



Santé Health
Canada Canada

Évaluation des projets pilotes des Services de santé non assurés (SSNA)

**Direction générale de la santé des
Premières nations et des Inuits**

Rapport de synthèse final

Présenté à

Santé Canada
Comité ministériel de vérification et d'évaluation

Avril 2006

Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Évaluation des projets pilotes des Services de santé non assurés (SSNA)

Projet de rapport de synthèse final

Le 4 février 2005

 **Hollander
Analytical
Services Ltd.**

**Adrian Gibbons &
Associates Ltd.**



NOTE AU DOSSIER

Évaluation des projets pilotes des Services de santé non assurés (SSNA)

Les projets pilotes avaient pour but de faire l'essai des modèles d'exécution de gestion pour le transfert des Services de santé non assurés de Santé Canada aux Premières nations et aux Inuits.

Les autorisations relatives aux projets pilotes des SSNA ont pris fin le 31 mars 2005, le projet de la Nation crie de Bigstone étant le seul à avoir obtenu une prolongation d'autorisation du Conseil du Trésor. La haute direction de Santé Canada a pris en mars 2005 la décision de prolonger le projet de deux ans, avec examen du rendement et révision des finances en 2006, en fonction de la vérification. Les résultats de cette vérification détermineront la décision relative à l'avenir du projet pilote Bigstone.

Les SSNA n'ont plus le pouvoir de lancer d'autres projets pilotes.

6 février 2006

SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS

Introduction

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada offre des services de santé non assurés supplémentaires aux Inuits et aux membres des Premières nations admissibles du Canada. Ces services englobent les médicaments d'ordonnance et les médicaments en vente libre, l'équipement médical et les fournitures médicales, les services dentaires, les soins de la vue, le transport pour raison médicale et les services d'intervention en cas de crise. Le Programme des SSNA a connu une croissance considérable pendant les dix années entre avril 1993 et mars 2003. Au cours de cette période, le nombre de prestataires admissibles a augmenté d'environ 26 %; cependant, les dépenses ont grimpé de plus de 53 %. Cette croissance semble être attribuable à un certain nombre de facteurs, y compris l'augmentation des taux d'utilisation, la hausse des coûts des services et les modifications apportées aux systèmes provinciaux de soins de santé. Le financement du Programme des SSNA provient de l'enveloppe des programmes destinés aux Premières nations et aux Inuits, qui sert également à financer les services de santé communautaires et les hôpitaux relevant de la DGSPNI. Les dépenses liées au Programme des SSNA ont donc une incidence considérable sur le financement dont peuvent bénéficier les autres programmes de santé des Premières nations et des Inuits.

En mars 1988, le Cabinet a approuvé le transfert du contrôle des services de santé aux Premières nations et aux Inuits. Cette décision a ensuite été approuvée par le Conseil du Trésor, en juin 1988. Cependant, ni la décision du Cabinet, ni l'approbation du Conseil du Trésor ne comportait le transfert du Programme des SSNA. En juin 1994, le Cabinet a déterminé que l'on pouvait essayer, dans le cadre d'un projet pilote, des options de gestion et d'exécution en vue du transfert des SSNA; en septembre de la même année, le Conseil du Trésor a autorisé la mise en œuvre de projets pilotes, jusqu'à concurrence de 30 projets. En septembre 2000, le Conseil du Trésor a consenti à ce que son autorisation initiale de 1994 à l'égard des projets pilotes soit prolongée jusqu'au 31 mars 2005.

Un total de 17 projets pilotes ont été mis sur pied entre avril 1996 et février 2003. Treize projets sont revenus à la formule de l'accord de contribution, l'un a fait l'objet d'une entente sur l'autonomie gouvernementale, un autre a été intégré à projet pilote de portée plus étendue (il est par la suite revenu à la formule de l'accord de contribution); en fin, un autre projet a récemment été abandonné¹, mais n'est pas revenu à la formule de l'accord de contribution pour le moment. Le dernier projet pilote est toujours en vigueur, en vertu d'un accord qui prendra fin le 31 mars 2005.

Deux évaluations antérieures ont été menées à l'égard des projets pilotes. Les évaluations visaient à renforcer la gestion et l'exécution du Programme des SSNA afin de satisfaire aux exigences du Conseil du Trésor. Cependant, les deux évaluations étaient incomplètes. La

¹ Le terme « abandonné » utilisé dans le présent document signifie que les activités d'un projet pilote sont terminées. Ce terme ne précise pas les organisations qui ont déterminé que des services de santé non assurés ne seraient plus administrés au niveau des collectivités.

présente évaluation visait à prendre appui sur les évaluations antérieures. Nous prévoyons que cette évaluation constituera le fondement d'évaluations ultérieures.

Le but de l'évaluation consistait à fournir des données quant à la possibilité de transférer le contrôle du Programme des SSNA de Santé Canada aux Premières nations et aux Inuits. L'évaluation comportait les questions clés suivantes :

- Les projets pilotes des SSNA ont-ils un fondement logique?
- Quelles sont les conséquences des projets pilotes des SSNA?
- Dans quelle mesure les projets pilotes des SSNA ont-ils été fructueux?
- Dans quelle mesure les projets pilotes des SSNA ont-ils été rentables?

L'évaluation s'est déroulée en trois étapes. La première étape visait à établir une vision commune du Programme des SSNA et des évaluations antérieures des projets pilotes. La deuxième étape consistait à acquérir une connaissance approfondie des enjeux et des défis touchant la transférabilité du Programme des SSNA. Elle consistait également à mener l'enquête administrative annuelle au sein de deux emplacements pilotes. La troisième étape était axée sur une étude de cas relative au dernier projet, c'est-à-dire le projet pilote des SSNA de la Première nation crie de Bigstone. Les résultats de chacune des trois étapes sont présentés dans des documents distincts². Le présent rapport de synthèse présente l'essentiel des résultats des trois étapes de l'étude et des recommandations touchant la transférabilité du Programme des SSNA.

Méthodologie

L'évaluation a été menée selon quatre méthodes distinctes : examen de documents; entrevues de clients et d'intervenants clés aux échelons national, régional et communautaire; enquête auprès de coordonnateurs de projets pilotes et de dispensateurs de services de santé non assurés et examen des données financières relatives à l'administration et à la prestation des services de santé non assurés aux échelons national et local.

Nous avons mené, au cours de la première étape, un examen des documents liés à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets pilotes des SSNA, afin d'établir une vision globale du Programme des SSNA et des divers projets. Nous avons notamment examiné les documents explicatifs, les rapports annuels et les rapports des deux évaluations antérieures des projets

² Voir les documents suivants : *Final Phase 1 report: Background and historical context and detailed methodology for Phases 2 and 3* (Rapport final de la phase 1 : Antécédents et contexte historique et méthodologie détaillée en vue des phases 2 et 3) (10 août 2004); *Final Phase 2 report: Issues and challenges with respect to the transfer of NIHB* (Rapport final de la phase 2 : Enjeux et défis relatifs au transfert des SSNA) (7 décembre 2004); *Report on the Annual Administrative Surveys at Southeast Resource Development Council and Bigstone Cree Nation (2004)* (Rapport des enquêtes administratives annuelles du Southeast Resource Development Council et de la Première nation crie de Bigstone (2004)) (3 août 2004) et *Final Phase 3 report: An in-depth examination of the Bigstone Cree Nation pilot project* (Rapport final de la phase 3 : Examen approfondi du projet pilote de la Première nation crie de Bigstone) (14 décembre 2004). Tous les documents ont été rédigés par Hollander Analytical Services Ltd. et Adrian Gibbons and Associates Ltd.

pilotes. Nous avons également eu recours à un examen documentaire à la troisième étape, dans le cadre de l'étude de cas relative au projet pilote de la Première nation crie de Bigstone. L'examen portait notamment sur les documents complémentaires, les rapports des évaluations antérieures, les rapports trimestriels et des données financières.

Nous disposions de peu de données écrites sur les projets pilotes antérieurs. La présente évaluation était donc largement fondée sur des entrevues. Nous avons eu recours à des entrevues dans le cadre des trois étapes de l'évaluation. Au cours de la première étape, nous avons mené des entrevues auprès de 17 représentants de Santé Canada et d'organisations nationales et régionales des Premières nations. À la deuxième étape, nous avons interrogé 46 Inuits et membres des Premières nations (de même que les représentants nationaux et régionaux interviewés à la première étape). Les représentants des Inuits et des Premières nations interrogés au cours de cette étape se divisaient en quatre groupes. Le premier était formé des représentants d'organisations des Premières nations et des Inuits responsables d'un projet pilote antérieur des SSNA. Le deuxième groupe était composé de représentants des Premières nations qui avaient demandé, sans succès, du financement en vue d'un projet pilote des SSNA. Le troisième groupe comptait des représentants des Premières nations qui dispensent tous les services de santé non assurés, mais qui n'ont pas participé à un projet pilote; il s'agissait de membres du Conseil des Mohawks d'Akwesasne et de la nation Nisga'a. Le quatrième groupe était composé de représentants des Premières nations de la Saskatchewan. À la troisième étape, nous avons mené des entrevues auprès de 160 personnes réparties dans trois groupes. Le premier comptait des responsables, des coordonnateurs de projets et des consultants qui participent activement à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet pilote au sein de la Première nation crie de Bigstone, dont des représentants de la Bigstone Health Commission et du bureau régional de Santé Canada. Le deuxième groupe était composé d'employés de la Bigstone Health Commission, dont bon nombre exerçaient des fonctions administratives dans divers secteurs de services. Le troisième groupe était formé de membres de la Première nation crie de Bigstone qui avaient utilisé au moins un service de santé non assuré dans les 12 mois précédents. Les outils d'entrevue utilisés dans le cadre de l'évaluation étaient expressément conçus pour les besoins du projet et visaient à établir des comparaisons avec les évaluations antérieures (au besoin), afin d'éclaircir les points soulevés antérieurement et de répondre aux questions de recherche liées à l'évaluation en cours.

Nous avons utilisé des enquêtes au cours des deuxième et troisième étapes. Dans le cadre de la deuxième étape, nous avons soumis un questionnaire administratif aux coordonnateurs de projets pilotes et aux coordonnateurs régionaux de deux emplacements pilotes. Le questionnaire avait été utilisé dans le cadre de la deuxième évaluation des projets pilotes. À la troisième étape, nous avons mené une enquête auprès de dispensateurs de services de santé non assurés dans le cadre de l'étude de cas relative au projet pilote de la Première nation crie de Bigstone. L'enquête visait à renforcer les évaluations antérieures du projet pilote des SSNA de Bigstone, à recueillir le point de vue des participants quant à la réussite du projet et à jeter des bases en vue d'évaluations ultérieures.

Au cours de l'étape initiale, nous avons examiné les données financières touchant le Programme des SSNA en général. Nous avons également mené, au cours de la troisième étape, un examen des données financières touchant l'administration et la prestation des services de santé non assurés à l'échelle locale.

Les résultats de l'évaluation et les recommandations relatives à la transférabilité éventuelle du Programme des SSNA sont fondés sur l'ensemble des approches décrites ci-dessus, selon une méthode dite de « triangulation ». La triangulation s'entend d'une approche selon laquelle on utilise diverses méthodes pour étudier une question. Il s'agit d'une stratégie qui vise à s'assurer que les résultats d'une évaluation ne sont pas le produit d'une méthode ou d'une source de données unique, ni d'un manque d'objectivité de la part d'un enquêteur. On peut recourir à la triangulation pour vérifier la cohérence de données établies à des moments différents, selon des méthodes différentes et par l'intermédiaire de personnes et de sources diverses, et pour accroître sa certitude à l'égard des données d'évaluation et de leur interprétation. Ainsi, bien que chaque méthode présente des lacunes, lorsqu'on obtient des résultats semblables selon des méthodes différentes (comme ce fut le cas dans le cadre de la présente évaluation), on accroît sa certitude à l'égard des résultats globaux.

Résultats et analyse

Les résultats de chaque étape de l'évaluation étaient semblables, malgré la diversité des méthodes utilisées. La présente section comporte un sommaire des résultats des trois étapes de l'évaluation.

Pertinence du processus de réalisation des projets pilotes des SSNA

Le concept de projets pilotes des SSNA visant à déterminer les facteurs susceptibles d'influer sur le transfert des services de santé non assurés semble être justifié et concorde avec d'autres programmes élaborés par la DGSPNI (p. ex. le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire). Cependant, on peut tirer des leçons valables de la manière dont les projets pilotes ont été exécutés.

Représentativité des emplacements pilotes : La plupart des projets pilotes se déroulaient dans la région du Manitoba, et la majorité étaient menés par de grandes organisations. Compte tenu de la répartition actuelle, nous ne pouvons pas déterminer précisément dans quelle mesure les emplacements d'exécution des projets étaient représentatifs de l'ensemble des organisations des Premières nations et des Inuits du Canada, et donc applicables à ceux-ci. Diverses options de gestion (p. ex. Premières nations, conseils tribaux, conseils régionaux et commissions de la santé) étaient utilisées dans le cadre des projets pilotes. Tous les emplacements pilotes comptaient de nombreux membres vivant hors des réserves ou à l'extérieur de la collectivité; cependant, il n'y a pas lieu de croire que ces emplacements soient différents des lieux non visés par les projets pilotes sur ce plan. La plupart des établissements pilotes s'efforçaient de fournir des services au sein des collectivités inuites et des Premières nations et à l'extérieur de celles-ci.

Choix des services de santé non assurés visés par les projets pilotes : Dans les deux premiers groupes de projets pilotes, les responsables des projets ont pu préciser les services de santé non assurés qu'ils voulaient administrer. Les responsables des projets pilotes antérieurs n'étaient pas obligés d'administrer l'ensemble des services de santé non assurés. Tous les emplacements pilotes, sauf trois, assuraient le transport pour raison médicale, qui, par ailleurs, constituait l'unique service de santé non assuré visé par un projet pilote à trois endroits. Un emplacement pilote seulement (Première nation crie de Bigstone) a intégré l'ensemble des services de santé non assurés à son projet. Par conséquent, nous ne pouvons pas préciser non plus dans quelle mesure les résultats des projets pilotes antérieurs peuvent être appliqués à l'ensemble des services de santé non assurés.

Préparation à l'exécution de projets pilotes : En général, ni Santé Canada (que ce soit à l'échelle régionale ou nationale), ni les emplacements pilotes des Premières nations et des Inuits ne semblaient tout à fait prêts à mener un projet pilote. Par exemple, afin d'obtenir des fonds en vue d'un projet pilote des SSNA, les organisations intéressées des Premières nations et des Inuits devaient tout d'abord rédiger une proposition préliminaire. Lorsque l'approche était jugée appropriée, l'organisation recevait les fonds nécessaires pour élaborer un plan d'activités. Ce plan visait à définir la manière dont le projet pilote serait mis en œuvre. Cependant, les plans d'activités de certains projets pilotes étaient inappropriés, incomplets ou dépourvus du soutien de l'administration locale et des membres de la collectivité. De plus, on ne semblait pas nécessairement soucieux de respecter les plans d'activités.

Importance d'un appui administratif approprié : Les projets ont démontré qu'un projet pilote des SSNA ne peut être élaboré d'une manière appropriée et que les services de santé non assurés ne peuvent être administrés convenablement à l'échelle locale, sans l'intérêt et l'engagement d'une organisation des Premières nations ou des Inuits et l'appui du bureau régional de Santé Canada. À certains emplacements pilotes, les projets semblaient bénéficier d'un appui appréciable de la part de l'administration, du personnel de soins de santé et de la clientèle. Lorsque les projets pilotes ne recevaient pas d'appui provenant de l'échelon administratif, on faisait face à des problèmes importants sur les plans de l'administration, des ressources et du financement. Dans certaines régions, des employés compétents en matière de SSNA des bureaux régionaux de la DGSPNI participaient activement aux projets pilotes, tandis qu'ailleurs, l'appui des bureaux régionaux de la Direction générale semblait insuffisant. Dans l'ensemble, les responsables des projets pilotes ont affirmé qu'ils ne recevaient pas un appui suffisant de la part de l'administration nationale de la DGSPNI. Certains employés régionaux de la DGSPNI ont également formulé des affirmations dans ce sens.

Besoin de formation : Les employés des SSNA de tous les emplacements pilotes antérieurs ont souligné que la formation était insuffisante et inappropriée. Les représentants d'organisations des Premières nations et des Inuits partageaient leur point de vue. Les responsables du projet pilote des SSNA de la Première nation crie de Bigstone ont affirmé que tous les nouveaux employés devaient recevoir de la formation, et que la formation de l'ensemble des effectifs devait être assurée de façon continue. La nécessité d'une formation initiale et continue a également fait l'objet de remarques de la part de la nation Nisga'a et du Conseil des Mohawks d'Akwesasne. Les participants ont souligné qu'une formation était requise sur les plans suivants : les divers aspects du Programme des SSNA; les programmes informatiques; les

questions administratives et de gestion; la collaboration avec la population et les domaines liés à la santé (p. ex. les premiers soins et la RCR).

Questions relatives au financement : Les ressources financières affectées aux projets pilotes étaient souvent considérées comme insuffisantes. Les ressources étaient allouées en fonction des budgets antérieurs; cependant, elles ne prenaient pas en compte la croissance démographique, l'accroissement de l'utilisation, ni la hausse des coûts des services. En outre, on ne semblait pas affecter de fonds supplémentaires pour l'exécution des projets pilotes des SSNA, outre ceux destinés à la prestation des services de santé non assurés proprement dits. De plus, les représentants du Conseil d'Akwesasne et de la nation Nisga'a jugeaient que le financement destiné à l'administration des services de santé non assurés était insuffisant. En outre, les Premières nations de la Saskatchewan ont déclaré que l'une des raisons pour lesquelles elles avaient choisi (collectivement) de ne pas participer aux projets pilotes des SSNA avait trait à des préoccupations selon lesquelles le financement accordé ne suffirait pas à administrer les projets. Il convient de noter que Santé Canada subissait des pressions considérables pour gérer le Programme des SSNA en respectant le budget pendant presque toute la durée des projets pilotes.

Nécessité de politiques et de procédures appropriées et accessibles : Les politiques et les procédures touchant l'administration des services de santé non assurés semblaient parfois insuffisantes ou incomplètes pendant la mise en œuvre des projets pilotes. Par exemple, les politiques relatives au respect de la confidentialité des renseignements sur les clients devaient être élaborées par le personnel des emplacements pilotes. Même s'ils étaient reconnus en vertu du Programme des SSNA, les processus d'appel et d'exception devaient être précisés davantage à l'échelon local. Comme on n'a pas élaboré ce type de politiques et de procédures, les services de santé non assurés offerts pouvaient (et peuvent encore) varier d'une personne à l'autre et d'une région du pays à l'autre. Les représentants de plusieurs organisations des Premières nations et des Inuits ont souligné que le Programme national des SSNA comportait actuellement des politiques liées à plusieurs aspects du Programme, mais que ces politiques ne convenaient pas nécessairement à l'échelon local. Il faudrait en fait définir des politiques et des procédures *générales* qui pourraient être *adaptées* au contexte local.

Durée des projets pilotes : Les projets pilotes étaient conçus en fonction d'une durée d'exécution de deux ans, avec la possibilité d'une prolongation d'un an. La plupart des projets antérieurs semblent avoir duré de deux ans et demi à trois ans. Un projet pilote a fonctionné pendant environ un an, tandis qu'un autre s'est étalé sur près de huit ans. Plusieurs participants aux diverses étapes de l'évaluation ont déclaré que le délai attribué aux projets pilotes des SSNA était trop court. Fait à souligner, la Première nation crie de Bigstone a pris en charge l'administration de tous les services de santé non assurés, sauf un, après huit ans. Le Conseil des Mohawks d'Akwesasne et la nation Nisga'a administrent l'ensemble des services de santé non assurés; cependant, encore une fois, ils le font depuis plus de huit ans. Enfin, il convient de noter que le transfert des services de santé entraîne un processus de planification de deux ans et une étape opérationnelle d'une durée de cinq ans, avant que l'évaluation initiale n'ait lieu.

Conséquences des projets pilotes des SSNA

Accroissement de l'accès aux services de santé non assurés : Les représentants d'environ 80 % des emplacements pilotes des SSNA ont affirmé que leur système d'exécution s'était révélé très efficace. Les personnes interrogées ont souligné que certains services pouvaient être offerts plus rapidement et d'une manière plus fiable à l'échelle locale, et que les membres du personnel des SSNA étaient connus au sein de leurs collectivités. Les représentants de la Première nation d'Akwesasne et de la nation Nisga'a partageaient ce point de vue. La plupart, mais non pas la totalité des emplacements pilotes des SSNA, administraient des services de santé non assurés destinés aux résidents des réserves et aux personnes vivant hors des réserves (ou au sein et à l'extérieur des collectivités). Les répondants des emplacements pilotes des SSNA qui administraient des services de santé non assurés à l'intention des personnes vivant au sein et à l'extérieur des réserves (ou au sein et à l'extérieur des collectivités) ont défini plusieurs problèmes liés à la prestation des services aux personnes qui résident hors des réserves et des collectivités (p. ex. tenir à jour les renseignements touchant les personnes admissibles et communiquer avec celles-ci relativement à la modification des méthodes de prestation et d'administration des services). La prestation de services de santé non assurés à l'ensemble des personnes admissibles, indépendamment de leur lieu de résidence, constituait un enjeu important du point de vue des projets pilotes et exigera une attention plus poussée lorsque le Programme des SSNA sera éventuellement transféré d'une manière plus générale. Il convient de noter que le Conseil des Mohawks d'Akwesasne et la nation Nisga'a offrent des services de santé non assurés aux personnes qui vivent dans les réserves et hors des réserves. Ni l'une ni l'autre des Premières nations n'a éprouvé de difficulté à fournir des services aux personnes qui habitent hors des réserves.

Amélioration de l'administration des services de santé non assurés : Les Premières nations et les Inuits qui menaient un projet pilote des SSNA ont fourni plusieurs motifs justifiant leur participation à ce type de projet, y compris la conviction qu'ils pouvaient administrer les services de santé non assurés plus efficacement que Santé Canada, et qu'un contrôle local permettrait de mieux répondre aux besoins individuels. Les membres des Premières nations qui n'avaient pas réussi à obtenir de financement en vue d'un projet pilote des SSNA, le Conseil des Mohawks d'Akwesasne et la nation Nisga'a ont affirmé qu'ils souhaitaient administrer les services de santé non assurés pour ces motifs; en outre, les Premières nations de la Saskatchewan ont déclaré qu'il ne s'agissait que de deux des avantages que l'on pouvait tirer en confiant l'administration des services aux Premières nations et aux Inuits. Nous avons demandé aux répondants des emplacements pilotes des SSNA s'ils croyaient que l'administration des services de santé non assurés s'était améliorée pendant la durée de leurs projets pilotes, comparativement à l'administration antérieure assurée par Santé Canada. L'ensemble des répondants des emplacements pilotes antérieurs jugeaient qu'il y avait eu une amélioration. La plupart des représentants du projet pilote des SSNA de la Première nation crie de Bigstone croyaient que l'administration était demeurée telle quelle ou qu'elle s'était améliorée. Les représentants du Conseil des Mohawks d'Akwesasne et de la nation Nisga'a étaient d'avis que les services de santé non assurés étaient mieux administrés sous leur contrôle.

