non assurés, Santé Canada, Rapport final, Gartner Consulting, mars 2004.

Livre de connaissances : Processus administratifs pour gérer les accords de contribution du programme des SSNA, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Version 1.0 2004, Module 4, Leçon 2, vérifications ministérielles.

Espérance de vie : Données ministérielles de base, 2003, Affaires indiennes et du Nord Canada, 2004.

Espérance de vie dans les régions habitées par les Inuits du Canada, 1989-2003, Rapports sur la santé, Vol. 19, N. 1 Wilkins et coll., 2008. Remarque : les données sur l'espérance de vie et la mortalité infantile concernent les résidents des régions du Nord, y compris les Inuits et les non Inuits.

Cadre de mesure du rendement du Programme des services de santé non assurés, Santé Canada, 2007.

Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats du Programme des services de santé non assurés, Santé Canada, 2007.

Optimal Therapy Recommendations for the Prescribing and Use of Blood Glucose Test Strips, COMPUS Volume 3, numéro 6, juillet 2009, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS).

Examen des programmes de prestations de transport pour raison médicale dans les provinces et les territoires préparé pour la Direction des services de santé non assurés, Santé Canada, Rapport final, Kelly & Associates, avril 2009.

Suicide au Nunavut : Qaujijausimajuni Tunngaviqarniq (Using knowledge and experience as a foundation for action), préparé par le groupe de travail pour une stratégie de prévention du suicide pour le Nunavut, Avril 2009. Suicide in Inuit Nunaat: An analysis of Suicide Rates and the effect of Community-level factors, Penney et coll., juin 2008.

Tuberculose : Tuberculose au Canada, 2008, Agence de la santé publique du Canada (ASPC), 2010.