Conséquences sur l'état de santé : Nous avons demandé aux participants à l'évaluation si le fait que les services de santé non assurés soient administrés par les Premières nations et les Inuits avait ou non contribué à une amélioration de l'état de santé. Les répondants ont souligné qu'une amélioration dans un secteur (notamment les services de santé non assurés) pouvait avoir une incidence sur d'autres secteurs (par exemple, la collaboration avec les autres dispensateurs de soins de santé et organismes de santé), et que les secteurs non liés à la santé (notamment la responsabilité locale et l'habilitation des collectivités) pouvaient influencer sur l'état de santé. Cependant, les répondants ont également souligné que l'évaluation de l'état de santé était complexe et qu'elle devait s'échelonner sur une certaine période de temps. Leurs points de vue étaient appuyés par le Conseil d'Akwesasne et la nation Nisga'a. La brièveté du délai alloué aux projets pilotes des SSNA ne permettait pas de constater un changement dans l'état de santé global, que ce soit sur le plan individuel ou au niveau de la collectivité. De plus, nous ignorons si la modification des dispositions administratives à l'égard de la prestation des services de santé non assurés uniquement suffirait à influencer sur l'état de santé. Il faut recueillir des données sur l'utilisation des services de santé non assurés et les services de prévention et d'intervention sur plusieurs années.

Accroissement de l'utilisation d'autres services de santé communautaire : L'administration locale des services de santé non assurés peut entraîner l'établissement de liens avec d'autres programmes de santé communautaire. Les collectivités qui manifestent un intérêt à l'égard du transfert des services de santé, ou qui ont adhéré au processus, auraient peut-être avantage à assumer également la responsabilité des services de santé non assurés et à envisager la possibilité d'intégrer les deux secteurs afin d'améliorer l'efficience et l'efficacité globales.

Réussite des projets pilotes des SSNA

Définition de la réussite : Le fait que les projets pilotes des SSNA se soient révélés ou non fructueux dépend de la manière dont on choisit de définir la « réussite ». À cet égard, on peut notamment déterminer dans quelle mesure les objectifs des projets pilotes ont été atteints. Un autre moyen consiste à déterminer les conséquences prévues et non délibérées des projets. On peut également définir la réussite selon l'efficacité des projets pilotes des SSNA en cours d'exécution. Le fait que la plupart des projets pilotes ne soient plus en vigueur ne signifie pas nécessairement qu'ils n'ont pas été fructueux. De fait, plusieurs projets ont donné des résultats positifs en ce sens qu'ils ont prouvé que les Premières nations et les Inuits pouvaient administrer du moins certains services de santé non assurés (notamment le transport pour raison médicale) d'une manière très efficace à l'échelon local; d'autres services de santé non assurés (par exemple les services dentaires ou les services pharmaceutiques) peuvent poser davantage de problèmes, sur le plan de l'administration, à certaines Premières nations et collectivités inuites. Certains projets pilotes ont permis d'améliorer considérablement la rentabilité. Certains projets ont été abandonnés, non pas parce que les organisations des Premières nations et des Inuits n'étaient pas en mesure d'administrer les services de santé non assurés, ou qu'ils n'étaient pas intéressés à le faire, mais parce qu'ils craignaient que leur budget ne leur permette pas d'administrer les services d'une manière appropriée.

Avantages et inconvénients de l'administration locale : En général, les organisations des Premières nations et des Inuits jugent qu'il est essentiel que l'administration et la prestation des services de santé non assurés relèvent de l'échelon local. Les répondants ont signalé plusieurs possibilités d'améliorer la prestation des services en confiant l'administration des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits, notamment sur les plans suivants : meilleure connaissance des enjeux locaux; capacité accrue de se concentrer sur la santé des clients; attribution de la responsabilité de la santé des membres des collectivités aux Premières nations et aux Inuits; possibilité d'intégrer les services relevant de plusieurs secteurs; possibilité de renforcer les capacités à l'échelle locale et possibilité de tirer des avantages économiques. Les répondants ont également souligné que l'administration des services de santé non assurés par les Premières nations et les Inuits posait des défis, y compris des points de vue du caractère suffisant de l'expertise et des capacités locales pour administrer et fournir les services, de la nécessité d'appliquer des politiques qui ne conviennent pas nécessairement à la situation locale et des questions liées à la perte éventuelle de la responsabilité fiduciaire fédérale et à l'abrogation possible des droits existants issus de traités.

Capacité d'administrer les services de santé non assurés à l'échelle locale : L'expérience de certains emplacements pilotes des SSNA, de la Première nation crie de Bigstone, du Conseil des Mohawks d'Akwesasne et de la nation Nisga'a révèle que les Premières nations et les Inuits sont en mesure d'administrer les services de santé non assurés à l'échelle locale. Plusieurs facteurs semblent essentiels à la réussite, y compris l'appui des gestionnaires et des administrateurs des collectivités inuites et des Premières nations, l'appui des membres des collectivités, l'appui des bureaux régionaux de la DGSPNI en ce qui concerne toutes les facettes du Programme des SSNA, l'appui des dispensateurs locaux de services de santé non assurés, la volonté de collaborer avec les intervenants d'autres secteurs et la disponibilité des ressources nécessaires (ou la volonté de les obtenir).

Communication : Les représentants de divers emplacements pilotes des SSNA, de la Première nation crie de Bigstone, du Conseil des Mohawks d'Akwesasne et de la nation Nisga'a ont affirmé qu'ils avaient utilisé diverses méthodes pour communiquer aux membres (au sein de la collectivité et à l'extérieur) des renseignements relatifs aux services de santé non assurés. Ces renseignements s'ajoutent à ceux affichés sur le site Internet de Santé Canada. Les moyens utilisés comportaient des feuillets, des dépliants et des brochures; des bulletins; des exposés dans le cadre de conférences, de réunions communautaires, d'expositions et de congrès publics et d'assemblées générales annuelles; un site Web communautaire; des présentations à la radio locale; la désignation d'un « expert local » qui fournit des renseignements sur le plan individuel et une ligne d'information sans frais accessible au public d'un bout à l'autre du Canada. Malgré la diversité et le nombre des modes de communication utilisés, les membres de nombreuses collectivités pilotes voulaient obtenir de plus amples renseignements sur le Programme des SSNA, particulièrement en ce qui concerne les services visés par le Programme et les services exclus. La majorité (90 %) des effectifs des SSNA dans les emplacements pilotes ont déclaré qu'ils n'avaient pas obtenu suffisamment de données ou de renseignements avant la mise en œuvre des projets. Les représentants du Conseil d'Akwesasne et de la nation Nisga'a partageaient cet avis. Les répondants ont affirmé que l'on avait mis beaucoup de temps à communiquer certains renseignements critiques (p. ex. les manuels de politiques et les données antérieures), que les renseignements sur certains aspects de l'administration des services de santé

non assurés étaient parfois communiqués dans un très court délai (p. ex. les exigences en matière de présentation de rapports et de tenue de dossiers) et que certains renseignements (notamment les politiques et les procédures) étaient toujours en cours d'élaboration au moment du démarrage des projets pilotes. Les chercheurs croient comprendre que les projets pilotes étaient accompagnés d'un dossier d'information de base destiné à les appuyer dans la prise de décisions, mais les collectivités inuites et des Premières nations semblaient toutefois déplorer des lacunes sur le plan de l'information. On a souvent cité le manque de communication comme étant l'une des principales sources d'insatisfaction parmi les employés des bureaux régionaux et nationaux de la DGSPNI.

Rentabilité des projets pilotes des SSNA

Mise en contexte de la « rentabilité » : La notion de « rentabilité » correspond souvent à l'analyse des coûts uniquement et à une méthode visant à déterminer la réduction des dépenses. Cependant, l'analyse de la rentabilité *ne doit pas*, ou du moins ne devrait pas, être interprétée ainsi. L'analyse de la rentabilité s'entend d'une méthode qui permet aux bailleurs de fonds et aux fournisseurs de services d'examiner la manière dont les services sont assurés et, le cas échéant, la manière dont on pourrait les fournir plus efficacement. Il *ne s'agit pas* uniquement de coûts. On attribue une importance équivalente aux *coûts* et aux conséquences, c'est-à-dire, aux *résultats*. Ainsi, les indicateurs de résultats, notamment la satisfaction à l'égard des soins dispensés, du point de vue des clients et des dispensateurs de soins non officiels, et la qualité de vie des clients, constituent des facteurs tout aussi importants que les coûts de la prestation des services. De plus, l'analyse comparative des coûts et des résultats est susceptible de révéler des renseignements nouveaux que l'on peut utiliser dans la modification des politiques, des procédures et des pratiques cliniques, afin d'assurer des services plus efficaces et efficaces.

Mesures de réduction des coûts: Les responsables de nombreux projets pilotes ont été en mesure d'élaborer des moyens rentables de gérer l'administration et la prestation des services de santé non assurés, y compris : offrir diverses options en ce qui concerne la prestation de services de transport pour raison médicale; coordonner les dispositions de voyage des clients ayant des besoins similaires; évaluer diverses options afin de déterminer le prix le plus avantageux et négocier avec les fournisseurs afin d'obtenir des prix plus abordables; fournir des produits et des services au sein de la collectivité et contrôler les dépenses grâce à la modification et à l'application des politiques et à la surveillance des coûts. En outre, plusieurs répondants ont affirmé que le fait de disposer de logiciels appropriés pouvait entraîner des économies de coûts à long terme. On souligne que certaines mesures d'économies de coûts (p. ex. l'amélioration de la gestion des frais de transport pour raison médicale dans plusieurs régions) ont été mises en œuvre au sein du Programme des SSNA à l'échelle nationale, afin de maîtriser les coûts du Programme.

Économies possibles découlant de l'intégration des services de santé non assurés à d'autres services : Plusieurs répondants ont souligné que les services de santé non assurés pourraient être intégrés à d'autres services. La Première nation crie de Bigstone et le Conseil d'Akwesasne, en particulier, mettent l'accent sur l'intégration de ces services à d'autres services liés à la santé, aux services sociaux et aux programmes d'enseignement. L'intégration des services de santé non assurés à d'autres secteurs peut entraîner non seulement une amélioration

de l'état de santé au niveau des personnes et des collectivités, mais également une réduction des coûts des services.

Résultats sur le plan de la satisfaction de la clientèle : Les évaluations antérieures des projets pilotes des SSNA ont permis d'observer que les clients étaient généralement satisfaits de la manière dont le personnel des projets les aidait à obtenir des services de santé non assurés, bien qu'ils aient également souligné la nécessité d'avoir de plus amples renseignements en ce qui concerne les indemnités et les services. Les clients de plusieurs emplacements visés par l'étude ont affirmé que l'on devait accroître la formation des employés des projets sur le plan des relations interpersonnelles. Dans le cadre de la présente évaluation, les répondants étaient généralement des membres du personnel, et non pas des clients, et peu d'entre eux ont formulé des remarques quant à la satisfaction de la clientèle à l'égard de l'administration des services de santé non assurés, sauf en ce qui concerne l'examen approfondi du projet pilote de la Première nation crie de Bigstone. Plus de 60 % des clients du projet pilote de Bigstone ont affirmé qu'ils n'étaient pas suffisamment renseignés au sujet des indemnités et des services offerts en vertu du Programme des SSNA; jugeaient que l'administration des services de santé non assurés était demeurée telle quelle ou s'était améliorée depuis la mise en œuvre du projet pilote; jugeaient que le transfert de la responsabilité des services s'était révélé fructueux et étaient favorables à l'administration continue des services de santé non assurés par la Première nation crie de Bigstone. Ces résultats donnent à croire que la clientèle était satisfaite de l'administration des services de santé non assurés à cet emplacement pilote. Nous ignorons si l'on obtiendrait des résultats semblables en ce qui concerne d'autres organisations des Premières nations et des Inuits qui administrent les services de santé non assurés.

Résultats sur le plan de la satisfaction des fournisseurs : Dans le cadre des évaluations antérieures des projets pilotes des SSNA, les fournisseurs de nombreux emplacements pilotes ont affirmé qu'ils étaient satisfaits des services offerts par les responsables des projets pilotes sur le plan du règlement des demandes de remboursement et des factures; voulaient que l'on améliore le délai de facturation et souhaitent poursuivre leur collaboration avec les projets pilotes. Bien que les fournisseurs de certains emplacements pilotes aient déclaré que les communications s'étaient améliorées, les fournisseurs d'autres emplacements jugeaient qu'il fallait accroître la communication, particulièrement en ce qui a trait aux modifications apportées au Programme des SSNA. Dans le cadre de la présente évaluation, en général, nous n'avons pas recueilli le point de vue des fournisseurs. En outre, la plupart des répondants n'ont pas formulé de commentaires quant à la satisfaction des fournisseurs à l'égard de l'administration locale des services de santé non assurés. Là encore, l'examen approfondi du projet pilote de la Première nation crie de Bigstone fait exception. Au-delà de 80 % des dispensateurs participant au projet pilote de Bigstone jugeaient que l'administration des services de santé non assurés était demeurée telle quelle ou s'était améliorée depuis que la Première nation crie de Bigstone en assumait la responsabilité; étaient très ou modérément satisfaits des processus de règlement des demandes de remboursement et des factures et croyaient que le transfert de la responsabilité de l'administration des services à la Première nation crie de Bigstone s'était révélé fructueux. Plus de 66 % des dispensateurs étaient favorables à ce que la Première nation crie de Bigstone continue d'administrer les services de santé non assurés. Nous ignorons si l'on obtiendrait des résultats semblables en ce qui concerne d'autres organisations des Premières nations et des Inuits qui administrent les services de santé non assurés.

Recommandations

Compte tenu de la nature des résultats de l'étude, nous pouvons formuler des recommandations fondées sur des données concrètes en ce qui concerne l'orientation future du programme des SSNA. Dans la suite des choses, Santé Canada et les organisations des Premières nations et des Inuits devront examiner un certain nombre de questions fondamentales. Les recommandations contenues dans le présent rapport sont donc regroupées selon quatre grands thèmes, à savoir :

- La pertinence relative du transfert, de Santé Canada aux Premières nations et aux Inuits, du contrôle des indemnités et des services de santé non assurés;
- Les modèles possibles qui devront être envisagés en vue du transfert;
- Les mesures qui doivent être prises avant le transfert des indemnités et des services de santé non assurés (s'ils doivent être transférés d'une manière quelconque);
- Les questions opérationnelles et administratives.

Transfert des services de santé non assurés de Santé Canada aux Premières nations et aux Inuits

Selon les renseignements recueillis, les Premières nations et les Inuits (du moins certains d'entre eux) semblent souhaiter accroître leur responsabilité et leur contrôle à l'égard de l'administration et de la prestation des services de santé non assurés. En outre, Santé Canada semble prêt à faciliter un processus de transfert. *On peut donc raisonnablement affirmer que, en principe, Santé Canada et les organisations des Premières nations et des Inuits devraient collaborer afin de faciliter le transfert des SSNA.* Cependant, un certain nombre de questions opérationnelles et politiques importantes doivent être examinées avant que l'on ne puisse mettre en œuvre un plan stratégique précis en vue du transfert.

Recommandation n° 1 : Il faudrait prendre des mesures aux échelons national, régional et local pour veiller à ce que le transfert des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits qui souhaitent assumer la responsabilité directe de ces services se déroule de façon appropriée (y compris à un moment et selon un rythme raisonnables). Ces mesures peuvent notamment consister : à veiller à ce que les bureaux régionaux et national de la DGSPNI fournissent le soutien requis aux Premières nations et aux Inuits; à s'assurer que les Premières nations et les Inuits disposent des renseignements nécessaires aux fins du transfert (p. ex. données historiques, manuels de politiques et possibilités de formation); et à mettre en œuvre des mesures incitatives visant à assurer la rentabilité de l'administration et de la prestation des services de santé non assurés (p. ex. être en mesure de conserver les fonds excédentaires pour contrebalancer le dépassement des coûts au

cours des années à venir et/ou être en mesure d'affecter les fonds à d'autres programmes de santé).

Recommandation n° 2 : Si les services de santé non assurés sont transférés à l'échelon local, il faudrait établir des enveloppes budgétaires appropriées et distinctes pour couvrir les coûts de la mise en œuvre, l'administration des services de santé non assurés, et la prestation des services de santé non assurés, et ce, peu importe l'option de transfert mise en œuvre.

Modèles de transfert possibles

Approches différentes : Selon la présente évaluation, il semble que diverses organisations des Premières nations et des Inuits souhaitent appliquer des méthodes différentes de transfert et que, du point de vue de Santé Canada, il soit possible d'utiliser diverses options (du moins dans une certaine mesure). Toutefois, compte tenu des contraintes actuelles au sein de Santé Canada sur les plans des finances ainsi que de la gestion et des restrictions liées à l'environnement, aux ressources et au soutien³ touchant les collectivités inuites et des Premières nations, on ignore combien d'options seraient réalisables pour les besoins de l'administration, de la gestion et de la prestation de services de santé non assurés. Les inconvénients possibles de l'utilisation, par Santé Canada, de plusieurs options de gestion dans le cadre du Programme des SSNA doivent être pondérés avec les avantages liés au fait que les collectivités inuites et des Premières nations administrent localement les services de santé non assurés (si elles le souhaitent).

Recommandation n° 3 : Santé Canada, en collaboration avec les organisations des Premières nations et des Inuits (aux échelons national, régional et local), devrait étudier plusieurs approches de rechange pour la prestation des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits.

Recommandation n° 4 : Si Santé Canada ainsi que les organisations des Premières nations et des Inuits jugent qu'il peut être souhaitable et possible d'adopter des approches de rechange pour la prestation des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits, il y aurait lieu de mener des projets pilotes supplémentaires afin d'évaluer les avantages et les défis pratiques liés à de telles approches.

Autres projets pilotes : Selon les constatations découlant l'évaluation, ***les préposés à la recherche croient qu'il n'est pas raisonnable de répéter le processus pilote antérieur. Sauf si des mesures sont prises à l'égard des questions liées au financement général, au financement du processus et aux politiques, les résultats de projets pilotes ultérieurs seront sans doute***

³ Les restrictions liées à l'environnement englobent, sans toutefois s'y limiter, la situation géographique, la taille de la population et la prévalence des maladies chroniques au sein de la collectivité. Les restrictions liées aux ressources comportent, sans toutefois s'y limiter, les effectifs, les installations et les ressources financières. Les restrictions liées au soutien englobent, sans toutefois s'y limiter, l'appui du chef et du conseil de bande, des membres de la bande, des dispensateurs de soins de santé et du bureau régional de Santé Canada.

semblables à ceux des projets antérieurs. Si l'on suppose que ces questions peuvent être réglées, on devrait envisager les possibilités suivantes : poursuivre la démarche selon un processus pilote affermi et amélioré; élaborer une approche graduelle selon laquelle les projets pilotes constituent essentiellement l'étape initiale du transfert des services de santé non assurés et appliquer, à titre d'essai, de nouvelles approches pour l'administration et la prestation des services.

Recommandation n° 5 : Santé Canada, en collaboration avec les organisations des Premières nations et des Inuits (aux échelons national, régional et local), devrait déterminer s'il y aurait lieu de mener d'autres projets pilotes des SSNA.

Recommandation n° 6 : Si des projets pilotes supplémentaires doivent avoir lieu dans l'avenir, Santé Canada, en collaboration avec les organisations des Premières nations et des Inuits aux échelons national, régional et local, devrait assurer l'établissement d'objectifs et d'attentes réalistes à l'égard des projets pilotes et la communication claire de ceux-ci à tous les intervenants clés.

Recommandation n° 7 : Si des projets pilotes supplémentaires doivent avoir lieu dans l'avenir, Santé Canada, en collaboration avec les organisations des Premières nations et des Inuits, devrait s'assurer qu'il existe de la documentation sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'administration des projets pilotes, et qu'elle est tenue à jour pendant la durée d'exploitation des projets pilotes. Cette documentation comprendrait notamment les éléments suivants : la marche à suivre pour présenter une demande de financement de projet pilote; les attentes relatives aux projets pilotes (p. ex. en matière de présentation de rapports et de reddition de comptes); des données historiques (p. ex. sur le financement et l'utilisation); les politiques de base qui pourraient être adaptées à la situation locale (p. ex. processus d'appel); des manuels sur les politiques et de formation; et des documents d'information destinés aux intervenants clés.

Recommandation n° 8 : Si des projets pilotes supplémentaires doivent avoir lieu dans l'avenir, il faudrait prendre des mesures aux échelons national, régional et local pour faire en sorte que les projets pilotes soient représentatifs, dans l'ensemble, des questions contextuelles (p. ex. taille et emplacement géographique), des structures de gestion, des options de transfert, etc.

Recommandation n° 9 : Si des projets pilotes supplémentaires doivent avoir lieu dans l'avenir, il faudrait prendre des mesures aux échelons national, régional et local pour faire en sorte que les projets pilotes soient élaborés, mis en œuvre et administrés comme il se doit. Ces mesures consistent notamment : à veiller à ce que du personnel soit affecté expressément au processus de réalisation des projets pilotes à tous les niveaux; à assurer la disponibilité, aux échelons national et régional, de membres du personnel de la DGSPNI connaissant le Programme des SSNA ainsi que la situation locale et en mesure de fournir un soutien au personnel local des Premières nations et des Inuits; à prévoir assez de temps pour élaborer et mettre en œuvre le projet pilote avant la tenue d'une évaluation; à assurer la participation des gens à l'intérieur et à l'extérieur des collectivités; et à s'assurer que tous les secteurs des services de santé non assurés sont inclus dans les projets pilotes.

Recommandation n° 10 : Si des projets pilotes supplémentaires doivent avoir lieu dans l'avenir, il faudrait prendre des mesures aux échelons national, régional et local pour faire en sorte que les projets pilotes fassent l'objet d'évaluations significatives. Ces mesures comprendraient notamment : une évaluation de la façon dont les projets pilotes ont été mis en œuvre, ainsi que l'évaluation des incidences à court et à long terme des projets pilotes du point de vue des principaux intervenants (p. ex. représentants officiels, personnel, clients et fournisseurs). Les évaluations devraient porter sur l'incidence des projets pilotes sur les éléments suivants: l'utilisation et les coûts des services de santé non assurés; l'utilisation d'autres services de santé; la santé individuelle et communautaire; etc. La planification des évaluations devrait avoir lieu dans le cadre de l'élaboration des projets pilotes.

Recommandation n° 11 : Si des projets pilotes supplémentaires doivent avoir lieu dans l'avenir, il faudrait établir des enveloppes budgétaires appropriées aux fins du processus de réalisation des projets pilotes à tous les niveaux. Ces enveloppes budgétaires devraient comprendre des ressources affectées : à la prestation des services de santé non assurés; à l'administration des services de santé non assurés (p. ex. locaux, systèmes informatiques); et à la formation du personnel.

Mesures à prendre avant le transfert des services de santé non assurés

Programme des SSNA et services de santé : Le transfert du contrôle du Programme des SSNA aux Premières nations et aux Inuits pourrait se dérouler selon un processus semblable à celui utilisé pour le transfert des services de santé communautaire; les leçons tirées dans le cadre

de ce processus pourraient ainsi être appliquées dans ce contexte également⁴. Cependant, il existe quatre différences importantes entre le Programme des SSNA et les services de santé, lesquelles peuvent poser des obstacles considérables au transfert du Programme : les ressources nécessaires à la prestation des services de santé non assurés subissent l'influence des taux d'utilisation et des augmentations qui touchent le marché; la prestation des services de santé non assurés dépend de fournisseurs du secteur privé; la prestation des services de santé non assurés exige une connaissance de la gestion des services de santé qui n'existe pas nécessairement au niveau des collectivités; elle exige également la capacité de veiller à ce que toutes les personnes admissibles jouissent d'un accès équitable aux services, indépendamment de leur lieu de résidence (c.-à-d. dans les réserves ou hors des réserves) ou de leur niveau de revenu. Compte tenu de ces différences, nous proposons les recommandations suivantes :

Recommandation n° 12 : Il y aurait lieu de recueillir et d'analyser des données aux échelons local, régional et national sur l'utilisation des services et sur l'établissement des coûts pendant plusieurs années afin de cerner les tendances et de se fonder sur celles-ci pour élaborer des programmes de santé pertinents, attribuer les fonds de façon appropriée, etc.

Recommandation n° 13 : Il y aurait lieu de prendre des mesures aux échelons national, régional et local afin d'encourager la participation soutenue des fournisseurs de soins de santé compétents au Programme des SSNA. Ces mesures peuvent notamment consister : à mettre en place des mesures incitatives à l'intention des Premières nations et des Inuits pour qu'ils suivent une formation et travaillent dans divers domaines liés à la santé (p. ex. dentisterie, ophtalmologie); à embaucher des fournisseurs de soins de santé (p. ex. opticiens, dentistes et pharmaciens) ou à conclure un contrat avec eux pour qu'ils offrent des services aux collectivités des Premières nations et des Inuits de façon régulière; et à rémunérer les fournisseurs en fonction de diverses options (p. ex. régimes de rémunération de rechange plutôt que paiement à l'acte).

Recommandation n° 14 : Il y aurait lieu de prendre des mesures pour veiller à ce que les responsables de l'administration, de la gestion et/ou de la prestation des services de santé non assurés à l'échelon local obtiennent les ressources nécessaires pour être en mesure d'exécuter les activités requises. Ces activités peuvent consister notamment : à recevoir une formation lorsqu'ils commencent à travailler au sein du Programme des SSNA; à recevoir une

⁴ On a récemment achevé l'évaluation de la politique du transfert de la santé. Voir le document suivant : Lavoie, J.G., J. O'Neil, L. Sanderson, B. Elias, J. Mignone, J. Bartlett, E. Forget, R. Burton, C. Schneichel et D. McNeil (2004). *Évaluation de la Politique de transfert des services de santé aux Premières nations et aux Inuits*. Winnipeg (Manitoba) : Centre de recherche en santé autochtone.

formation continue sur les services de santé non assurés (p. ex. tous les ans); à recevoir des renseignements de façon régulière au sujet de ce qui est couvert et de ce qui ne l'est pas dans tous les secteurs des services de santé non assurés; et à communiquer avec les personnes-ressources désignées des bureaux régionaux et national de la DGSPNI (par courriel, par le biais d'un service d'information téléphonique sans frais, etc.) au sujet de questions précises liées au Programme des SSNA.

Recommandation n° 15 : Il y aurait lieu de prendre des mesures aux échelons national, régional et local pour s'assurer que toutes les personnes admissibles ont accès aux services de santé non assurés, et ce, peu importe leur lieu de résidence (p. ex. dans les réserves ou hors des réserves) et l'organisation qui administre les services de santé non assurés. Ces mesures peuvent notamment consister : à fournir de l'information à toutes les personnes admissibles au sujet des services de santé non assurés qui sont disponibles et de la marche à suivre pour les obtenir, et à faire en sorte qu'il soit possible d'obtenir les autorisations requises en tout temps.

Questions financières : À l'heure actuelle, le Programme des SSNA semble constituer un service axé sur la demande assujéti à des budgets plafonnés. Si l'on veut que le Programme continue de fournir l'ensemble des services de santé non assurés actuels aux personnes qui satisfont aux critères d'admissibilité en vigueur, on doit lui affecter des fonds suffisants.

Recommandation n° 16 : Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, devrait procéder à l'examen de la méthodologie actuelle de financement et d'affectation des ressources du Programme des SSNA pour s'assurer que la formule de financement englobe tous les facteurs clés. À titre d'exemples de facteurs clés, mentionnons notamment les suivants : utilisation historique ajustée selon l'âge et le sexe; facteur relatif à l'utilisation accrue découlant de l'administration locale; répartitions futures estimatives de la population selon l'âge et le sexe; affectation pour l'administration et la formation continues; facteur d'inflation concernant les principaux inducteurs de coût; coûts et schémas d'utilisation à l'échelon régional; réformes provinciales de la santé; et autres facteurs connexes.

Recommandation n° 17 : Les budgets annuels du Programme des SSNA établis aux échelons national, régional et local devraient prévoir des augmentations du financement qui reflètent les facteurs clés dans la formule de financement (p. ex. utilisation accrue).

Objectifs et politiques: Les objectifs et les politiques du Programme des SSNA ne semblent pas concorder avec la prestation de services de santé non assurés selon un budget assujéti à un plafond, particulièrement compte tenu du fait que l'enveloppe budgétaire actuelle prend en compte d'autres services de santé, outre les services de santé non assurés. De plus, les résultats de l'étude révèlent qu'il faut régler un certain nombre de questions stratégiques si l'on veut que le processus de transfert se déroule avec succès.

Recommandation n° 18 : Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, devrait procéder à l'examen (et à la révision, le cas échéant) des objectifs et des politiques du Programme des SSNA pour s'assurer qu'ils sont conformes à la façon dont les fonds consacrés au Programme des SSNA sont répartis.

Recommandation n° 19 : Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, devrait procéder à des examens continus des politiques clés, et/ou élaborer des politiques souples afin de veiller à ce que les politiques relatives à l'administration des services de santé non assurés soient appropriées à la situation locale.

Recommandation n° 20 : Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, devrait élaborer des politiques et des procédures générales visant à protéger la vie privée des clients et à combler leurs besoins en matière de soins de santé.

Questions opérationnelles et administratives

Documentation : Les participants à la présente évaluation ont formulé des remarques au sujet de la nécessité de documents touchant le Programme des SSNA dans plusieurs contextes. L'absence de documents à jour relatifs au Programme des SSNA empêche les employés de la DGSPNI aux échelons national et régional de se tenir au courant des soins couverts et des soins exclus, de fournir un appui à la population locale des Premières nations et des Inuits, etc. De plus, les organisations locales des Premières nations et des Inuits éprouvent de la difficulté à administrer les services de santé non assurés d'une manière cohérente à l'égard de l'ensemble des personnes admissibles, quel que soit leur lieu de résidence. On éprouve également de la difficulté à mener d'une manière uniforme les évaluations du Programme des SSNA, du processus de réalisation des projets pilotes des SSNA et des activités connexes.

Recommandation n° 21 : Il y aurait lieu de bien documenter les modifications apportées au Programme des SSNA et de communiquer régulièrement les renseignements pertinents aux intervenants clés au moyen de diverses méthodes.

Recommandation n° 22 : Il faudrait conserver la documentation relative au Programme des SSNA dans un endroit facile d'accès pendant au moins cinq ans.

Communication : Il semble nécessaire d'améliorer la communication à plusieurs niveaux (p. ex. aux niveaux des politiques principales et de l'exécution).

Recommandation n° 23 : Des représentants de la DGSPNI (aux échelons national et régional) devraient rencontrer régulièrement des représentants des organisations des Premières nations et des Inuits (aux échelons national, régional et local) afin de discuter de questions concernant les politiques, le financement et l'administration des services de santé non assurés.

Recommandation n° 24 : La DGSPNI ainsi que les organisations et les collectivités des Premières nations et des Inuits devraient élaborer, s'il y a lieu, de meilleurs plans de communication et documents d'information concernant le Programme des SSNA.

Recommandation n° 25 : Santé Canada (aux échelons national et régional) devrait veiller à ce que tout le personnel de la santé des Premières nations et des Inuits soit informé directement de toute modification apportée au Programme des SSNA. Il pourrait à cette fin diffuser des mises à jour régulières sur le site Web de Santé Canada, publier des bulletins réguliers, transmettre des avis par courriel, télécopieur ou au téléphone, tenir des ateliers annuels, etc.

Recommandation n° 26 : Le personnel de la santé des Premières nations et des Inuits en poste à l'échelle du Canada pourrait veiller à ce que tous les intervenants pertinents (p. ex. administration de la bande, ensemble des personnes admissibles, fournisseurs, etc.) soient informés de toute modification apportée au Programme des SSNA.

Formation : De nombreux répondants ont souligné que les Inuits et les membres des Premières nations responsables de l'administration locale des services de santé non assurés devaient recevoir une formation adéquate. La formation doit être offerte lorsque les personnes entrent en fonction au sein du Programme des SSNA et doit ensuite être assurée de façon continue et régulière. Les Inuits et les membres des Premières nations chargés de l'administration et de la prestation des services de santé non assurés à l'échelon local comptent sur le personnel de la DGSPNI pour obtenir des renseignements et du soutien. Il est donc essentiel que les employés nationaux et régionaux de la DGSPNI reçoivent également une formation continue et régulière.

Recommandation n° 27 : Santé Canada devrait veiller à ce que tout le personnel de la DGSPNI, aux échelons national et régional, qui participe directement à l'administration, à la gestion et à la prestation des services de santé non assurés reçoive en permanence une formation sur le Programme des SSNA, sur d'autres programmes connexes,

et sur les facteurs susceptibles d'influer sur le Programme des SSNA.

Recommandation n° 28 : Les membres du personnel des collectivités des Premières nations et des Inuits qui participent directement à l'administration locale des services de santé non assurés devraient recevoir une formation structurée et non structurée lorsqu'ils commencent à travailler au sein du Programme des SSNA, et de façon continue par la suite. La formation structurée peut notamment consister à travailler étroitement avec le personnel compétent des SSNA au bureau régional de Santé Canada et à participer à des séminaires sur les lignes directrices, les procédures et les politiques en vigueur. La formation non structurée peut notamment consister à travailler étroitement avec le personnel compétent des SSNA au bureau régional de Santé Canada; à participer à des séminaires sur les lignes directrices, les procédures et les politiques en vigueur; à participer à des discussions avec d'autres organisations des Premières nations et des Inuits; et à participer à des discussions avec le personnel d'autres domaines liés à la santé.

Recommandation n° 29 : Il y aurait lieu d'élaborer et de tenir à jour régulièrement des manuels de formation de base sur tous les secteurs des services de santé non assurés à l'intention des fournisseurs et du personnel. Ces manuels devraient contenir des renseignements de base pouvant être adaptés à des fins d'utilisation locale.

Recommandation n° 30 : Le financement de la formation destinée au personnel de tous les échelons devrait être explicitement énoncé dans les budgets annuels du Programme des SSNA.

Logiciels informatiques : De nombreux participants à l'évaluation ont souligné qu'ils devaient avoir accès à des systèmes informatiques et à des logiciels à jour, afin de pouvoir administrer les services de santé non assurés d'une manière rentable. Ils ont également souligné que certaines initiatives de gestion des SSNA mises en œuvre afin de contrôler les coûts du Programme des SSNA nécessitaient des logiciels et des systèmes informatiques. On reconnaît que la mise en application de certaines des recommandations suivantes peut se révéler coûteuse; on croit cependant que les frais initiaux seront compensés par les économies de coûts à long terme.

Recommandation n° 31 : Le personnel de tous les échelons (c'est-à-dire national, régional et local) qui participe aux services de santé non assurés (y compris le personnel responsable du paiement des factures) devrait avoir accès à des systèmes informatiques et aux logiciels pertinents. Cela comprend le personnel des bureaux national et régionaux de la DGSPNI ainsi que le personnel des collectivités des Premières nations et des Inuits à l'échelon local.

- Recommandation n° 32 :** Il faudrait élaborer ou adapter une base de données électronique portant sur tous les secteurs des services de santé non assurés, à des fins d'utilisation locale par les Premières nations et les Inuits, et ce, peu importe l'option de transfert qu'ils utilisent. Cette base de données devrait être compatible avec les systèmes et les programmes qui sont utilisés par les fournisseurs à l'échelle du pays, Santé Canada (aux échelons régional et national) et les autres intervenants.
- Recommandation n° 33 :** La base de données électronique devrait être conçue de façon à permettre la production d'analyses et de sommaires à des fins de comptabilisation et d'administration à tous les échelons (c.-à-d. national, régional et local). La base de données devrait en outre permettre aux organisations des Premières nations et des Inuits d'obtenir et de tenir à jour une liste de tous les membres de leur organisation qui sont admissibles aux services de santé non assurés.
- Recommandation n° 34 :** Il y aurait lieu de rédiger de la documentation et des manuels de formation concernant la base de données, et ceux-ci devraient être mis à jour de façon régulière. Cette documentation doit être fournie régulièrement aux personnes qui participent directement à l'administration et à la gestion des services de santé non assurés aux échelons national, régional et local.
- Recommandation n° 35 :** Le financement de la mise à jour et de l'amélioration des systèmes informatiques et des logiciels devrait être explicitement énoncé dans les budgets annuels du Programme des SSNA à tous les échelons (c.-à-d. national, régional et local).

Assurance de la qualité et reddition de comptes : Les représentants des Premières nations et des Inuits et les responsables fédéraux devraient collaborer à l'élaboration d'un logiciel normalisé ou de normes de collecte et de déclaration de données, afin que l'on dispose de données valables et comparables sur l'ensemble des programmes des SSNA. De plus, afin de veiller à ce que le Programme des SSNA réponde aux besoins des Inuits et des membres des Premières nations admissibles aux échelons national, régional et local, il importe de surveiller en permanence l'incidence des modifications apportées. Plusieurs répondants ont observé que l'on devait intégrer les services de santé non assurés à d'autres programmes afin d'améliorer l'état de santé global au niveau des personnes et des collectivités, de même que l'efficacité et l'efficacités de l'ensemble des programmes.

- Recommandation n° 36 :** Les représentants de Santé Canada et des organisations des Premières nations et des Inuits devraient travailler ensemble pour élaborer des logiciels normalisés, ainsi que des outils de collecte de données et de présentation de rapports concernant le Programme

des services de santé non assurés. Les outils doivent être relativement faciles à utiliser, et il faut exercer une surveillance régulière pour en assurer l'utilisation appropriée. De plus, les outils doivent fournir l'information exigée par Santé Canada (aux échelons national et régional) et par les organisations des Premières nations et des Inuits (aux échelons national, régional et local) pour faire en sorte que les services de santé non assurés soient fournis de la même façon à toutes les personnes admissibles à l'échelle du pays; que les objectifs du Programme des SSNA soient atteints; et que la DGSPNI ainsi que les organisations des Premières nations et des Inuits rendent compte comme il se doit de la façon dont les fonds affectés aux SSNA sont dépensés.

Recommandation n° 37 : L'incidence des modifications apportées au Programme des SSNA sur les divers intervenants clés devrait faire l'objet d'une surveillance régulière (p. ex. annuelle).

Recommandation n° 38 : L'incidence des modifications apportées à d'autres programmes de santé de la DGSPNI sur la prestation et l'administration des services de santé non assurés devrait faire l'objet d'une surveillance régulière (p. ex. annuelle).

Recommandation n° 39 : Il faudrait étudier la possibilité d'inclure une partie des services de santé non assurés actuels dans d'autres programmes liés à la santé (p. ex. inclure les fournitures médicales et le matériel médical dans les soins à domicile et en milieu communautaire).

Recommandation n° 40 : Les organisations des Premières nations et des Inuits qui ont conclu une entente de transfert des services de santé ou qui sont intéressées à le faire devraient également étudier la question de savoir s'il est possible d'assumer l'administration des services de santé non assurés.

Questions fédérales générales : D'un point de vue politique et juridique, on ne semble pas s'entendre pour déterminer si la prestation des services de santé non assurés aux Inuits et aux membres des Premières nations relève d'un droit ou s'il s'agit d'une question de politique. La question des responsabilités fiduciaires excédait la portée du projet, et on reconnaît qu'elle ne peut être abordée par Santé Canada uniquement. Cependant, les préposés à la recherche soulignent que cette question peut avoir une incidence considérable sur le processus de transfert des SSNA.

Recommandation n° 41 : Les organismes gouvernementaux compétents (aux échelons national et provincial) devraient travailler avec les organisations des Premières nations et des Inuits afin de régler la question de la responsabilité du gouvernement fédéral à l'égard de la prestation des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits.

Conclusion

L'éventualité d'une amélioration de la prestation des services de santé non assurés aux Inuits et aux membres des Premières nations présente non seulement des obstacles importants, mais également des possibilités appréciables de fournir des services de santé essentiels d'une manière plus souple et efficace. Les préposés à la recherche espèrent que les connaissances acquises grâce à la présente étude pourront servir à éclairer les décisions clés qui devront être prises en vue d'améliorer la prestation des services de santé non assurés.

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à l'évaluation du processus de réalisation des projets pilotes des SSNA. Nous remercions également les membres du groupe de travail du projet, M. Greg Reiser et M^{me} Julie Mackenzie pour leur appui dans le cadre du projet.

TABLE DES MATIÈRES

NOTE AU DOSSIER	ii
SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS	iv
REMERCIEMENTS	xxvi
1. Introduction.....	1
1.1 Programme des services de santé non assurés	1
1.2 Croissance du Programme des SSNA.....	3
1.3 Conséquences de la croissance du Programme.....	8
1.4 Projets pilotes des SSNA	9
1.5 Aperçu de la présente évaluation	11
1.6 Organisation du rapport	12
2. LES MÉTHODES ET LEURS LIMITES	13
2.1. Introduction.....	13
2.2. Examen de documents	13
2.3. Entrevues d'intervenants clés aux échelons national, régional et communautaire	15
2.4. Enquêtes.....	17
2.5. Examen des données financières	18
3. PRINCIPAUX POINTS DU RAPPORT DE LA PREMIÈRE ÉTAPE – ANTÉCÉDENTS ET CONTEXTE HISTORIQUE.....	19
3.1 Introduction.....	19
3.2 Examen de documents de référence et de rapports annuels.....	19
3.3 Examen des évaluations antérieures des projets pilotes	20
3.4 Entrevues auprès des intervenants clés.....	20
4. PRINCIPAUX POINTS DU RAPPORT DE LA DEUXIÈME ÉTAPE – ENJEUX ET OBSTACLES LIÉS AU TRANSFERT DES SSNA.....	22
4.1 Introduction.....	22
4.2 Résultats des entrevues du groupe 1 – représentants nationaux et régionaux	22
4.3 Résultats du groupe 2 – Premières nations et Inuits administrant un projet pilote.....	24
4.4 Résultats des entrevues du groupe 3 – Premières nations et Inuits qui voulaient mener un projet pilote	26
4.5 Résultats des entrevues du groupe 4 – Premières nations qui fournissent l'ensemble des services de santé non assurés	27
4.6 Résultats des entrevues du groupe 5 – Premières nations de la Saskatchewan	28
5. PRINCIPAUX POINTS DU RAPPORT RELATIF À L'ENQUÊTE ADMINISTRATIVE ANNUELLE	29
5.1 Introduction.....	29
5.2 Résultats de l'enquête auprès du SERDC.....	29
5.3 Résultats relatifs à la Première nation crie de Bigstone.....	30
5.4 Renseignements relatifs au processus de réalisation des projets pilotes des SSNA	31
6. PRINCIPAUX POINTS DE LA TROISIÈME ÉTAPE – EXAMEN APPROFONDI DU PROJET PILOTE DE LA PREMIÈRE NATION CRIE DE BIGSTONE	33
6.1 Introduction.....	33
6.2 Projet pilote des SSNA de la Première nation crie de Bigstone	33
6.3 Résultats des entrevues de dirigeants, de coordonnateurs du projet, de consultants et d'employés.....	34

6.4	Résultats de l'enquête auprès des dispensateurs de services de santé non assurés.....	36
6.5	Résultats des entrevues de clients.....	37
ANALYSE.....		41
7.1	Introduction.....	41
7.2	Pertinence du processus de réalisation des projets pilotes des SSNA.....	43
7.3	Incidence des projets pilotes des SSNA.....	49
7.4	Réussite des projets pilotes des SSNA.....	51
7.5	Rapport coût-efficacité des projets pilotes des SSNA.....	57
8.	CONSÉQUENCES DES CONCLUSIONS SUR L'AVENIR.....	61
8.1	Introduction.....	61
8.2	Transfert des services de santé non assurés de Santé Canada aux Premières nations et aux Inuits.....	61
8.3	Modèles de transfert possibles.....	63
8.4	Mesures à prendre avant le transfert des services de santé non assurés.....	68
8.5	Questions opérationnelles et administratives.....	72
8.6	Conclusion.....	78

TABLEAUX

Tableau 1 : Nombre de clients admissibles par région, par exercice.....	5
Tableau 2 : Dépenses totales par région, par exercice (000 \$).....	6
Tableau 3 : Dépenses par catégorie, par exercice (000 \$).....	7
Tableau 4 : Répartition des sites pilotes.....	44

1. INTRODUCTION

1.1 Programme des services de santé non assurés

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada fournit des services de santé non assurés supplémentaires aux Inuits et aux membres des Premières nations admissibles du Canada. Les services englobent les médicaments d'ordonnance et en vente libre, l'équipement médical et les fournitures médicales, les services dentaires, les soins de la vue, le transport pour raison médicale et les services d'intervention en cas de crise. Le rapport annuel 2002-2003 du Programme des SSNA (le dernier exercice qui fait l'objet de données publiées accessibles) souligne que la raison d'être du Programme est d'offrir divers services de santé aux Premières nations et aux Inuits d'une manière qui :

- respecte leurs besoins particuliers en matière de santé;
- les aide à atteindre un niveau de santé globale comparable à celui de la population canadienne en général;
- soit viable du point de vue des finances et de la gestion des services;
- facilite la prise en charge des services par les Premières nations et les Inuits, à un moment et à un rythme qui leur conviennent¹.

Le livret d'information du Programme des SSNA de Santé Canada comporte deux objectifs supplémentaires, c'est-à-dire que le Programme :

- soit rentable;
- contribue au maintien de la santé et à la prévention des maladies, et aide à dépister et à gérer les maladies, les blessures ou les invalidités².

Voici les principes qui régissent les SSNA :

- toutes les Premières nations inscrites et Inuits reconnus résidant normalement au Canada ont droit aux services de santé non assurés, et ce, peu importe leur lieu de résidence au Canada ou leur revenu;

¹ Santé Canada. (2003). *Rapport annuel 2002-2003 du Programme des services de santé non assurés*, p. 3. Ottawa : Santé Canada.

² Santé Canada. (2003). *Livret d'information du Programme des services de santé non assurés*, p. 4. Ottawa: Santé Canada. Accessible en ligne à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/nihb-ssna/2003_booklet_livret_info/index_f.html. Certains diront qu'un programme rentable sera durable du point de vue financier et de la gestion des services, et donc que la rentabilité fait partie des objectifs du programme précisés dans le rapport annuel 2002-2003. Cependant, la rentabilité ne garantit pas qu'un programme sera retenu. En outre, un programme qui n'est pas rentable peut être maintenu s'il continue de recevoir du financement suffisant.

- les services seront fournis d'après le jugement professionnel du médecin ou du dentiste, conformément aux pratiques exemplaires de prestation des services de santé et aux normes de soins fondées sur les résultats cliniques;
- les services obligatoires seront uniformes, d'accès équitable et transférables à l'échelle nationale;
- le programme sera géré de façon viable et rentable;
- les mécanismes de gestion feront appel à la transparence et à des structures d'examen commun lorsque les organisations des Premières nations et des Inuits en conviendront;
- lorsqu'un service est couvert par un autre régime, le programme des SSNA agira comme principal intervenant pour coordonner les paiements pour s'assurer que l'autre régime remplit ses obligations pour que les bénéficiaires ne se voient pas refuser un service³.

Pour être admissible à des services en vertu du Programme, une personne doit résider au Canada et être :

- un Indien inscrit aux termes de la *Loi sur les Indiens*;
- un Inuit reconnu par l'une des organisations inuites de revendication territoriale; ou
- un enfant âgé de moins d'un an dont le parent est un bénéficiaire admissible^{4,5,6}.

Le Programme des SSNA fournit également certains services aux étudiants de niveau postsecondaire qui étudient dans un établissement reconnu à l'étranger, aux travailleurs migrants et aux personnes à charge des personnes qui appartiennent à ces catégories (c'est-à-dire, les personnes qui étudient à l'étranger et les travailleurs migrants).

Le Programme des SSNA offre une « gamme limitée de produits et de services de santé⁷ » qui ne sont pas couverts par d'autres programmes de santé sociaux, fédéraux, provinciaux ou territoriaux ni par d'autres programmes financés par des tierces parties. Un produit ou un service est couvert en vertu du Programme des SSNA quand :

- il figure sur la liste des SSNA;
- il doit être utilisé à la maison ou dans d'autres environnements de soins ambulatoires;
- il a fait l'objet d'une approbation préalable ou d'une prédétermination, au besoin;

³ Santé Canada. (2003). *Rapport annuel 2002-2003 du Programme des services de santé non assurés*, p. 3. Ottawa : Santé Canada.

⁴ Santé Canada. (2003). *Livret d'information du Programme des services de santé non assurés*. Ottawa : Santé Canada.

⁵ Les Inuits du Nord du Québec, les Métis et les Indiens non inscrits ne sont pas admissibles aux indemnités ni aux services en vertu du Programme.

⁶ Pour obtenir des services en vertu du Programme, les demandeurs doivent fournir leur numéro d'identification de neuf ou dix chiffres (traité/inscrit, numéro « N » ou « B »), leur nom de bande et leur numéro de famille et leur numéro de soins de santé du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest ou du gouvernement du Nunavut.

⁷ Santé Canada. (2003) *Rapport annuel 2002-2003 du Programme des services de santé non assurés*, p.3. Ottawa: Santé Canada.

- il n'est offert par aucun autre programme de soins de santé ou programme social fédéral, provincial, territorial ou privé;
- il est prescrit par un médecin, un fournisseur de soins dentaires ou un autre professionnel de la santé autorisé à rédiger des ordonnances;
- il est offert par un fournisseur reconnu⁸.

Certains articles qui ne figurent pas sur la liste de SSNA peuvent être pris en compte en vertu du Programme, moyennant une justification médicale ou dentaire écrite. Les exceptions sont examinées individuellement. Lorsqu'un service est refusé, l'intéressé peut faire appel de la décision. Trois paliers d'appel sont accessibles. Les personnes doivent engager la procédure d'appel et veiller à ce que les documents de référence provenant des dispensateurs de soins de santé soient mis à la disposition des responsables, au besoin.

1.2 Croissance du Programme des SSNA

Les tableaux 1, 2 et 3 résument les tendances de la croissance du Programme des SSNA sur la période de dix ans allant d'avril 1993 à mars 2003. Le tableau 1 présente l'augmentation du nombre d'Inuits et de membres des Premières nations, par région, admissibles à des services en vertu du Programme des SSNA. Le tableau 2 illustre les dépenses, toutes catégories de services confondues, par région. Le tableau 3 présente les dépenses de l'ensemble des régions, par catégorie de services. Au cours de la période de dix ans, le nombre de personnes admissibles a augmenté d'environ 26 %; cependant, les dépenses ont augmenté de plus de 53 %.

Ainsi que l'illustre le tableau 1, entre avril 1993 et mars 2003, la région de l'Ontario comptait le plus grand nombre de personnes admissibles, suivie des régions du Pacifique, du Manitoba et de la Saskatchewan. Au cours des dix années, le Manitoba et la Saskatchewan ont connu l'augmentation la plus importante (32,8 % et 30,8 %), tandis que la croissance la plus faible a été enregistrée dans les régions du Yukon et du Pacifique (15,4 % et 17,3 %, respectivement). Les régions de l'Ontario, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, de l'Atlantique et du Québec ont affiché une augmentation de 26,6 %, 25,9 %, 23 % et 20 %, respectivement.

Comme le démontre le tableau 2, entre avril 1993 et mars 2003, les régions du Manitoba et de l'Alberta ont affiché les dépenses les plus élevées⁹. Les dépenses ont augmenté dans l'ensemble des régions au cours de ces dix années; les augmentations les plus importantes ont été enregistrées dans la région des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut (94,9 %), du Manitoba (78,3 %), de l'Ontario (65,8 %) et de la Saskatchewan (63,7 %). L'Alberta a affiché l'augmentation la plus faible (21,8 %). Les régions de l'Atlantique, du Québec, du Pacifique et du Yukon ont enregistré une hausse des dépenses de 39,1 %, 41,7 %, 43,2 % et 50,8 %, respectivement, au cours des dix années.

⁸ Santé Canada. (2003). *Livret d'information du Programme des services de santé non assurés*. Ottawa: Santé Canada.

⁹ Ainsi que l'illustre le tableau, le classement des régions a fluctué légèrement au cours de la période visée.

Ainsi que l'illustre le tableau 3, entre avril 1993 et mars 2003, les dépenses les plus élevées ont été enregistrées dans les secteurs des services pharmaceutiques, du transport pour raison médicale et des services dentaires. Au cours de cette période, les dépenses ont connu la plus forte hausse dans les secteurs des services pharmaceutiques (117,3 %), du transport pour raison médicale (59,3 %) et des soins de la vue (57,9 %). Les services dentaires ont affiché une hausse beaucoup plus faible (18,7 5), mais ils demeurent appréciables.

Tableau 1 : Nombre de clients admissibles par région, par exercice

Régions	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	Fluctuation (%) 1993-1994 – 2002-2003
T.N.-O. et Nunavut	37 902	39 099	41 032	42 122	42 710	43 906	44 738	45 667	46 794	47 708	25,9
Yukon	6 563	6 725	6 799	6 937	7 063	7 159	7 272	7 373	7 477	7 571	15,4
Pacifique	98 234	98 598	100 863	103 260	105 475	107 512	109 847	111 562	113 366	115 204	17,3
Alberta	70 732	72 529	74 752	76 905	78 901	80 981	83 596	85 908	88 160	90 356	27,7
Saskatchewan	85 898	90 356	93 041	95 759	98 481	101 639	104 180	107 105	109 659	112 325	30,8
Manitoba	85 205	89 318	92 234	95 769	98 725	101 319	104 821	107 777	110 517	113 180	32,8
Ontario	126 771	132 021	135 376	139 898	143 603	147 385	151 741	155 443	158 086	160 496	26,6
Québec	44 258	45 873	46 954	48 012	48 905	49 791	50 745	51 593	52 365	53 114	20,0
Atlantique	28 763	29 910	30 813	31 664	32 514	32 484	33 211	33 910	34 662	35 389	23,0
Total	584 326	604 429	621 864	640 326	656 377	672 176	690 151	706 338	721 086	735 343 ¹⁰	25,8
Fluctuation (%)	2,7	3,4	2,9	3,0	2,5	2,4	2,7	2,3	2,1	2,0	S.O.

Sources : Groupe d'étude mixte APN/DGSM sur la gestion future des services de santé non assurés (1996). *Rapport sur la gestion future du Programme des services de santé non assurés. Volume I*. Ottawa : Assemblée des Premières nations et Santé Canada; Santé Canada (2002). *Rapport annuel 2000-2001 du Programme des services de santé non assurés*. Ottawa : Santé Canada; Santé Canada. (2003). *Rapport annuel 2001-2002 du Programme des services de santé non assurés*. Ottawa : Santé Canada; Santé Canada. (2003). *Rapport annuel 2002-2003 du Programme des services de santé non assurés*. Ottawa: Santé Canada.

¹⁰ Nous estimons que 94,6 % (695 983 personnes) sont des clients des Premières nations, tandis que 5,4 % (39 360 personnes) sont des Inuits (voir le *Rapport annuel 2002-2003 du Programme des services de santé non assurés*, p. 6).

Tableau 2 : Dépenses totales par région, par exercice (000 \$)¹¹

Régions	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	Fluctuation (%) 1993-1994 – 2002-2003
T.-N.-O. et Nunavut	21 016	22 838	25 547	26 854	27 651	28 508	29 575	29 940	32 595	40 960	94,9
Yukon	4 291	4 596	4 737	4 198	4 320	4 503	5 313	5 463	6 165	6 470	50,8
Pacifique	63 216	67 211	72 014	67 603	68 893	71 140	73 302	74 421	79 330	90 510	43,2
Alberta	89 285	94 409	97 880	87 432	81 361	83 655	88 390	93 678	99 939	108 706	21,8
Saskatchewan	57 386	60 435	65 063	64 981	67 382	67 840	70 031	77 017	83 586	93 927	63,7
Manitoba	65 973	72 363	81 905	81 315	89 192	86 388	92 032	98 420	107 600	117 638	78,3
Ontario	79 671	88 105	87 127	85 368	91 061	94 670	104 720	112 262	126 068	132 097	65,8
Québec	38 133	38 862	39 637	38 296	42 019	42 013	44 352	47 068	50 966	54 041	41,7
Atlantique	19 498	19 906	21 222	21 622	22 801	22 216	21 972	23 701	25 704	27 128	39,1
Total	438 469	468 725	495 132	477 669	494 680	500 933	529 687	561 970	611 953	671 477	53,1
Fluctuation (%)	8,0	6,9	5,6	-3,5	3,6	1,3	5,7	6,1	8,9	9,7	S.O.

Source : Santé Canada. (2003). *Rapport annuel 2002-2003 du Programme des services de santé non assurés*. Ottawa : Santé Canada.

¹¹ Excluant les dépenses de l'administration centrale.

Tableau 3 : Dépenses par catégorie, par exercice (000 \$)¹²

Catégorie de services	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	Fluctuation (%) 1993-1994 – 2002-2003
Transports	128 007	139 400	150 019	157 472	165 686	166 229	177 078	182 851	195 719	203 952	59,3
Services pharmaceutiques ¹³	133 481	146 131	157 297	166 541	180 105	187 105	206 869	228 861	252 846	290 112	117,3
Services dentaires	110 346	116 273	123 303	104 302	104 420	106 417	106 975	109 852	124 468	131 021	18,7
Autres soins de santé ¹⁴	36 735	32 150	27 307	21 824	21 748	19 847	16 108	16 775	14 135	16 894	- 54,0
Primes	26 350	28 610	30 094	22 125	17 131	17 476	18 030	17 779	18 596	23 902	- 9,3
Soins de la vue	14 101	16 040	17 242	17 017	18 576	18 490	19 843	19 748	22 020	22 259	57,9
Total	449 020	478 604	505 262	489 281	507 666	515 564	544 903	575 866	627 784	688 140	53,3
Fluctuation (%)	8,3	6,6	5,6	-3,2	3,8	1,6	5,7	5,7	9,0	9,6	S.O.

Source : Santé Canada. (2003). *Rapport annuel 2002-2003 du Programme des services de santé non assurés*. Ottawa : Santé Canada.

¹² Incluant les dépenses de l'administration centrale relatives au règlement automatisé des demandes de paiement. Ces dépenses expliquent les écarts touchant les lignes du total et de la fluctuation (%) entre les tableaux 2 et 3. Les demandes de paiement de médicaments, d'équipement médical et de fournitures médicales ainsi que de services dentaires de l'ensemble des clients admissibles sont traitées par l'intermédiaire du Système national de traitement de l'information et des demandes de paiement exploité par la First Canadian Health Management Corporation Inc.

¹³ Incluant les médicaments d'ordonnance, les médicaments en vente libre ainsi que l'équipement médical et les fournitures médicales.

¹⁴ Incluant les services de counseling et d'intervention d'urgence, ainsi que d'autres services de santé choisis.

Les taux d'augmentation des autres soins de santé¹⁵ et des primes ont décliné (de 54 % et 9,3 %, respectivement) au cours de la même période.

Bien que les chiffres relatifs à la clientèle admissible et aux dépenses du Programme aient fluctué de façon plus ou moins marquée sur la période de dix ans, une tendance globale à la croissance s'est dégagée. Cette croissance semble attribuable à un certain nombre de facteurs, y compris :

- l'augmentation du nombre de personnes admissibles (compte tenu des modifications apportées à la *Loi sur les Indiens* et de la hausse moyenne des naissances)¹⁶;
- l'augmentation du taux d'utilisation;
- l'augmentation des coûts des services;
- l'inflation;
- les changements apportés aux systèmes provinciaux de santé.

1.3 Conséquences de la croissance du Programme

Les fonds affectés au Programme des SSNA proviennent de l'enveloppe des programmes des Premières nations et des Inuits¹⁷. Cette enveloppe assure également le financement des services de santé communautaire et des hôpitaux relevant de la DGSPNI¹⁸. Le niveau de croissance annuelle de l'enveloppe a été établi à 3 % pour la période de 1999-2000 à 2001-2002. Les dépenses liées au Programme des SSNA représentaient 40,1 % des dépenses totales relatives à l'enveloppe au cours de l'exercice 2002-2003. Par ailleurs, au cours de la même période, les dépenses liées aux services de santé communautaire représentaient 58,2 % de l'enveloppe, et celles liées à l'exploitation des hôpitaux relevant de la DGSPNI, 1,7 %¹⁹. Les dépenses relatives au Programme des SSNA ont donc une incidence considérable sur les fonds disponibles pour d'autres programmes de santé des Premières nations et des Inuits.

¹⁵ Les autres services de santé englobent les services de counseling et d'intervention d'urgence, ainsi que d'autres services de santé choisis.

¹⁶ La clientèle admissible inuite et des Premières nations connaît un taux de croissance d'environ 2,7 fois supérieur à celui de la population canadienne (voir le *Rapport annuel 2002-2003 du Programme des services de santé non assurés* de Santé Canada).

¹⁷ Cette enveloppe, de même que les ressources approuvées en vue d'initiatives précises, constituent les ressources maximales disponibles pour financer l'ensemble des programmes fédéraux de santé des Premières nations et des Inuits.

¹⁸ Les services de santé englobent les soins infirmiers communautaires, le counseling en alcoolisme et en toxicomanie, le programme Grandir ensemble, les initiatives de transfert et la gestion et le soutien aux niveaux des zones, des régions et de l'administration centrale. Les services hospitaliers englobent l'exploitation des hôpitaux relevant de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

¹⁹ Santé Canada. (2003). *Rapport annuel 2002-2003 du Programme des services de santé non assurés*. Ottawa : Santé Canada.

Compte tenu de la croissance du Programme des SSNA et de ses répercussions sur d'autres programmes de santé, il n'est pas étonnant que plusieurs initiatives de gestion des SSNA aient été mises en œuvre afin de maîtriser les coûts du Programme, y compris l'automatisation des processus de paiement des demandes d'indemnités des clients; l'amélioration des pratiques financières et de gestion et l'amélioration des mécanismes de vérification et de reddition de comptes²⁰.

1.4 Projets pilotes des SSNA

Depuis le début des années 70, des organisations représentant les communautés des Premières nations et des Inuits négocient avec le Gouvernement fédéral afin de reprendre le contrôle de tous les aspects de la vie des Premières nations et Inuits, y compris la santé²¹. En mars 1988, le Cabinet a autorisé le transfert du contrôle des services de santé aux Premières nations et aux Inuits. Cette décision a par la suite été approuvée par le Conseil du Trésor, en juin de la même année. De nombreuses collectivités inuites et des Premières nations ont depuis pris en charge la prestation des programmes et des services de santé communautaire à l'intention de leurs membres²². Cependant, ni la décision du Cabinet, ni l'approbation du Conseil du Trésor ne comportait le transfert du Programme des SSNA. En juin 1994, le Cabinet a déterminé que l'on pouvait essayer, dans le cadre d'un projet pilote, des options de gestion et d'exécution en vue du transfert des SSNA; en septembre de la même année, le Conseil du Trésor a autorisé la mise en œuvre de projets pilotes, jusqu'à concurrence de 30 projets.

Les projets pilotes des SSNA avaient pour but d'évaluer diverses options de gestion et d'exécution en vue du transfert du contrôle du Programme des SSNA de Santé Canada aux Premières nations et aux Inuits. Les projets visaient les objectifs précis suivants :

- évaluer la viabilité des options de gestion possibles;
- évaluer divers types de structures et de modèles organisationnels;
- vérifier l'influence de la diversité régionale sur des projets pilotes semblables;
- fournir des renseignements en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficience des projets pilotes;
- jeter les bases de recommandations en vue de la gestion future du Programme des SSNA.

²⁰ *Idem*

²¹ Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (2001). *Guide des projets pilotes, Services de santé non assurés*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Il convient de noter que ce document a été produit après l'exécution de la deuxième série de projets pilotes. Les préposés à la recherche savent qu'il existait une version antérieure du manuel, bien qu'aucune mention n'en soit faite dans le manuel. Il faut souligner que certains renseignements contenus dans la version de 2001 du guide ne figuraient pas nécessairement dans la version précédente.

²² *Idem*

Outre ces objectifs, les projets pilotes étaient censés continuer de respecter ceux du Programme des SSNA offert par Santé Canada²³. En septembre 2000, le Conseil du Trésor a approuvé la prolongation de son autorisation initiale de 1994 relative au projet pilote jusqu'au 31 mars 2005²⁴. Le livret d'information relatif aux projets pilotes des SSNA précise que, même si le Programme des SSNA n'est pas admissible à un transfert à l'heure actuelle,

les projets pilotes des SSNA fournissent des renseignements valables qui aident la DGSPNI et l'APN à décider conjointement des politiques et des procédures de gestion du Programme des SSNA, en cas d'un transfert de contrôle aux Premières nations et aux Inuits. Les projets pilotes permettront d'établir une comparaison pratique entre les diverses options de gestion en vue de la prestation des SSNA et aideront d'autres collectivités inuites et des Premières nations à choisir l'option qui leur convient pour accroître ultérieurement leur contrôle.... La mise en œuvre d'un projet pilote offre à une collectivité ou à un groupe de collectivités des perspectives d'entreprise qui leur permettent de réduire les coûts des services et donc d'affecter des fonds à d'autres programmes de santé²⁵.

Après les discussions initiales avec les responsables des bureaux régionaux de la DGSPNI et l'attribution d'un mandat clair, les organisations des Premières nations et des Inuits intéressées à mener un projet pilote devaient rédiger une proposition préliminaire. Un comité d'examen régional mixte évaluait la proposition préliminaire et recommandait que les candidats élaborent ou non un plan d'activités. On accordait des fonds en vue de l'élaboration du plan d'activités. Une fois le plan approuvé, l'organisation concluait un accord relatif à son projet pilote, et les fonds de démarrage lui étaient versés²⁶.

Un total de 17 projets pilotes ont été mis sur pied entre avril 1996 et février 2003. L'un d'entre eux a été retiré²⁷ lorsque la Première nation a conclu un accord d'autonomie gouvernementale. Un autre a été intégré à un projet pilote de grande envergure. Des quinze autres projets pilotes, trois avaient lieu en Colombie-Britannique, trois, en Alberta, six, au Manitoba, un, en Ontario, un, au Québec et un autre, au Canada atlantique. Tous les

²³ Santé Canada. (2003). *Demande de propositions (DP). Évaluation des projets pilotes des services de santé non assurés (SSNA). Annexe A*. Ottawa: Santé Canada. Le *Rapport annuel 2002-2003 du Programme des SSNA* stipule que : « De façon générale, les projets pilotes doivent rencontrer les critères suivants : inclure tous les services des SSNA; maintenir le niveau actuel de services à l'échelle nationale et desservir tous les clients, sans égard au lieu de résidence ». Il convient de noter que les deux groupes initiaux de projets pilotes n'étaient pas tenus d'inclure tous les services des SSNA.

²⁴ Santé Canada. (2003) *Demande de propositions (DP). Évaluation des projets pilotes des services de santé non assurés (SSNA)*, p. 3. Ottawa : Santé Canada.

²⁵ Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. (2001). *Guide des projets pilotes, Services de santé non assurés*, p. 6. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

²⁶ Le processus de proposition préliminaire était accessible aux collectivités inuites et des Premières nations, aux groupes de collectivités inuites et des Premières nations, aux organismes provinciaux et territoriaux, aux conseils tribaux et aux autres organisations des Premières nations et des Inuits. Pour de plus amples renseignements sur le contenu obligatoire des propositions préliminaires et des plans d'activités, voir le document *Guide des projets pilotes, Services de santé non assurés*.

²⁷ Le terme « abandonné » utilisé dans le présent document signifie que les activités d'un projet pilote sont terminées. Ce terme ne précise pas les organisations qui ont déterminé que des services de santé non assurés ne seraient plus administrés au niveau des collectivités.

emplacements pilotes, sauf trois, offraient des services de transport pour raison médicale. Dans quatre emplacements, seul ce type de services de santé non assurés faisait l'objet du projet pilote. La plupart des emplacements tentaient de fournir des services aux membres résidant dans la collectivité et à l'extérieur de celle-ci. Treize des quinze projets sont revenus à la formule de l'accord de contribution, l'un a récemment été annulé, mais n'est pas revenu à la formule de l'accord de contribution à l'heure actuelle; un autre s'est poursuivi à titre de projet pilote (et fait l'objet d'un accord qui prendra fin le 31 mars 2005).

Deux évaluations antérieures ont été menées à l'égard des projets pilotes. Les évaluations visaient à renforcer la gestion et l'exécution du Programme des SSNA afin de satisfaire aux exigences du Conseil du Trésor. Cependant, les deux évaluations étaient incomplètes. Elles offraient le point de vue de divers intervenants quant au fonctionnement des projets pilotes; toutefois, essentiellement, elles n'ont pas permis de déterminer la manière dont la gestion et l'exécution du Programme des SSNA pourraient être renforcées. La présente évaluation visait à compléter les évaluations antérieures. Nous prévoyons que cette démarche constituera le fondement d'évaluations ultérieures.

1.5 Aperçu de la présente évaluation

Le but de l'évaluation consistait à analyser la possibilité de transférer le contrôle du Programme des SSNA de Santé Canada aux Premières nations et aux Inuits²⁸. Le processus comportait un examen des leçons tirées des projets pilotes antérieurs, de même que l'analyse des questions de gestion touchant l'exécution du Programme des SSNA du point de vue des projets pilotes. L'évaluation comportait les questions clés suivantes :

- Les projets pilotes des SSNA ont-ils un fondement logique?
- Quelles ont été les conséquences des projets pilotes des SSNA?
- Dans quelle mesure les projets pilotes des SSNA ont-ils été fructueux?
- Dans quelle mesure les projets pilotes des SSNA ont-ils été rentables²⁹ ?

L'évaluation mettait l'accent sur les points suivants :

- le processus global des projets pilotes des SSNA;
- les projets pilotes mis en œuvre;
- la mesure dans laquelle les résultats des projets pourraient fournir de plus amples renseignements en ce qui concerne le processus de réalisation des projets pilotes des

²⁸ Santé Canada. (2003) *Demande de propositions (DP). Évaluation des projets pilotes des services de santé non assurés (SSNA)*, p. 3. Ottawa : Santé Canada.

²⁹ Santé Canada. (2003). *Demande de propositions (DR). Évaluation des projets pilotes des services de santé non assurés (SSNA), Annexe A*. Ottawa : Santé Canada.

SSNA et la possibilité de transférer le contrôle du Programme des SSNA aux Premières nations et aux Inuits.

L'évaluation s'est déroulée en trois étapes. La première étape visait à établir une vision commune du Programme des SSNA et des évaluations antérieures des projets pilotes. La deuxième étape consistait à acquérir une connaissance approfondie des enjeux et des défis touchant la transférabilité du Programme des SSNA. Elle consistait également à mener l'enquête administrative annuelle au sein de deux emplacements pilotes³⁰. La troisième étape était axée sur une étude de cas relative au dernier projet, c'est-à-dire le projet pilote des SSNA de la Première nation crie de Bigstone. Les résultats de chacune des trois étapes sont présentés dans des documents distincts³¹. Le présent rapport de synthèse présente l'essentiel des résultats des trois étapes de l'étude et des recommandations touchant la transférabilité du Programme des SSNA.

1.6 Organisation du rapport

Le chapitre 2 décrit les méthodes utilisées dans le cadre de l'évaluation en général, ainsi que leurs forces et leurs faiblesses. La méthode appliquée à chacune des étapes de l'étude est abordée au chapitre pertinent. Le chapitre 3 présente les principaux points dégagés de l'examen des documents et des entrevues auprès de représentants de Santé Canada et d'organisations des Premières nations et des Inuits menées au cours de l'étape initiale³². Le chapitre 3 expose les points marquants des entrevues de représentants de diverses organisations inuites et des Premières nations (et de Santé Canada) réalisées au cours de la deuxième étape. Le chapitre 4 présente les principaux points de l'enquête administrative annuelle menée auprès des coordonnateurs de projets pilotes et des coordonnateurs régionaux des projets pilotes du Southeast Resource Development Council et de la Première nation crie de Bigstone dans le cadre des activités de la deuxième étape. Le chapitre 5 fournit les principaux points soulevés par divers intervenants participant au projet pilote des SSNA de la Première nation crie de Bigstone (c'est-à-dire, les dirigeants, les coordonnateurs de projet, les consultants, les membres du personnel, les dispensateurs de services de santé non assurés et les clients). Le chapitre 6 fournit une analyse des résultats de l'évaluation par rapport aux questions clés. Le chapitre 7 présente des recommandations dans une perspective d'avenir.

³⁰ À la demande du personnel national de la DGSPNI, nous avons mené l'enquête auprès de représentants de l'emplacement pilote récemment retiré du processus et de représentants de l'unique emplacement pilote toujours en activité.

³¹ Voir les documents suivants : *Final Phase 1 report: Background and historical context and detailed methodology for Phases 2 and 3* (Rapport final de la phase 1 : Antécédents et contexte historique et méthodologie détaillée en vue des phases 2 et 3) (10 août 2004); *Final Phase 2 report: Issues and challenges with respect to the transfer of NIHB* (Rapport final de la phase 2 : Enjeux et défis relatifs au transfert des SSNA) (7 décembre 2004); *Report on the Annual Administrative Surveys at Southeast Resource Development Council and Bigstone Cree Nation (2004)* (Rapport des enquêtes administratives annuelles du Southeast Resource Development Council et de la Première nation crie de Bigstone (2004)) (3 août 2004) et *Final Phase 3 report: An in-depth examination of the Bigstone Cree Nation pilot project* (Rapport final de la phase 3 : Examen approfondi du projet pilote de la Première nation crie de Bigstone) (14 décembre 2004). Tous les documents ont été rédigés par Hollander Analytical Services Ltd. et Adrian Gibbons and Associates Ltd.

³² Ainsi que nous l'avons souligné, nous avons examiné des documents au cours de la première étape. Les résultats de la revue documentaire ont été utilisés, le cas échéant, au cours des deuxième et troisième étapes. Nous n'avons pas examiné de documents dans le cadre de ces étapes.

2. LES MÉTHODES ET LEURS LIMITES

2.1. Introduction

L'évaluation des projets pilotes a été menée selon quatre méthodes distinctes : examen de documents; entrevues de clients et d'intervenants clés aux échelons national, régional et communautaire; enquête auprès de coordonnateurs de projets pilotes et de dispensateurs de services de santé non assurés et examen des données financières relatives à l'administration et à la prestation des services de santé non assurés aux échelons national et local. Chacune de ces méthodes est décrite ci-dessous, y compris ses forces et ses faiblesses, dans le contexte de la présente évaluation.

Les résultats de l'évaluation et les recommandations relatives à la transférabilité éventuelle du Programme des SSNA sont fondés sur l'ensemble des approches décrites ci-dessus, selon une méthode dite de « triangulation ». La triangulation s'entend d'une approche selon laquelle on utilise diverses méthodes pour étudier une question. Il s'agit d'une stratégie qui vise à s'assurer que les résultats d'une évaluation ne sont pas le produit d'une méthode ou d'une source de données unique, ni d'un manque d'objectivité de la part d'un enquêteur. On peut recourir à la triangulation pour vérifier la cohérence de données établies à des moments différents, selon des méthodes différentes et par l'intermédiaire de personnes et de sources diverses, et pour accroître sa certitude à l'égard des données d'évaluation et de leur interprétation. Ainsi, bien que chaque méthode présente des lacunes, lorsqu'on obtient des résultats semblables selon des méthodes différentes (comme ce fut le cas dans le cadre de la présente évaluation), on accroît sa certitude à l'égard des résultats globaux.

2.2. Examen de documents

2.2.1 Première étape

Dans le cadre de la première étape, nous avons examiné des documents ayant trait à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets pilotes des SSNA, afin d'établir une vision globale du Programme des SSNA et des évaluations antérieures des divers projets pilotes. Au cours de cette étape, notre examen a porté notamment sur des documents de référence (p. ex. des documents stratégiques, un cadre d'évaluation et des procès-verbaux de réunions), les rapports annuels du Programme des SSNA, ainsi que les rapports des évaluations antérieures des projets pilotes. Nous avons passé en revue plus de 55 documents au cours de cette étape de l'étude. Collectivement, ces documents ont permis de brosser un tableau valable des volets que comporte le Programme des SSNA, des motifs qui ont justifié l'élaboration des projets pilotes des SSNA et de certains avantages et obstacles touchant les emplacements pilotes. Cependant, les documents comportaient des limites.

Les renseignements relatifs au Programme des SSNA étaient tirés, pour une bonne part, de documents publiés par la DGSPNI. Le contenu des divers documents de la Direction générale semblait cohérent sur le plan conceptuel; toutefois, il n'était pas nécessairement uniforme du point de vue de la formulation (par exemple, il existe de légères différences entre le cahier d'information sur le Programme des SSNA et les derniers rapports annuels). Dans certains cas,

les divergences sont susceptibles d'entraîner des malentendus en ce qui concerne le Programme. Les préposés à la recherche recommandent que l'on examine tous les documents publics courants relatifs au Programme des SSNA pour s'assurer de la cohérence de leur contenu du point de vue des concepts et de la formulation.

Certains documents relatifs au Programme des SSNA semblent relativement désuets. Par exemple, la directive du Programme touchant les services de santé mentale, intitulée « directive intérimaire de programme », date de mars 1994. Nous n'avons pas pu obtenir de version récente ni définitive de cette directive. D'autres directives de programme datent de 1990 ou ne sont pas datées. Plusieurs documents de Santé Canada ne sont pas datés. Il est possible que les divers documents soient toujours applicables et n'aient donc pas été révisés. Cependant, nous ignorons si les documents ont été examinés pour s'assurer qu'il en est ainsi. Si un examen a été effectué, nous recommandons que les documents le précisent (par exemple, « Examiné en janvier 2005 »).

Comme de nombreux documents de la DGSPNI mettent l'accent sur le Programme des SSNA en soi, les conséquences des projets pilotes des SSNA ne sont pas clairement définies. Par exemple, les rapports annuels du Programme des SSNA ne fournissent pas de renseignements précis sur les projets pilotes proprement dits (notamment le coût de la mise en œuvre des projets à l'échelle régionale ou nationale ou les conséquences des projets sur les coûts des divers services de santé non assurés).

Dans le cadre des évaluations antérieures des projets pilotes des SSNA, les documents n'étaient pas nécessairement cohérents ni complets; on éprouvait donc de la difficulté à établir des comparaisons entre les divers emplacements pilotes. Les rapports d'évaluation des projets pilotes initiaux portaient la mention « ébauche », ce qui donnait à croire que leur contenu n'avait pas été achevé. Il convient de noter que, de plus, ces rapports n'étaient pas accessibles sur support électronique.

2.2.2 Troisième étape

Nous avons également eu recours à un examen documentaire à la troisième étape, dans le cadre de l'étude de cas relative au projet pilote de la Première nation crie de Bigstone. L'examen portait notamment sur des documents de référence (notamment l'accord relatif au projet pilote et les renseignements touchant la Première nation crie de Bigstone), les rapports des évaluations antérieures, les rapports trimestriels et des données financières. Nous avons examiné plus de 10 documents au cours de cette étape. Collectivement, les documents brossaient un tableau valable des objectifs de la Première nation concernant le projet pilote des SSNA, les réalisations à ce jour et la manière dont les fonds ont été affectés. Les documents ne comportaient pas de renseignements financiers détaillés (bien que l'on ait répondu à des questions spécifiques touchant le financement); en outre, les préposés à la recherche ont été dirigés vers Santé Canada pour obtenir les renseignements nécessaires.

2.3. Entrevues d'intervenants clés aux échelons national, régional et communautaire

2.3.1 Introduction

Nous ne disposions guère de renseignements écrits sur les projets pilotes antérieurs. La présente évaluation était donc largement fondée sur des entrevues. Nous avons utilisé des entrevues à toutes les étapes de l'étude.

2.3.2 Première étape

Au cours de la première étape, nous avons dressé une liste de 22 sources de renseignements possibles, de concert avec les employés de la DGSPNI et de l'APN. Les personnes représentaient Santé Canada ou des organisations des Premières nations et des Inuits aux échelons national, régional et local; en outre, elles étaient responsables de politiques touchant l'administration et la gestion des services de santé non assurés au sein de leur organisation respective. Une personne a dirigé les préposés à la recherche vers une autre personne de la liste; une autre les a dirigés vers un participant de la deuxième étape, et trois personnes n'ont pu être jointes malgré des efforts répétés à cette fin. Au total, nous avons réalisé 17 entrevues auprès de 17 personnes. Dix répondants représentaient Santé Canada, et sept, des organisations des Premières nations et des Inuits (y compris l'APN). Neuf provenaient de l'échelon national et huit, de l'échelon régional.

Au moment des entrevues de la première étape, plusieurs changements relativement récents avaient été apportés au sein de Santé Canada et de l'APN. Certains répondants n'étaient donc pas en mesure de fournir des renseignements substantiels touchant certaines questions. De plus, de nombreux participants nationaux ont dirigé les préposés à la recherche vers le niveau régional pour obtenir de plus amples renseignements.

Certains renseignements recueillis auprès des répondants nationaux et régionaux à la première étape s'appliquaient à la deuxième étape (et ne sont donc pas déclarés à la première étape).

2.3.3 Deuxième étape

À la deuxième étape, nous avons interrogé 46 Inuits et membres des Premières nations (ainsi que les représentants nationaux et régionaux interrogés à la première étape). Les membres des Premières nations et les Inuits interrogés à la deuxième étape se divisaient en quatre groupes.

Le premier groupe était composé de représentants des organisations des Premières nations et des Inuits qui avaient mené antérieurement un projet pilote des SSNA. Nous avons interrogé des représentants de 13 des 14 projets antérieurs (nous n'avons pas communiqué avec les représentants de la Première nation de Bigstone à cette étape, car le projet pilote de la Première nation était examiné en profondeur à la troisième étape). Nous avons interrogé 20 personnes au sein de ce groupe.

Le troisième groupe comptait des représentants des Premières nations qui dispensent tous les services de santé non assurés, mais qui n'ont pas participé à un projet pilote. Seules deux Premières nations faisaient partie de cette catégorie. Nous avons interrogé les représentants des deux groupes, soit un total de quatre personnes.

Le quatrième groupe était composé de représentants des Premières nations de la Saskatchewan. Nous avons communiqué avec des membres de cinq organisations de grande envergure. L'un d'entre eux occupait son poste depuis relativement peu de temps et ne se jugeait pas suffisamment compétent pour exprimer des remarques au sujet des projets pilotes des SSNA. Nous avons mené quatre entrevues auprès d'un total de dix-huit personnes.

2.3.4 Troisième étape

Au cours de la troisième étape, nous avons interrogé 160 personnes, réparties dans trois groupes.

Le premier groupe comptait des responsables, des coordonnateurs de projets et des consultants qui participent activement à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet pilote au sein de la Première nation crie de Bigstone, dont des représentants de la Bigstone Health Commission et du bureau régional de Santé Canada. Ce groupe comptait un total de sept personnes.

Le deuxième groupe était composé d'employés de la Bigstone Health Commission, dont bon nombre exerçaient des fonctions administratives dans divers secteurs de services. Nous avons interrogé sept membres de ce groupe. Tous, sauf un, collaboraient au projet pilote des SSNA de Bigstone depuis deux ans ou moins.

Le troisième groupe était formé de membres de la Première nation crie de Bigstone qui avaient utilisé au moins un service de santé non assuré. Pour faire partie de l'échantillon, les personnes devaient appartenir à la Première nation crie de Bigstone; avoir au moins 18 ans; avoir utilisé au moins un service de santé non assuré au cours des 12 mois précédents et posséder un numéro de téléphone³³. Nous avons interrogé 146 personnes au sein de ce groupe³⁴, y compris des résidents des réserves et des personnes vivant hors des réserves. Le groupe comptait également des membres de toutes les collectivités qui obtiennent des services de santé de la Première nation crie de Bigstone.

³³ Nous reconnaissons que l'exigence selon laquelle les répondants éventuels devaient posséder un numéro de téléphone a peut-être intégré un élément subjectif à l'échantillonnage. Les préposés à la recherche savaient que de nombreux habitants des réserves possèdent un téléphone; il ne s'agissait donc pas d'une question problématique en ce qui concerne l'échantillon de la population de la réserve, puisque les intervieweurs avaient été avisés qu'ils pouvaient mener les entrevues en personne, au besoin. L'absence d'un téléphone aurait posé davantage de problèmes hors de la réserve, particulièrement du fait que les entrevues devaient être menées par téléphone compte tenu des contraintes temporelles et financières.

³⁴ Les préposés à la recherche ont été autorisés à obtenir environ 150 questionnaires remplis.

2.3.5 Outils d'entrevue

Les outils d'entrevue utilisés dans le cadre des trois étapes de l'évaluation étaient conçus de manière à prendre appui sur les évaluations antérieures et visaient à fournir des données qualitatives et quantitatives. Les outils étaient expressément conçus pour le projet et visaient à permettre d'établir des comparaisons avec les évaluations antérieures (le cas échéant), à éclaircir les questions soulevées dans le cadre des processus antérieurs et à examiner les questions intégrées à la présente évaluation. Tous les outils ont été examinés par les membres du groupe de travail du projet avant d'être utilisés dans le cadre de l'étude.

Il convient de souligner que les données d'entrevues illustrent la *perception* des répondants de la situation, et qu'elles ne reflètent pas nécessairement la situation d'un point de vue objectif. Bon nombre de renseignements fournis par les répondants n'ont pu être confirmés par le biais d'autres sources (compte tenu du mandat des préposés à la recherche et des contraintes temporelles et financières). Malgré ces réserves, il convient de noter que les participants aux diverses étapes de l'étude ont défini des avantages et des obstacles similaires en ce qui concerne le transfert des services de santé non assurés. Nous prévoyons que les renseignements recueillis dans le cadre des entrevues pourront servir de base pour les besoins d'évaluations ultérieures.

2.4. **Enquêtes**

2.4.1 Deuxième étape

Dans le cadre des activités de la deuxième étape, nous avons mené une enquête administrative annuelle auprès des coordonnateurs de projets pilotes et des coordonnateurs régionaux de deux emplacements pilotes³⁵. Les personnes à interroger et l'outil à utiliser étaient précisés dans la demande de propositions relative à l'évaluation et ont été confirmés dans le cadre de discussions avec le gestionnaire de projet. On avait utilisé une enquête administrative annuelle dans le cadre de la deuxième évaluation des projets pilotes. Les préposés à la recherche ont examiné l'enquête pour s'assurer qu'elle s'appliquait à la présente évaluation.

2.4.2 Troisième étape

La troisième étape a consisté en une enquête auprès des dispensateurs de services de santé non assurés dans le cadre de l'étude de cas relative au projet pilote des SSNA de la Première nation crie de Bigstone. Nous avons demandé aux préposés aux services de fournir une liste des cinq à dix principaux fournisseurs de leurs secteurs de services respectifs³⁶. Nous avons repéré des dispensateurs de services au sein de chacun des secteurs de services de santé non assurés, sauf les services d'intervention en cas de crise (bien que des efforts aient été mis en

³⁵ À la demande du personnel national de la DGSPNI, nous avons mené l'enquête auprès de représentants de l'emplacement pilote récemment retiré du processus, et de représentants de l'unique emplacement pilote toujours en activité.

³⁶ Compte tenu de la répartition de la population dans l'ensemble du pays, de nombreux dispensateurs fournissent des services de santé non assurés aux membres de la Première nation crie de Bigstone. Cependant, les préposés à la recherche ont jugé qu'il était préférable de communiquer avec les principaux fournisseurs de chacun des secteurs de services.

œuvre dans ce secteur également). Nous avons établi une liste globale de 29 dispensateurs de services de santé non assurés comportant de trois à neuf dispensateurs pour chacun des secteurs (sauf celui des services d'intervention en cas de crise).

Vingt-cinq des vingt-neuf dispensateurs de services ont accepté de participer à l'étude. Dix-huit organisations prestataires de services ont répondu au questionnaire destiné aux dispensateurs. Dans plusieurs cas, en particulier dans les grandes entreprises, les réponses illustraient les remarques provenant de diverses personnes. Sept autres personnes ont affirmé qu'elles n'avaient pas le temps de répondre au questionnaire; cependant, elles ont formulé des remarques générales. En ce qui concerne les quatre répondants potentiels qui n'ont pas participé à l'étude, l'un n'a pu être joint, un autre a déclaré que l'entreprise assurait très peu de services aux membres de la Première nation crie de Bigstone et deux n'ont pas répondu (malgré des rappels répétés) et n'ont pas justifié leur absence d'intérêt.

La présente évaluation visait à compléter les évaluations antérieures du projet pilote des SSNA de Bigstone, à recueillir le point de vue des participants quant à la qualité du rendement du projet pilote et à jeter des bases en vue d'évaluations ultérieures. Les membres du groupe de travail du projet ont examiné le questionnaire avant qu'il ne soit utilisé dans le cadre de la présente évaluation. Nous avons pu établir quelques comparaisons entre les réponses fournies par les dispensateurs de services dans le cadre de l'évaluation et celles des dispensateurs, moins nombreux (et peut-être différents), ayant participé à l'évaluation antérieure du projet pilote de Bigstone. Cependant, nous avons observé que l'évaluation antérieure présentait de nombreuses différences par rapport à la présente évaluation.

2.5. Examen des données financières

Nous avons examiné les données financières relatives au Programme des SSNA en général dans le cadre de la première étape. Ainsi que nous l'avons souligné ci-dessus, bon nombre des documents de la DGSPNI examinés dans le cadre de cette étape mettent l'accent sur le Programme des SSNA proprement dit, et les conséquences des projets pilotes des SSNA ne sont pas clairement définies. Nous avons également examiné, à la troisième étape, les données financières touchant l'administration et la prestation des services de santé non assurés à l'échelle locale dans le cadre de l'étude de cas relative au projet pilote de la Première nation crie de Bigstone. Dans le cadre des première et troisième étapes de l'évaluation, les données examinées provenaient de la DGSPNI (au niveau de l'administration centrale et des bureaux régionaux) et étaient très générales; nous n'avons pas analysé de données financières détaillées au cours de l'évaluation. Les rapports des évaluations antérieures des projets pilotes ne comportaient pas de données financières. Lorsque les préposés à la recherche ont demandé les données liées aux projets pilotes antérieurs dans le cadre de la présente évaluation, ils ont été renvoyés à la DGSPNI (c.-à-d. à l'administration centrale et aux bureaux régionaux).

3. PRINCIPAUX POINTS DU RAPPORT DE LA PREMIÈRE ÉTAPE – ANTÉCÉDENTS ET CONTEXTE HISTORIQUE

3.1 Introduction

Le présent chapitre expose les principaux points de la première étape. Cette étape comportait l'examen de plusieurs documents (par exemple, des documents complémentaires, des rapports annuels et les rapports des évaluations antérieures des projets pilotes), ainsi que des entrevues de représentants de Santé Canada et d'organisations des Premières nations et des Inuits aux échelons national et régional.

3.2 Examen de documents de référence et de rapports annuels

L'examen des documents de référence et des rapports annuels portait sur les éléments suivants : le nombre d'Inuits et de membres des Premières nations, par région, admissibles à des services en vertu du Programme des SSNA; les dépenses, toutes catégories de services confondues, par région et les dépenses, toutes régions confondues, par catégorie de services. Ainsi que nous l'avons précisé au chapitre précédent, entre avril 1993 et mars 2003, l'Ontario comptait la plus importante population admissible, suivie des régions du Pacifique, du Manitoba et de la Saskatchewan. Au cours de cette période, les régions de l'Ontario, du Manitoba et de l'Alberta ont affiché les dépenses les plus élevées. D'avril 1993 à mars 2003, les dépenses les plus importantes étaient liées aux services pharmaceutiques, au transport pour raison médicale et aux services dentaires. Bien que les chiffres aient légèrement fluctué pendant les 10 années entre avril 1993 et mars 2003, une tendance globale à la croissance s'est dégagée. Cette croissance semble attribuable à un certain nombre de facteurs.

Le financement du Programme des SSNA provient de l'enveloppe des programmes destinés aux Premières nations et aux Inuits, qui sert également à financer les services de santé communautaires et les hôpitaux relevant de la DGSPNI. Les dépenses liées au Programme des SSNA ont donc une incidence considérable sur le financement dont peuvent bénéficier les autres programmes de santé. Les dépenses du Programme des SSNA représentaient 40,1 % des dépenses totales liées à l'enveloppe de l'exercice 2002-2003. La DGSPNI a mis en œuvre plusieurs initiatives de gestion afin de contrôler les coûts du Programme des SSNA, y compris l'automatisation des processus de paiement des demandes d'indemnités des clients; l'amélioration des pratiques financières et de gestion et l'amélioration des mécanismes de vérification et de reddition de comptes³⁷. Bien qu'il y ait lieu de reconnaître la valeur de toute mesure visant à gérer les dépenses liées aux SSNA, nous ne connaissons pas le nombre d'initiatives susceptibles d'être réalisées par une collectivité inuite ou des Premières nations qui souhaite administrer les services de santé non assurés³⁸.

³⁷ Santé Canada. (2003) *Rapport annuel 2002-2003 du Programme des services de santé non assurés*. Ottawa : Santé Canada.

³⁸ Les collectivités inuites et des Premières nations ne peuvent pas nécessairement mettre en œuvre ce type d'initiatives de gestion, compte tenu des économies d'échelle restreintes, de l'accessibilité aux ressources appropriées et de restrictions semblables. Toutefois, ainsi que nous le précisons dans une autre section du rapport, elles peuvent être en mesure de contrôler autrement les coûts des SSNA (grâce à des mesures qui ne sont pas nécessairement réalisables à l'échelle nationale).

3.3 Examen des évaluations antérieures des projets pilotes

Nous avons également examiné les rapports des évaluations antérieures des projets pilotes. Les renseignements fournis dans les divers rapports n'étaient pas toujours cohérents ni exhaustifs. Néanmoins, l'examen des rapports a révélé les points suivants :

- les Inuits et les membres des Premières nations des emplacements pilotes ne connaissaient pas nécessairement les services de santé non assurés auxquels ils étaient admissibles, ni les processus d'appel ou d'exception;
- le personnel des projets pilotes nécessitait davantage de formation sur plusieurs questions liées à la prestation de services de santé non assurés;
- les dispensateurs de services demandaient qu'on les tienne mieux au courant des modifications apportées au Programme; cependant, ils étaient généralement satisfaits de la capacité du personnel des emplacements pilotes à gérer le traitement des demandes de remboursement et le règlement des factures;
- les coordonnateurs de projet (aux échelons local et régional) avaient besoin de plus de soutien;
- les opinions étaient souvent divergentes en ce qui a trait à l'objet des projets pilotes et aux bénéficiaires des services fournis dans le cadre des projets;
- les répondants jugeaient que le financement de la plupart des projets pilotes était insuffisant;
- il semblait exister des différences sur les plans de la nature, de la portée et de la qualité des activités de programmes des divers projets pilotes.

3.4 Entrevues auprès des intervenants clés

Au cours de la première étape, nous avons mené des entrevues auprès de 17 représentants de Santé Canada et d'organisations nationales et régionales des Premières nations (y compris l'Assemblée des Premières nations)³⁹. Neuf répondants provenaient de l'échelon national et huit, de l'échelon régional. Nous avons élaboré deux calendriers d'entrevues pour cette étape du projet : l'une pour les représentants de l'échelon national et l'autre, pour ceux de l'échelon régional. Nous avons posé des questions similaires dans le cadre de chacune des entrevues, afin de pouvoir établir des comparaisons entre les répondants des échelons national et régional.

³⁹ Chaque entrevue durait de 45 à 90 minutes. Toutes les entrevues, sauf deux, ont été menées par téléphone; les deux autres se sont déroulées en personne.

Les entrevues des intervenants clés ont permis de dégager ce qui suit :

- Des différences importantes ont été observées entre la perception des représentants de Santé Canada et celle des représentants des Premières nations et des Inuits en ce qui concerne bon nombre de questions examinées. Par exemple, les représentants nationaux inuits et des Premières nations ont convenu à l'unanimité du caractère insuffisant de la formation du personnel des emplacements pilotes, tant sur le plan de l'aspect quantitatif de la formation offerte que sur le plan du financement disponible. Cependant, la plupart des représentants nationaux de Santé Canada jugeaient la formation suffisante.
- Les projets pilotes antérieurs présentaient un certain nombre de points forts. Par exemple, les répondants ont souligné que les collectivités inuites et des Premières nations pouvaient assumer davantage la responsabilité (et le contrôle) de la prestation, de la gestion et de l'administration des services de santé non assurés, et qu'elles étaient mieux en mesure de répondre aux besoins des clients et de collaborer avec les dispensateurs de services.
- Plusieurs obstacles se sont posés dans le cadre des projets pilotes antérieurs. Nombre d'obstacles avaient trait à la nécessité de disposer d'un délai, de ressources et de moyens suffisants, et de comprendre la complexité du Programme des SSNA. Par exemple, les représentants des Premières nations et des Inuits ont souligné que la formation, les installations, l'équipement et le financement liés aux projets pilotes étaient inadéquats.
- Plusieurs changements pourraient être apportés afin d'accroître le caractère réalisable de projets pilotes ultérieurs. Par exemple, il faut préciser les attentes à l'égard des projets et accroître la communication entre Santé Canada et les emplacements pilotes.
- La plupart (71 %) des répondants (représentants nationaux et régionaux des Premières nations et des Inuits et de Santé Canada) ont déclaré qu'on devrait mener davantage de projets pilotes, mais qu'il faudrait apporter des changements. Par exemple, ils croient que les projets pilotes devraient être examinés, que des ressources suffisantes devraient être mises à leur disposition et qu'il faudrait prolonger la durée des projets.

4. PRINCIPAUX POINTS DU RAPPORT DE LA DEUXIÈME ÉTAPE – ENJEUX ET OBSTACLES LIÉS AU TRANSFERT DES SSNA

4.1 Introduction

Le présent chapitre expose les principaux points dégagés de la deuxième étape. Les emplacements pilotes choisis n'étaient pas représentatifs de l'ensemble des collectivités inuites et des Premières nations. Par conséquent, les renseignements provenant des emplacements pilotes (par exemple, par le biais des évaluations antérieures) ne peuvent pas nécessairement être appliqués à l'ensemble des collectivités. Afin de contourner cette limite, nous avons recueilli, dans le cadre de la présente évaluation, des renseignements auprès de cinq groupes de sources clés : des représentants nationaux et régionaux; les organisations des Premières nations et des Inuits qui menaient un projet pilote; les organisations des Premières nations et des Inuits qui souhaitaient mener un projet, mais qui n'avaient pas obtenu de financement; les Premières nations qui fournissent l'ensemble des services de santé non assurés mais qui ne participaient pas à un projet pilote, et les Premières nations (de la Saskatchewan uniquement) qui ont choisi de ne pas participer au processus de réalisation des projets pilotes.

Nous avons mené des entrevues auprès des représentants de chacun des cinq groupes afin : d'obtenir des renseignements au sujet des éléments qui s'étaient révélés efficaces et de ceux qui n'avaient pas fonctionné dans le cadre de projets pilotes antérieurs; de fournir des renseignements en ce qui concerne la pertinence de mener des projets pilotes ultérieurs et, le cas échéant, les conditions propices à ce type d'initiatives; et de fournir des renseignements sur les conséquences que le transfert de l'administration du Programme des SSNA devrait avoir, selon les représentants des Premières nations et des Inuits, sur les autres services de santé⁴⁰. Nous avons élaboré des calendriers d'entrevues distincts pour chacun des groupes de répondants. Cependant, nous avons posé une série de questions semblables dans le cadre de chaque volet d'entrevues, afin de pouvoir établir des comparaisons entre les groupes.

4.2 Résultats des entrevues du groupe 1 – représentants nationaux et régionaux

Le groupe 1 était composé de représentants nationaux et régionaux de Santé Canada et d'organisations des Premières nations et des Inuits (c.-à-d. les personnes interrogées dans le cadre de la première étape). Nous avons intégré ce groupe à l'étude afin de comprendre la manière dont les personnes responsables des politiques touchant l'administration et la gestion des services de santé non assurés au sein de leur organisation respective percevaient le programme des SSNA en général et les projets pilotes relatifs aux SSNA en particulier. Nous avons réalisé 17 entrevues auprès de 17 personnes.

Dans l'ensemble, les représentants nationaux et régionaux de Santé Canada et des organisations des Premières nations et des Inuits ne semblaient pas juger les processus d'établissement des projets pilotes appropriés. Environ le tiers des répondants ont affirmé que le processus d'examen relatif au choix des emplacements pilotes était inadéquat. Les personnes interrogées ont souligné que, dans certains cas, les comités d'examen régionaux n'ont pas

⁴⁰ Toutes les entrevues, sauf une, ont été menées par téléphone. La durée des entretiens variait de 30 à 90 minutes, selon le groupe auquel appartenait le répondant.

nécessairement réalisé suffisamment d'analyses techniques et que les collectivités inuites et des Premières nations ne connaissent pas toujours l'ampleur d'un projet pilote. Il faut cependant noter que le tiers environ des répondants ignoraient si le processus d'examen était ou non approprié. Cette constatation peut illustrer le fait que plusieurs participants occupaient leur poste depuis relativement peu de temps et qu'ils ne connaissaient pas nécessairement le processus d'examen. Environ la moitié des répondants ne croyaient pas que les plans initiaux d'activités des projets pilotes étaient appropriés. Il s'agit d'une constatation importante, car les plans d'activités visaient à définir la méthode de mise en œuvre des projets pilotes.

En général, les répondants nationaux et régionaux ne semblaient pas savoir si les aspects administratifs et liés à la gestion des projets pilotes (y compris la tenue de dossiers) étaient ou non appropriés. Alors que les représentants des Inuits et des Premières nations ont exprimé des remarques selon lesquelles ils croyaient que les questions administratives et de gestion relevaient de Santé Canada, la moitié des représentants du Ministère ignoraient si la gestion et l'administration des projets pilotes étaient ou non adéquates. Environ le tiers des répondants jugeaient la tenue de dossiers inadéquate, ce qui donne à croire que la surveillance des projets pilotes a pu poser des difficultés, du moins dans certains cas. Toutefois, il convient de noter que le tiers des répondants (c.-à-d. environ un nombre équivalent de représentants nationaux de Santé Canada et de représentants nationaux des Inuits et des Premières nations) ignoraient si la tenue de dossiers était ou non appropriée. Cette constatation découle peut-être du fait que plusieurs répondants exerçaient leurs fonctions depuis peu de temps et qu'ils ne savaient pas nécessairement quels dossiers étaient tenus, ni par qui ils étaient tenus.

Globalement, environ 60 % des représentants nationaux et régionaux ont répondu aux questions concernant les buts des projets pilotes. La plupart d'entre eux croyaient que les buts des projets étaient pertinents, précis et réalisables. Même si plusieurs personnes croyaient également que les buts étaient communiqués d'une manière appropriée aux principaux groupes de référence, cette question suscitait davantage d'opinions divergentes. Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec diligence, car environ 40 % des participants n'ont pas répondu aux questions.

De 60 % à 75 % des représentants nationaux et régionaux ont répondu à diverses questions touchant la viabilité des projets pilotes. Selon les réponses des participants, ces derniers croient que la mise en place d'une infrastructure de gestion de la santé, la possibilité d'embaucher des dispensateurs de services clés, l'importance de la taille de la population, la proximité des collectivités et l'appui des intervenants locaux en matière de santé ont une incidence positive sur les projets pilotes. De nombreuses personnes ignoraient quelles seraient les conséquences du transfert antérieur des services de santé communautaire sur la viabilité des projets. Ces résultats doivent également être interprétés avec diligence, car une proportion relativement importante des personnes interrogées n'a pas répondu aux questions.

Globalement, voici, selon les répondants, les principaux facteurs qui ont contribué à l'interruption de la plupart des projets pilotes : l'absence de ressources adéquates (y compris sur les plans du délai, des moyens, des effectifs et du financement); la volonté des intervenants et leur capacité apparente d'assumer la responsabilité d'une partie des services de santé non assurés (notamment les services dentaires et les services pharmaceutiques); la volonté des intervenants et

leur capacité apparente d'assurer des services à l'ensemble de la population cible; la complexité de certains projets pilotes et les préoccupations relatives aux répercussions d'un ou de plusieurs services de santé non assurés sur le processus de règlement de traités.

Les répondants ont déclaré que l'augmentation des ressources aurait pu améliorer les chances de réussite des projets pilotes. Les représentants nationaux et régionaux des Premières nations et des Inuits ont souligné que l'accroissement du financement (particulièrement sur le plan de l'administration), du nombre de politiques et de l'appui de Santé Canada (aux échelons régional et national) aurait pu influencer d'une manière favorable sur la réussite des projets pilotes. Les représentants nationaux et régionaux de Santé Canada ont observé que le renforcement de la formation et du soutien, l'automatisation du traitement des demandes de règlement, l'accroissement de l'information touchant le Programme des SSNA et sa complexité et l'accroissement du financement et du délai d'exécution des projets pilotes auraient pu favoriser les chances de réussite des projets. Les représentants de Santé Canada et ceux des Premières nations et des Inuits semblaient croire que l'annulation de la plupart des projets pilotes avait eu des conséquences néfastes.

En ce qui concerne les principales questions qui pourraient avoir une incidence sur le transfert du contrôle des SSNA aux Premières nations et aux Inuits, les répondants ont souligné les facteurs suivants : le programme du gouvernement en place; l'accessibilité à des fonds suffisants et la reconnaissance des conséquences éventuelles à long terme du transfert des SSNA sur les Premières nations et les Inuits et sur Santé Canada. Les participants ont observé que l'on pourrait utiliser plusieurs options pour les besoins du transfert des services de santé non assurés. De plus, ils ont affirmé qu'on devrait envisager la possibilité de transférer une partie seulement des services de santé non assurés (par exemple, le transport pour raison médicale, l'équipement médical et les fournitures médicales, et les services d'intervention en cas de crise).

4.3 Résultats du groupe 2 – Premières nations et Inuits administrant un projet pilote

Le groupe 2 réunissait des représentants des organisations des Premières nations et des Inuits qui avaient demandé – et obtenu - des fonds en vue d'un projet pilote des SSNA, mais qui avaient ensuite conclu un accord de contribution (c'est-à-dire les emplacements pilotes antérieurs). Nous avons consulté ce groupe afin de connaître les éléments efficaces et les aspects inefficaces des projets antérieurs et de définir les questions qui doivent être examinées si l'on décide de mener d'autres projets pilotes des SSNA⁴¹. Nous avons réalisé 13 entrevues auprès d'un total de 20 personnes.

Les emplacements pilotes antérieurs qui ont participé à la présente évaluation se distinguaient sur les plans de la taille, du lieu, de la population cible et du type de services de santé non assurés faisant l'objet du projet pilote. Néanmoins, les emplacements de projets antérieurs présentaient plusieurs similitudes. Par exemple, les représentants de tous les emplacements jugeaient qu'il était important que les services de santé non assurés soient administrés localement par les Premières nations et les Inuits. Les répondants ont observé que les membres du personnel local connaissaient mieux les besoins et les services appropriés aux

⁴¹ Nous n'avons pas communiqué avec les représentants de la Première nation crie de Bigstone dans le cadre de cette étape, car le projet pilote des SSNA de Bigstone est examiné en détail à la troisième étape.

membres des collectivités locales que le personnel de Santé Canada. En outre, ils ont souligné que la prestation locale de certains services pouvait être plus rapide et plus fiable, et ainsi accroître l'accès aux services. De plus, on peut renforcer les capacités locales, ce qui peut avoir une incidence favorable sur la collectivité en général. Qui plus est, les Premières nations et les Inuits sont en mesure d'assumer la responsabilité de leurs propres collectivités. (De plus, nombre d'avantages perçus justifiaient, au départ, l'intérêt des emplacements pilotes à mener un projet.) Toutefois, les répondants ont également souligné (probablement compte tenu de leur expérience de la mise en œuvre d'un projet pilote) que le transfert de l'administration des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits à l'échelon local comportait un certain nombre d'inconvénients, y compris des préoccupations liées aux facteurs suivants : le caractère suffisant du financement et des renseignements (par exemple, les renseignements historiques, les renseignements relatifs aux services de santé non assurés en général, aux politiques et aux modifications apportées au Programme); la présence d'effectifs ayant reçu une formation appropriée; l'accessibilité à des programmes et à des systèmes informatiques efficaces pour les besoins de l'administration des services; la nécessité d'appliquer des règlements qui ne conviennent pas nécessairement au contexte local et la nécessité d'avoir l'appui de Santé Canada.

Les similitudes entre les projets pilotes antérieurs révèlent que la taille de la population et le lieu n'influaient pas nécessairement sur l'administration locale des services de santé non assurés. Cependant, certains participants ont formulé des commentaires qui donnent à croire que la taille pourrait jouer un rôle important. Par exemple, les répondants ont observé que, en règle générale, les services de santé non assurés devraient être dispensés localement par les Premières nations et les Inuits. Toutefois, on a reconnu qu'il peut y avoir lieu d'assurer localement l'administration de certains services (notamment les services de transport pour raison médicale et les soins de la vue) (indépendamment de la taille de la population), car on peut ainsi réaliser assez aisément des économies de coûts en faisant preuve d'innovation. Toutefois, les collectivités de taille plus importante devraient peut-être rentabiliser les services plus complexes (par exemple, les services dentaires et les services pharmaceutiques).

La plupart des emplacements pilotes antérieurs sont revenus à la formule de l'accord de contribution⁴². Plusieurs facteurs semblent justifier ce fait. Les responsables de certains projets souhaitaient peut-être poursuivre leurs activités, mais n'étaient pas en mesure de le faire car Santé Canada jugeait que leur projet n'était pas réalisable. Les administrateurs des projets de ce groupe ne semblaient pas toujours comprendre les motifs qui avaient entraîné l'annulation de leur projet. D'autres ont choisi d'annuler leur projet pilote à cause de préoccupations liées aux facteurs suivants : attente relative à l'administration de l'ensemble des services de santé non assurés; disponibilité de fonds suffisants et population suffisante.

L'annulation de la majorité des projets pilotes ne doit pas nécessairement être perçue d'un point de vue négatif. Plusieurs secteurs ont été améliorés pendant la durée des projets pilotes, et les améliorations demeurent applicables en vertu des accords de contribution. Les représentants d'environ 80 % des emplacements pilotes antérieurs ont déclaré que leur système

⁴² Ainsi que nous le précisons au début, 13 des 15 projets pilotes sont revenus à la formule de l'accord de contribution. Un projet récemment annulé n'est pas revenu à la formule de l'accord de contribution pour le moment. L'autre projet est toujours en vigueur.

de prestation des SSNA s'était révélé très efficace. Les répondants ont souligné l'accroissement de l'efficacité dans certains secteurs, l'élaboration de mesures de contrôle de la qualité et l'utilisation de diverses méthodes pour fournir aux membres des renseignements relatifs aux services de santé non assurés.

Les représentants des emplacements pilotes antérieurs jugeaient que, d'une manière générale, l'annulation de la plupart des projets pilotes avait eu une incidence néfaste. Lorsque nous leur avons demandé si d'autres projets pilotes devraient être mis en œuvre ultérieurement, certains participants ont répondu « oui » et d'autres, « non ». Certains répondants ont affirmé que l'on pourrait utiliser les projets pilotes pour essayer divers moyens de répondre aux besoins de la collectivité. D'autres ont souligné leur préférence relative au transfert des services de santé non assurés à l'échelon local. Les répondants ont mentionné plusieurs options pour le transfert des services. Tout comme les répondants nationaux et régionaux du groupe 1, les répondants du groupe 2 croient qu'on devrait envisager la possibilité de transférer une partie seulement des services de santé non assurés (par exemple, les services de transport pour raison médicale). Les membres du groupe 2 croient également qu'on devrait établir des partenariats à divers niveaux et entre divers organisations.

4.4 Résultats des entrevues du groupe 3 – Premières nations et Inuits qui voulaient mener un projet pilote

Le groupe 3 était composé de représentants des Premières nations qui avaient présenté une demande de financement en vue d'un projet pilote des SSNA, mais qui s'étaient vu refuser les fonds. Nous avons consulté ce groupe afin de connaître les motifs pour lesquels certaines Premières nations veulent mener un projet pilote des SSNA et les facteurs qui peuvent déterminer qu'elles soient ou non en mesure de le faire. Seules trois Premières nations faisaient partie de ce groupe⁴³. Deux d'entre elles seulement ont participé à l'étude. Nous ignorons dans quelle mesure ces dernières représentent l'ensemble des organisations qui correspondent à ce groupe. Néanmoins, les Premières nations qui ont participé à l'étude ont fourni quelques points de vue utiles. Nous avons mené deux entrevues auprès d'un total de quatre personnes.

Les deux Premières nations ont déclaré qu'elles avaient souhaité mettre en œuvre un projet pilote des SSNA parce qu'elles y voyaient une possibilité de renforcer leurs ressources et de donner un ordre de priorité à leurs activités et à leurs moyens. Les deux organisations croyaient avoir rédigé une proposition valable en vue d'un projet pilote des SSNA, selon leur connaissance de leur situation locale, et elles se jugeaient prêtes à administrer les services de santé non assurés à l'échelle locale.

Les répondants considéraient la connaissance de la situation locale comme un avantage lié à l'administration des services de santé non assurés par les Premières nations. Ils percevaient

⁴³ Afin de cibler les collectivités, les conseils tribaux, les commissions sanitaires et les organismes semblables qui pourraient faire partie de ce groupe, les préposés à la recherche ont communiqué avec des employés du projet au sein de la DGSPNI et de l'APN. Apparemment, bien qu'au moins une liste ait pu exister à un moment donné, on n'était pas en mesure de la fournir aux demandeurs. Les préposés à la recherche ont également communiqué avec les gestionnaires et les directeurs régionaux des SSNA et les personnes-ressources des emplacements pilotes. Cependant, une fois de plus, ils ont éprouvé de la difficulté à obtenir les renseignements nécessaires.

cependant comme un inconvénient la nécessité de travailler selon un cadre structuré de projet pilote (considéré comme rigide). Les deux Premières nations du groupe croyaient que l'administration des services de santé non assurés par les Premières nations pourrait contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de la prestation des services de santé communautaire.

Lorsque nous leur avons demandé leurs recommandations en vue de l'amélioration du processus de réalisation des projets pilotes, les répondants ont mentionné les aspects financiers des projets et les besoins de logiciels informatiques. En outre, ils ont soulevé plusieurs questions touchant l'avenir du Programme des SSNA, dont bon nombre avaient trait au financement.

4.5 Résultats des entrevues du groupe 4 – Premières nations qui fournissent l'ensemble des services de santé non assurés

Le groupe 4 était composé de représentants des Premières nations qui fournissaient l'ensemble des services de santé non assurés, mais qui ne menaient pas de projet pilote. Nous avons consulté ce groupe afin de connaître les avantages et les obstacles qu'avaient connus les Premières nations dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un programme local de services de santé non assurés. Le groupe comptait deux Premières nations seulement : le Conseil des Mohawks d'Akwesasne, du Québec, et la nation Nisga'a, de la Colombie-Britannique. Nous avons réalisé deux entrevues auprès de quatre personnes.

Les collectivités d'Akwesasne et de Nisga'a sont très différentes l'une de l'autre des points de vue de leur emplacement et de la taille de la population qui bénéficie des services. Cependant, les deux Premières nations présentaient également un certain nombre de similitudes. Par exemple, jugeaient que les services de santé non assurés devaient être fournis localement, pour les motifs suivants : on est plus familiarisé avec les enjeux locaux; la clientèle et les administrateurs sont plus en mesure d'entretenir un rapport plus efficace, et la collectivité est susceptible de tirer des avantages économiques car on peut embaucher des membres de la population locale pour administrer le programme. De plus, les Premières nations d'Akwesasne et de Nisga'a croient que l'administration locale des services de santé non assurés, par les Premières nations, peut contribuer à améliorer l'état de santé et à renforcer la prestation des services de santé communautaire, en raison des facteurs suivants : la possibilité de surveiller de plus près l'état de santé, l'intervention précoce en vue de répondre aux besoins en matière de santé et l'élaboration de programmes de prévention et d'autres initiatives afin de répondre aux besoins ou de les réduire. Les répondants des nations d'Akwesasne et Nisga'a ont déclaré qu'ils avaient connu ces avantages. En outre, les représentants des deux Premières nations jugeaient que les aspects suivants s'étaient améliorés grâce à l'administration locale : l'accès des clients aux services de santé non assurés; la communication entre le personnel local des SSNA et les membres de la collectivité; la communication entre les employés locaux des SSNA et les dispensateurs de services; le versement en temps opportun des paiements aux dispensateurs de services; la rentabilité et l'efficacité générale des SSNA et le traitement des problèmes et des préoccupations.

Les deux groupes ont également souligné certains obstacles auxquels ils s'étaient heurtés dans le cadre de l'administration du Programme des SSNA. Par exemple, les Premières nations d'Akwesasne et de Nisga'a ont affirmé qu'il fallait disposer de renseignements pertinents

touchant le Programme, particulièrement en ce qui concerne les politiques et les procédures en vigueur. Elles ont également souligné la nécessité de fonds suffisants en vue de la prestation des services de santé non assurés, de même que sur les plans de l'administration, de la formation du personnel et des ressources (notamment les locaux à bureaux, les ordinateurs et les logiciels).

4.6 Résultats des entrevues du groupe 5 – Premières nations de la Saskatchewan

Le groupe 5 réunissait des représentants des Premières nations de la Saskatchewan. Nous avons consulté ce groupe afin de comprendre les facteurs pour lesquels aucune Première nation de la province n'avait demandé de fonds en vue d'un projet pilote des SSNA. Nous avons réalisé quatre entrevues auprès de dix-huit personnes.

Collectivement, les Premières nations de la Saskatchewan ont choisi de ne pas présenter de demande de financement de projet pilote des SSNA, et ce, en raison de trois préoccupations majeures : elles craignaient que le financement ne suffise pas à l'administration des projets, que les projets soient tenus de respecter les politiques relatives aux SSNA, qui étaient jugées (elles le sont toujours) très rigides et que leur participation à un projet pilote influe sur l'obligation du gouvernement fédéral d'assumer les coûts de l'ensemble des services de santé destinés aux Premières nations et aux Inuits en fonction du besoin, plutôt que selon une formule financière.

Bien qu'elles n'aient pas participé aux projets pilotes des SSNA, les Premières nations de la Saskatchewan qui ont collaboré à l'étude jugeaient que les services de santé non assurés devaient être administrés par les Premières nations. Les participants percevaient les avantages suivants : le statut de « propriétaires » et de responsables des services des Premières nations; la capacité de mettre en œuvre des politiques souples qui illustrent la situation locale et la possibilité de confier l'administration du Programme à des membres de la collectivité locale. Au chapitre des inconvénients perçus, notons l'absence de fonds suffisants, de politiques souples et d'une expertise et de capacités suffisantes (à l'heure actuelle) pour exécuter le Programme au sein de nombreuses collectivités. De plus, les Premières nations de la Saskatchewan croyaient que l'administration des services de santé non assurés par les Premières nations pourrait contribuer à améliorer l'état de santé et à rehausser la prestation des services de santé communautaire, compte tenu de la possibilité de renforcer l'intégration des services de santé non assurés aux autres services de santé et du fait que les employés pourraient répondre plus rapidement, et d'une manière plus appropriée, au besoin de ce type de services.

Les répondants du groupe jugeaient que, globalement, l'annulation de la plupart des projets pilotes avait eu des conséquences défavorables. Lorsque nous leur avons demandé s'il y avait lieu de mettre en œuvre d'autres projets pilotes ultérieurement, les représentants des Premières nations de la Saskatchewan ont affirmé qu'il fallait à cette fin améliorer le financement et accroître la souplesse en ce qui a trait à l'application des politiques. De plus, les répondants ont souligné la nécessité d'examiner le système global des SSNA. Ils ont affirmé que les modèles axés sur l'exécution du Programme des SSNA par les Premières nations devaient être adaptés à la situation de chaque province et de chaque bande, conseil tribal, autorité sanitaire, etc.

5. PRINCIPAUX POINTS DU RAPPORT RELATIF À L'ENQUÊTE ADMINISTRATIVE ANNUELLE

5.1 Introduction

Le présent chapitre met en évidence les résultats de l'enquête administrative annuelle menée auprès des coordonnateurs des projets pilotes et des coordonnateurs régionaux de projets pilotes de la DGSPNI de deux organisations chargées de l'administration de projets pilotes : le Southeast Resource Development Council (SERDC) du Manitoba et la Première nation crie de Bigstone, de l'Alberta⁴⁴. Il convient de noter que, même si l'enquête est censée être menée annuellement, on l'administrerait pour la première fois au SERDC (bien que le projet pilote de l'organisation se déroule depuis moins d'un an) et pour la deuxième fois seulement à la Première nation de Bigstone (celle-ci a participé une première fois à l'enquête dans le cadre de la deuxième évaluation de son projet pilote).

5.2 Résultats de l'enquête auprès du SERDC

Les administrateurs du projet pilote du SERDC et la DGSPNI divergeaient d'opinion en ce qui concerne plusieurs aspects de la mise en œuvre et de l'exécution du projet pilote. Par exemple, ils ne s'entendaient pas sur des questions élémentaires, notamment sur la nécessité ou l'inutilité du projet parmi les collectivités, sur le fait que les objectifs du projet avaient ou non été atteints, sur l'option de gestion retenue et sur l'amélioration – ou non – de l'accès des clients aux indemnités et aux services de santé non assurés depuis que le SERDC assumait l'administration des services. Il semblait exister un certain désaccord entre les administrateurs du projet pilote du SERDC et la DGSPNI, entre les administrateurs du projet et les administrateurs et les dirigeants du conseil tribal du SERDC et entre les administrateurs du projet et certains dispensateurs de services et groupes de fournisseurs.

Les représentants du projet pilote du SERDC et de la DGSPNI ont soulevé la question de savoir si le SERDC était en mesure de procéder avec succès au transfert des services de santé non assurés. Des problèmes de financement et de liquidités semblaient poser des obstacles considérables à la mise en œuvre et à l'exploitation fructueuses du projet pilote. En outre, il semble que l'on aurait dû assurer une formation plus complète au personnel des services de première ligne et renforcer les capacités avant la mise en œuvre du projet pilote. Les participants ont reconnu que les modalités, les conditions et les dispositions en matière de financement et de trésorerie auraient dû être définis d'une manière plus précise avant le démarrage du projet et respectées tout au long de son exécution.

Selon le personnel du projet pilote du SERDC, les facteurs suivants ont eu une incidence importante sur le projet pilote : l'absence quasi totale de soutien de la DGSPNI; l'absence de soutien des administrateurs, et de certains dirigeants du SERDC et le caractère inapproprié des dispositions de financement et de trésorerie. Du point de vue de la DGSPNI, les principaux facteurs ayant influé sur le projet pilote étaient liés à l'absence des capacités nécessaires, parmi le personnel du projet pilote du SERDC, pour assurer efficacement les services; l'absence de

⁴⁴ Le personnel national de la DGSPNI avait précisé que l'enquête administrative annuelle devait être menée dans ces deux emplacements pilotes dans le cadre de l'évaluation.

compétences et de connaissances touchant l'administration des services, parmi les gestionnaires du projet et le personnel du programme; l'absence de communication avec les membres de la collectivité et leur exclusion du processus; les problèmes de liquidités; les conséquences de l'élaboration d'un « guichet unique » et le délai insuffisant pour le renforcement des capacités du personnel des services de première ligne et la mise en œuvre du projet pilote.

5.3 Résultats relatifs à la Première nation crie de Bigstone

Le projet pilote de la Première nation crie de Bigstone se caractérisait par une relation solide et axée sur la collaboration entre la Bigstone Health Commission et le bureau régional de la DGSPNI. Les responsables du projet pilote de Bigstone et la DGSPNI s'entendaient largement quant aux réalisations et aux réussites du projet pilote et aux obstacles permanents auxquels il faisait face.

Les participants jugeaient que le projet pilote atteignant le but général de la prestation des services de santé non assurés d'une manière efficace, efficiente et appropriée. Cependant, les représentants du projet pilote de Bigstone croyaient que, en général, les projets pilotes des SSNA devaient mettre davantage l'accent sur la relation entre les interventions de programme des SSNA et les résultats sur le plan de la santé. Les représentants du projet pilote et ceux de la DGSPNI croyaient que la prestation des services à la clientèle s'était améliorée au cours du projet pilote. Les répondants croyaient également que le projet était essentiel à la Première nation crie de Bigstone et que certains services de santé non assurés devaient être administrés localement.

Une bonne part de la réussite du projet pilote de Bigstone semble découler de l'appui reçu du bureau régional de la DGSPNI, de l'expertise offerte par les employés compétents de la Direction générale et du soutien et de l'engagement manifestés par les dirigeants de la Première nation. Les répondants étaient largement satisfaits de l'appui du bureau régional de la DGSPNI à l'égard du projet pilote. Les représentants du projet pilote et de la DGSPNI jugeaient que la structure de gestion s'était révélée souple, viable, efficiente, efficace et satisfaisante.

Les représentants du projet pilote de Bigstone croyaient que l'on n'avait pas suffisamment pris en compte les coûts ni les autres facteurs ayant une incidence sur l'administration des services de santé non assurés. Ils ont observé que le budget ne tenait pas compte de l'inflation générale, ni de la hausse des coûts et des prix.

Les représentants de la Première nation de Bigstone et de la DGSPNI jugeaient que le projet pilote bénéficiait de ressources techniques suffisantes pour faciliter l'administration des services; en outre, les deux parties étaient modérément satisfaites du caractère approprié des ressources humaines disponibles en vue de la prestation des services. Les représentants de la DGSPNI croyaient que l'on devrait accroître la formation du personnel afin de prendre en compte le roulement du personnel. Les représentants du projet pilote de Bigstone ont souligné que leur collectivité disposait d'un bassin important de ressources humaines accessibles (notamment le chef et le conseil de bande, la Bigstone Health Commission, les consultants, et le personnel de la DGSPNI), mais qu'ils devaient élaborer leurs propres capacités locales.

Les répondants jugeaient que le projet pilote avait été influencé par plusieurs facteurs externes, y compris l'inflation générale et l'augmentation des coûts et des prix, la réorientation des priorités et de la gestion de la Bigstone Health Commission, le renouvellement des effectifs de la DGSPNI et les nouvelles lois sur le respect de la vie privée qui exigeaient la modification des approches en matière de consentement.

Les représentants du projet pilote de Bigstone et de la DGSPNI croyaient que l'on disposait de capacités suffisantes pour mener le projet pilote. Ils croyaient également qu'il faut assurer une formation continue, afin de planifier le renouvellement du personnel et l'expansion du programme, et exploiter des compétences et des connaissances nouvelles ou perfectionnées dans certains secteurs, notamment la tenue de dossiers électroniques, l'examen de l'utilisation et l'évaluation des résultats.

Les participants ont proposé que l'on examine les objectifs du projet pilote pour s'assurer qu'ils sont précis et raisonnables; de plus, ils croient que les délais d'élaboration et de mise en œuvre devraient être passablement prolongés et que l'on devrait renforcer les processus de surveillance et d'évaluation des résultats pour tous les programmes de santé des Premières nations.

5.4 Renseignements relatifs au processus de réalisation des projets pilotes des SSNA

Les renseignements fournis par les coordonnateurs associés aux projets pilotes du SERDC et de la Première nation crie de Bigstone ont permis d'acquérir une connaissance plus approfondie du processus de réalisation des projets pilotes des SSNA, notamment :

- l'importance d'une relation de travail solide entre le personnel du projet pilote et la DGSPNI;
- l'importance de l'accessibilité à une expertise technique permanente en ce qui concerne l'élaboration, la mise en œuvre et l'administration des systèmes de prestation de services;
- la nécessité de l'engagement et de l'appui entiers des dirigeants de l'organisation des Premières nations et des Inuits qui participe au projet pilote à l'égard du projet (y compris le personnel de programme et l'équipe de gestion);
- la nécessité d'un renforcement considérable des capacités avant la mise en œuvre du projet;
- l'importance de veiller à ce que les membres de la collectivité soient avisés de tous les aspects du Programme des SSNA, y compris les types de services accessibles et les procédures à suivre pour les obtenir;
- la nécessité de mettre davantage l'accent sur l'évaluation de la relation entre les interventions liées aux SSNA et les résultats sur le plan de la santé communautaire dans le contexte global des projets pilotes des SSNA;

- la nécessité d'examiner le caractère approprié du financement affecté à l'administration du Programme, à la formation initiale et continue et au renforcement des capacités, à l'équipement et aux autres immobilisations secondaires, au contrôle de la qualité, à l'inflation générale et à l'augmentation des prix et des volumes et à la trésorerie du projet en général;
- la nécessité de disposer d'effectifs, dans les bureaux régionaux de la DGSPNI, qui connaissent le Programme des SSNA et sont prêts à collaborer à la mise en œuvre de projets pilotes des SSNA;
- la nécessité d'établir des délais pratiques pour le projet pour permettre aux Premières nations (et aux Inuits) d'assurer le contrôle à leur rythme et selon leur propre échéancier.

6. PRINCIPAUX POINTS DE LA TROISIÈME ÉTAPE – EXAMEN APPROFONDI DU PROJET PILOTE DE LA PREMIÈRE NATION CRIE DE BIGSTONE

6.1 Introduction

Le présent chapitre expose les principaux points de la troisième étape de l'évaluation. Cette étape comportait un examen des documents relatifs au projet pilote de la Première nation crie de Bigstone, des visites à l'emplacement pilote ainsi que des entrevues et des enquêtes auprès des intervenants clés, afin d'évaluer le déroulement du projet pilote des SSNA de divers points de vue.

Nous avons mené les entrevues et les enquêtes auprès de quatre groupes d'intervenants clés. Le groupe 1 comptait des dirigeants, des coordonnateurs du projet et des consultants qui ont participé activement à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet pilote au sein de la nation crie de Bigstone. Ce groupe comportait des représentants de la Bigstone Health Commission et du bureau régional de Santé Canada. Le groupe 2 était composé de membres du personnel de la Bigstone Health Commission. Il s'agissait, pour une bonne part, d'administrateurs des divers secteurs de services; en outre, tous, sauf un, collaboraient au programme des SSNA de Bigstone depuis deux ans ou moins. Le groupe 3 réunissait des personnes et des organisations qui offrent des services de santé non assurés aux membres de la Première nation crie de Bigstone. Les dispensateurs des services représentaient tous les secteurs de services, sauf celui des services d'intervention en cas de crise. Le groupe 4 était composé de membres de la Première nation crie de Bigstone (des clients) qui avaient utilisé des services de santé non assurés au cours de l'année précédente. Ce groupe rassemblait des membres de toutes les collectivités qui obtiennent des services de santé de la Première nation de Bigstone. Nous avons élaboré des calendriers d'entrevues distincts pour chacun des groupes de répondants. Cependant, nous avons posé une série de questions semblables dans le cadre de chaque volet d'entrevues, afin de pouvoir établir des comparaisons entre les groupes.

6.2 Projet pilote des SSNA de la Première nation crie de Bigstone

La Première nation crie de Bigstone est établie dans le centre-nord de l'Alberta. Le territoire traditionnel de Bigstone regroupe plusieurs collectivités; cependant, il relève d'une structure administrative unique. En novembre 2004, la Première nation crie de Bigstone comptait une population inscrite de 6 324 personnes.

En 2001, la Première nation crie de Bigstone a constitué en société la Bigstone Health Commission, à titre d'organisme sans but lucratif. La vision de la Commission consiste à améliorer la qualité de vie des membres de la Première nation crie de Bigstone et des autres personnes qui résident dans le territoire traditionnel de Bigstone. La Bigstone Health Commission effectue actuellement des démarches en vue d'assumer la responsabilité des services de santé financés par le gouvernement fédéral et destinés aux membres de la Première nation crie de Bigstone. La Commission participe à un certain nombre de projets, outre le projet pilote des SSNA. Elle amorce des préparatifs en vue du transfert des services de santé, fait partie des emplacements de projets de démonstration intégrés de la DGSPNI et participe à une initiative axée sur les soins de santé primaires de concert avec la région sanitaire locale.

La Première nation crie de Bigstone a assumé graduellement la responsabilité de divers services de santé non assurés; elle exerce actuellement un contrôle administratif complet sur l'ensemble des secteurs de services, sauf celui des services d'intervention en cas de crise (la gestion administrative de ce secteur relève du bureau régional de Santé Canada). On administre les services à l'intention de tous les membres de la Première nation crie de Bigstone, quel que soit le lieu où ils se trouvent au Canada. La majeure partie des politiques, des procédures et des lignes directrices en matière de remboursement et d'appel de Santé Canada sont respectées. Toutefois, il semble exister des différences importantes entre le programme des SSNA de la Bigstone Health Commission et le Programme des SSNA de Santé Canada. Ces différences illustrent la manière dont un programme national peut être adapté aux besoins des membres d'une collectivité locale.

Les préposés à la recherche croient savoir que le projet pilote des SSNA de Bigstone est exploité selon les limites du budget chaque année et qu'aucune modification n'a dû être apportée à cette fin. La Bigstone Health Commission réussit à retenir les fonds excédentaires à la fin de l'exercice (plutôt que de les remettre comme on le fait normalement en vertu d'un accord de contribution). Il s'agit d'un point important, car il incite la Bigstone Health Commission à réaliser des économies de coûts dans le cadre de son programme des SSNA et à appliquer l'excédent d'un ou de plusieurs exercices aux dépassements de coûts au cours d'exercices ultérieurs et à d'autres programmes de santé.

6.3 Résultats des entrevues de dirigeants, de coordonnateurs du projet, de consultants et d'employés

Un projet pilote des SSNA ne peut être élaboré, et les services de santé non assurés ne peuvent être administrés localement sans l'intérêt et l'engagement d'une Première nation et l'appui du bureau régional de Santé Canada. Une fois qu'un projet pilote a été élaboré, les effectifs entrent en jeu pour veiller à ce que les personnes respectent les critères d'admissibilité, traiter les demandes de paiement de services de santé non assurés, etc. Au cours de cette étape, nous avons interrogé des membres des groupes 1 et 2 (c'est-à-dire, les dirigeants, les coordonnateurs de projet, les consultants et les employés). Nous avons interviewé un total de quatorze personnes (soit sept représentants de chaque groupe). Toutes les entrevues ont été réalisées en personne. Les entrevues de dirigeants, de coordonnateurs de projets et de consultants duraient de une heure et demie à deux heures. Celles des employés duraient de une heure à une heure et demie.

En ce qui concerne le projet pilote des SSNA de la Première nation crie de Bigstone, une relation très constructive s'est établie entre le personnel de la Bigstone Health Commission et le bureau régional de Santé Canada. Bien que la relation entre l'organisation et le bureau régional de Santé Canada ait évolué au fil du temps, elle a joué un rôle critique dans l'élaboration et l'expansion du projet pilote. Au début, le bureau régional intervenait beaucoup sur les plans de la formation, du soutien, etc. Bien que ces activités aient toujours lieu dans une certaine mesure, le personnel du bureau régional semble jouer davantage un rôle de personne-ressource, à mesure que les employés de la Bigstone Health Commission assument eux-mêmes l'administration des services de santé non assurés.

La formation du personnel des services de première ligne dans le cadre du Programme des SSNA relevait d'un effort concerté de la Première nation crie de Bigstone et du bureau régional de Santé Canada. Toutefois, la plupart des employés jugeaient que la formation n'était pas suffisante. Cette constatation peut illustrer le fait que l'administration des services de santé non assurés est très complexe et technique, que l'on continue d'apporter des modifications à l'échelle nationale et que les produits de certains secteurs de services (notamment celui de l'équipement médical et des fournitures médicales) continuent d'évoluer. Les répondants ont observé que la formation devait être assurée d'une manière continue.

Globalement, les dirigeants, les coordonnateurs de projet, les consultants et les employés croyaient que l'administration des services de santé non assurés était demeurée telle quelle ou qu'elle s'était améliorée depuis que la Première nation de Bigstone en assumait la responsabilité. Cette constatation donne à croire que le transfert de l'administration des services n'a pas eu d'incidence défavorable. Les répondants ont formulé des remarques favorables quant à l'accroissement de l'accessibilité et de la souplesse auprès des dispensateurs de services, à la possibilité de partager les coûts avec le système provincial et la capacité de partager des renseignements et des données avec la région sanitaire afin d'améliorer l'état de santé des membres de la collectivité.

Les dirigeants, les coordonnateurs de projet et les consultants jugeaient que le financement du projet pilote était insuffisant. De plus, ils ont souligné que, bien que le projet pilote soit en vigueur depuis un certain temps et que la Première nation de Bigstone puisse retenir les fonds excédentaires, une « crise » sur le plan du financement aurait de graves conséquences sur la capacité de la Bigstone Health Commission d'administrer les services. Les réponses des employés étaient plus hétérogènes en ce qui a trait au caractère approprié du financement.

L'ensemble des employés participants se sont dits satisfaits des processus de traitement des demandes de paiement et de règlement des factures élaborés par la Première nation de Bigstone, bien que plusieurs d'entre eux aient souligné que de nombreuses factures étaient traitées manuellement, ce qui peut exiger beaucoup de temps. Les dirigeants, les coordonnateurs du projet et les consultants ont observé que la Première nation mettait au point son propre logiciel dans plusieurs secteurs, afin d'améliorer le traitement des demandes de paiement et des factures. Même si les répondants ont reconnu qu'il s'agissait d'une activité coûteuse, ils croyaient également qu'en bout de ligne, elle entraînerait des économies de coûts.

Les dirigeants, les coordonnateurs du projet et les consultants, de même que les employés accordaient de l'importance à la communication avec les intervenants. La Première nation crie de Bigstone a utilisé de nombreuses approches pour communiquer des renseignements touchant le Programme des services de santé non assurés (y compris une réunion locale, la diffusion de renseignements par le biais d'une station locale de radio FM, la distribution d'un guide à l'ensemble des foyers, un bulletin d'information et des relations avec le personnel du Programme). Toutefois, les répondants jugeaient qu'il fallait accroître les démarches et ont proposé que l'on affiche des renseignements sur Internet, que des brochures soient rédigées à

l'intention des cliniques et des hôpitaux et que l'on organise un atelier afin de répondre aux questions des membres de la collectivité.

Les dirigeants, les coordonnateurs du projet et les consultants, de même que les employés ont souligné l'importance du rôle des dispensateurs de services locaux, notamment les dentistes et les pharmaciens. Les dirigeants, les coordonnateurs et les consultants ont reconnu que l'on peut éprouver beaucoup de difficulté à embaucher des dispensateurs locaux, principalement compte tenu du nombre de candidats disponibles.

Tous les répondants jugeaient qu'il était important que la Première nation de Bigstone fournisse des services de santé non assurés à ses membres. Ils ont observé que l'administration locale des services présentait de nombreux avantages, y compris la connaissance de la situation locale, la possibilité de surveiller les taux d'utilisation, etc. Les dirigeants, les coordonnateurs et les consultants ont souligné que l'information touchant l'utilisation des services de santé non assurés jouait un rôle critique dans la détermination des tendances qui permettaient de prendre des décisions éclairées en matière de politiques, de financement, de ressources et de programmes, et de réaliser la vision de la Bigstone Health Commission axée sur l'amélioration de la qualité de vie des membres de la Première nation et des autres résidents du territoire traditionnel de Bigstone.

6.4 Résultats de l'enquête auprès des dispensateurs de services de santé non assurés

Nous avons consulté des dispensateurs de services de santé non assurés (c.-à-d. les répondants du groupe 3) dans le cadre de l'étude afin de connaître leur point de vue quant au rendement du projet pilote des SSNA de Bigstone. Dix-huit dispensateurs de services ont rempli le questionnaire et l'on renvoyé par télécopieur aux préposés à la recherche. Sept autres dispensateurs n'ont pas rempli le questionnaire; cependant, ils ont fait part oralement de leurs commentaires aux préposés à la recherche.

Quelque 89 % des dispensateurs de services croyaient que l'administration des services de santé non assurés était demeurée telle quelle ou qu'elle s'était améliorée depuis que la Première nation de Bigstone en assumait la responsabilité. Ce résultat révèle que, pas plus que les dirigeants, les coordonnateurs du projet, les consultants et les employés, les dispensateurs de services n'ont subi de conséquences négatives du transfert de l'administration de Santé Canada à la Première nation crie de Bigstone.

La majorité (94 %) des dispensateurs de services étaient satisfaits des processus de traitement des demandes de paiement et de règlement des factures. Malgré leur satisfaction générale, les répondants ont formulé des suggestions spécifiques en vue d'améliorer les processus, y compris accroître l'accès pour les employés, utiliser un système électronique fonctionnel et fournir des renseignements précis au moment du règlement des factures.

En général, les dispensateurs croyaient que la Bigstone Health Commission leur avait fourni suffisamment de renseignements au sujet des politiques et des procédures relatives aux services de santé non assurés. Les personnes qui prétendaient ne pas avoir été suffisamment

informées représentaient le secteur des services de pharmacie; elles ont en outre souligné la nécessité de disposer de lignes directrices écrites ou d'un manuel. Cette constatation illustre peut-être la complexité de ce secteur de services de santé non assurés exerçant un contrôle administratif total sur ces services depuis moins de 12 mois.

Les dispensateurs de services ont souligné certains avantages que présente l'administration des services de santé non assurés par la Bigstone Health Commission, y compris le fait de pouvoir embaucher des employés locaux qui connaissent les besoins locaux et que les clients jouissent d'un meilleur accès aux services de santé. Les répondants ont également souligné certains inconvénients que comporte l'administration des services par la Bigstone Health Commission, y compris la confusion touchant les procédures de facturation, l'accroissement des aspects administratifs et les préoccupations relatives à la viabilité du programme.

La plupart (83 %) des répondants croyaient que le transfert de la responsabilité de l'administration des services de santé non assurés à la Bigstone Health Commission s'était révélé fructueux; les autres n'étaient pas du même avis. Certains participants ont souligné les crises de croissance, y compris les problèmes liés à la modification des procédures, à l'accès à l'information, à la compatibilité des systèmes et aux procédures de traitement des demandes de paiement; ils ont toutefois précisé que ces problèmes avaient été réglés. D'autres répondants ont soulevé des questions permanentes, notamment les connaissances des employés, l'opportunité des paiements et les problèmes de logiciels.

Les deux tiers des répondants (67 %) sont favorables à ce que la Bigstone Health Commission continue d'administrer les services de santé non assurés. Ce chiffre est important car, sans l'appui des dispensateurs de services, la Première nation de Bigstone pourrait difficilement continuer d'administrer les services.

On a invité les répondants à formuler des conseils à l'intention d'autres Premières nations qui pourraient envisager d'entreprendre des projets pilotes semblables, selon leur expérience (l'expérience des dispensateurs de services) de la collaboration avec la Bigstone Health Commission. Les répondants ont observé qu'il fallait être prêt à assumer l'administration des services de santé non assurés et que les employés devaient recevoir une formation appropriée; de plus, ils ont souligné l'importance de consulter des entreprises chevronnées en matière d'administration de régimes d'assurance.

6.5 Résultats des entrevues de clients

Il importe de recueillir les commentaires des clients (c'est-à-dire, les répondants du groupe 4), afin de connaître leur point de vue, à titre d'utilisateurs, en ce qui concerne l'administration et la prestation locales des services de santé non assurés. Nous avons mené des entrevues téléphoniques ou en personne auprès de 146 membres adultes de la Première nation crie de Bigstone qui avaient utilisé au moins un service de santé non assuré au cours des 12 mois précédents⁴⁵. Comme plusieurs questions du questionnaire s'appliquaient aux répondants et aux

⁴⁵ Les préposés à la recherche ont été autorisés à obtenir environ 150 questionnaires remplis. Le processus nécessitait environ 15 minutes.

membres de leur famille, nous croyons que les commentaires recueillis auprès de ces personnes illustrent l'expérience de plus de 146 membres de la Première nation de Bigstone. Nous avons interrogé des membres de la Première nation vivant dans la réserve et à l'extérieur de celle-ci (65 % des répondants vivaient dans la réserve et 35 %, à l'extérieur de celle-ci).

Selon l'un des critères d'admissibilité de l'étude, les clients devaient avoir utilisé au moins un service de santé non assuré dans les 12 mois précédents. Chaque personne avait utilisé, en moyenne, trois services au cours de cette période. Les services les plus couramment utilisés avaient trait aux médicaments d'ordonnance (utilisés par 95 % des répondants), aux services dentaires (utilisés par 62 % des répondants), aux soins de la vue (utilisés par 51 % des répondants) et au transport pour raison médicale (également utilisés par 51 % des répondants).

Les répondants vivant dans la réserve sont plus susceptibles d'utiliser des services de transport pour raison médicale que ceux qui vivent hors de la réserve (60 % comparativement à 35 %, respectivement)⁴⁶. Cette constatation est conforme au fait que certaines collectivités du territoire traditionnel de Bigstone ont un accès restreint à des services de santé au niveau local. Les répondants habitant hors de la réserve étaient plus susceptibles d'utiliser des services de soins de la vue et de soins dentaires que les personnes vivant dans la réserve (71 % des résidents hors de la réserve comparativement à 41 % des résidents des réserves, en ce qui concerne les soins de la vue, et 73 % des premiers comparativement à 57 % des seconds, en ce qui concerne les soins dentaires). Dans l'ensemble, les personnes de 55 à 64 ans utilisaient moins les services dentaires que les personnes de 25 à 44 ans ou que celles de 65 ans ou plus (29 % des 55 à 64 ans, 66 % des 25 à 34 ans, 73 % des 35 à 44 ans et 90 % des personnes de 65 ans ou plus). L'équipement médical et les fournitures médicales étaient utilisés davantage par les répondants séparés et veufs que par les personnes mariées ou vivant en union de fait ou par les célibataires (44 % des personnes séparées ou veuves (veufs), 20 % des personnes mariées ou vivant en union de fait et 6 % des célibataires). Les personnes de 55 ans ou plus utilisaient davantage l'équipement médical et les fournitures médicales que les personnes plus jeunes (54 % comparativement à 9 %, respectivement).

Bien que tous les membres de la Première nation de Bigstone (vivant dans la réserve et hors de celle-ci) aient reçu un exemplaire d'une brochure d'information générale sur le programme des SSNA de Bigstone, et que plusieurs autres méthodes de communication aient été utilisées pour les informer au sujet du programme, 62 % des clients participants à l'étude ont affirmé que la Bigstone Health Commission ne les avait pas suffisamment renseignés au sujet des indemnités et des services accessibles en vertu du programme des SSNA⁴⁷. Il faut toutefois noter que ces personnes connaissaient suffisamment le programme pour pouvoir obtenir des services de santé non assurés au moins une fois au cours de l'année. Bien que l'on puisse raisonnablement s'attendre à ce que les personnes vivant hors de la réserve se jugent moins

⁴⁶ Sur le plan statistique, tous les écarts comparatifs signalés dans la présente section sont assujettis à un coefficient maximal de 0,05, selon χ^2 .

⁴⁷ Les représentants de la Bigstone Health Commission ont affirmé que tous les membres de la Première nation crie de Bigstone (résidents de la réserve et personnes vivant hors réserve confondus) avaient reçu un exemplaire de la publication suivante : Bigstone Health Commission et Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada (nd). *Programme des services de santé non assurés – Information générale sur le programme*, Wabasca (Alb.) : Bigstone Health Commission. Il faut également noter que le site Internet de Santé Canada contient des renseignements semblables.

renseignées au sujet du programme des SSNA de Bigstone que les résidents de la réserve, nous n'avons pas fait de constatation en ce sens. Soixante et un pour cent des personnes qui jugeaient ne pas avoir reçu suffisamment de renseignements vivaient dans la réserve. De plus, en général, les personnes qui vivent dans la réserve ne se croient pas mal renseignées en ce qui concerne les services de santé non assurés; 71 % des personnes qui affirmaient avoir reçu suffisamment de renseignements au sujet des services habitaient la réserve. Quatre-vingt-deux pour cent des répondants qui jugeaient avoir reçu suffisamment de renseignements concernant les services de santé non assurés s'estimaient également suffisamment renseignés au sujet de la procédure à suivre pour obtenir ces services. Nous ignorons pourquoi certains répondants se disaient mal renseignés sur les services de santé non assurés (et sur la manière de les obtenir), alors que d'autres se disaient satisfaits. Nous ignorons également les renseignements supplémentaires qu'aimeraient obtenir les répondants en ce qui concerne les services ou la manière de les obtenir.

Malgré le fait que la plupart des répondants ne croyaient pas posséder suffisamment de renseignements au sujet des prestations et des services offerts en vertu du Programme des SSNA, ni sur la procédure à appliquer pour obtenir des services, la plupart (90 %) se sont dits satisfaits de l'administration des services.

Dans l'ensemble, relativement peu de répondants ont déclaré qu'eux-mêmes – ou des membres de leur famille – s'étaient vu refuser un service. Dans les 12 mois précédant l'étude, les répondants ont signalé un total de 54 refus (comparativement à 2 687 demandes de paiement de services). Les personnes vivant hors de la réserve se sont vu refuser des services pharmaceutiques plus fréquemment que les résidents de la réserve (18 % comparativement à 6 %, respectivement). On obtenait un rapport semblable entre les résidents de la réserve et les personnes vivant hors de la réserve pour tous les autres types de services. De plus on a refusé des médicaments d'ordonnance aux femmes plus fréquemment qu'aux hommes (14 % comparativement à 2 %, respectivement). La fréquence des refus des divers types de services ne variait pas selon l'âge ni l'état matrimonial.

La plupart des répondants (82 %) ne connaissaient pas le processus d'appel. Il est essentiel que les clients sachent qu'ils peuvent en appeler d'une décision touchant la prestation d'un service de santé non assuré, s'ils le souhaitent. Cependant, de nombreuses personnes ne prêtent pas nécessairement attention à la signification du processus jusqu'à ce qu'elles souhaitent s'en prévaloir. Il convient de noter que les renseignements relatifs au processus d'appel du projet de Bigstone se trouvent dans le livret d'information des SSNA. Les remarques ci-dessus relatives aux éléments connus des personnes et à ceux qu'elles souhaitent connaître s'appliquent également dans ce contexte.

Quelque 83 % des répondants ont affirmé que l'administration des services de santé non assurés était demeurée telle quelle ou s'était améliorée depuis la mise en œuvre du projet pilote des SSNA. Cette constatation est semblable à celle relative aux dirigeants, aux coordonnateurs du projet, aux consultants, aux employés et aux dispensateurs de services. Cependant, il faut également souligner que 17 % des clients jugeaient que l'administration des indemnités et des services était pire depuis la mise en œuvre du projet. Bien que l'on puisse raisonnablement s'attendre à ce que les personnes vivant hors de la réserve croient que l'administration des

services s'est empirée, tandis que les résidents de la réserve jugent qu'elle s'est améliorée ou qu'elle est demeurée inchangée, il n'en a pas été ainsi.

Globalement, 68 % des répondants jugeaient que le transfert de la responsabilité des services à la Bigstone Health Commission avait été fructueux, alors que 15 % croyaient l'inverse (le reste des répondants ne pouvait se prononcer). Les répondants vivant à la réserve et hors de la réserve partageaient le même point de vue en ce qui concerne le transfert de la responsabilité (34 % des répondants de la réserve et un pourcentage équivalent de résidents vivant hors de la réserve croyaient que le transfert s'était révélé de modérément à très fructueux).

Quelque 64 % des répondants ont affirmé qu'ils étaient favorables à ce que la Bigstone Health Commission continue d'administrer les services de santé non assurés, alors que 10 % étaient défavorables à cette mesure (les autres participants n'étaient pas en mesure de se prononcer). Les résidents de la réserve et les personnes vivant à l'extérieur de celle-ci partageaient le même avis quant à cet aspect du programme. Les personnes célibataires (82 %) étaient plus favorables à au maintien de l'administration des services de santé non assurés par la Bigstone Health Commission que les personnes mariées ou les conjoints de fait (60 %), ou encore que les personnes séparées, divorcées ou veuves (veufs) (33 %). Le tiers environ des personnes mariées ou vivant en union de fait ou séparées, divorcées ou veuves (veufs) n'étaient pas en mesure de se prononcer sur cette question.

Les personnes qui ont exprimé des critiques quant au transfert de la responsabilité des services de santé non assurés à la Bigstone Health Commission ont remis en question les compétences du personnel. De plus, elles ont observé que les règlements relatifs à la prestation des services étaient plus stricts. Les répondants ayant une perspective plus favorable du transfert appuyaient l'administration locale du programme; jugeaient que les employés étaient en mesure d'accomplir la tâche; croyaient qu'il était plus facile d'obtenir des réponses à ses questions à l'échelon local et ont souligné que les effectifs locaux pouvait communiquer en cri. Les deux groupes de répondants ont exprimé des préoccupations quant à la viabilité financière du programme.

ANALYSE

7.1 Introduction

La présente évaluation avait pour objet de formuler des commentaires au sujet de la transférabilité future du Programme des services de santé non assurés (SSNA) aux Premières nations et aux Inuits.⁴⁸ Les conclusions de chacune des phases de l'évaluation étaient similaires, et ce, en dépit des différentes méthodologies employées.

7.1.1 Principales questions de recherche

Ce chapitre comprend une analyse des leçons tirées des projets pilotes antérieurs ainsi qu'une analyse des questions de gestion relatives à l'exécution du Programme des SSNA. Voici les principales questions de recherche de la présente évaluation :

- Le projet pilote lié aux SSNA est-il logique?
- Quelles incidences les projets pilotes des SSNA ont-ils eues?
- Les projets pilotes des SSNA ont-ils été fructueux?
- Les projets pilotes des SSNA ont-ils été rentables?⁴⁹

Outre ces questions, plusieurs questions importantes ont été dégagées dans le cadre de l'évaluation. Un grand nombre de ces questions vont au-delà du processus de réalisation des projets pilotes des SSNA et/ou des projets pilotes des SSNA. Par exemple, certaines des questions concernent le transfert des services de santé non assurés aux organisations des Premières nations et des Inuits en général, d'autres ont trait à la gestion et à l'administration du Programme des SSNA aux échelons national et régional de la DGSPNI, et d'autres encore portent sur la prestation des services de santé aux Premières et aux Inuits de façon générale à l'échelon fédéral. Les conclusions relatives aux questions de recherche et aux questions connexes font l'objet d'une analyse dans le présent chapitre. Les conséquences des conclusions sont abordées au chapitre suivant.

Compte tenu du fait que le Programme des SSNA vise à fournir des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits admissibles, nous présentons dans la section suivante un aperçu des perceptions des Premières nations et des Inuits concernant le transfert de l'administration des services de santé non assurés, qui intègre toutes les conclusions des phases 1 à 3.

⁴⁸ Santé Canada, *Demande de propositions (DDP) pour l'évaluation des projets pilotes du Programme des services de santé non assurés (SSNA)*, 2003, p. 3, Ottawa, Santé Canada.

⁴⁹ Santé Canada, *Demande de propositions (DDP) pour l'évaluation des projets pilotes du Programme des services de santé non assurés (SSNA), Annexe A*, 2003, Ottawa, Santé Canada.

7.1.2 Résumé des questions clés dégagées par les Premières nations et les Inuits au sujet de l'administration des services de santé non assurés

Le Programme des SSNA est destiné aux membres des Premières nations et aux Inuits admissibles. Les projets pilotes des SSNA visaient les objectifs suivants : mettre à l'essai diverses méthodes de gestion et de prestation en vue du transfert du contrôle du Programme des SSNA de Santé Canada aux Premières nations et aux Inuits; faciliter la participation des Premières nations et des Inuits au Programme, ainsi que leur contrôle de celui-ci; et améliorer l'efficacité et l'efficacé du Programme des SSNA en général. Étant donné l'importance qui est ainsi accordée aux Premières nations et aux Inuits, la présente évaluation (à l'instar des deux évaluations antérieures) vise principalement les répondants des Premières nations et Inuits.

Les répondants des Premières nations et Inuits ont dégagé un certain nombre de questions clés au sujet de l'administration des services de santé non assurés. Il convient de souligner que le personnel des bureaux régionaux et national de la DGSPNI ainsi que les fournisseurs de services de santé non assurés (dans le cas du projet pilote de la nation crie de Bigstone) ont souvent formulé des commentaires similaires. Les questions clés sont les suivantes :

- Les répondants des Premières nations et Inuits estiment que le fait de confier l'administration des services de santé non assurés à des organisations des Premières nations et des Inuits à l'échelon local offre de nombreux avantages, dont les suivants : meilleure compréhension des questions locales; capacité accrue de mettre l'accent sur les besoins des clients en matière de santé; prestation plus rapide des services; capacité améliorée d'intégrer les services de santé non assurés à d'autres services; rentabilité accrue d'un grand nombre de services de santé non assurés; capacité d'appuyer la prise de décisions à l'échelon local en matière de santé, grâce aux connaissances acquises; meilleure reddition de comptes aux membres et aux dirigeants; et possibilités d'emploi et d'avantages économiques.
- Les Premières nations et les Inuits veulent un système de services de santé non assurés souple qui leur permette d'élaborer des politiques et des procédures adaptées à leurs besoins.
- Les Premières nations et les Inuits jugent que les fonds disponibles pour les projets pilotes des SSNA étaient insuffisants pour combler leurs besoins. Les niveaux de financement initiaux ne tenaient pas compte des augmentations de prix et de volume, des réformes provinciales de la santé, et d'autres aspects similaires. On croit que le gouvernement fédéral devrait couvrir les coûts de tous les services de santé en fonction des besoins et non en fonction d'une formule de financement comportant un plafond.
- Les Premières nations et les Inuits estiment avoir réussi à mettre en œuvre un grand nombre de politiques et d'approches rentables pour la prestation des services de santé non assurés.

- En plus d'un financement adéquat, les Premières nations et les Inuits sont d'avis qu'ils doivent avoir accès aux éléments suivants pour administrer avec succès les services de santé non assurés : soutien considérable de la part de la DGSPNI; renseignements généraux provenant de la DGSPNI, notamment des données historiques sur l'utilisation et les coûts, qui leur permettraient de prendre des décisions pertinentes sur les politiques et sur les niveaux de financement; personnel possédant la formation requise; et ressources informatiques nécessaires, y compris des logiciels d'administration des demandes de paiement.
- Selon les Premières nations et les Inuits, il faut prévoir un délai plus long (au moins trois à cinq ans) pour réussir à mettre en oeuvre l'administration locale des services de santé non assurés.
- Les Premières nations et les Inuits estiment que l'intégration des services de santé non assurés fournis localement à d'autres services de santé communautaire peut contribuer à une approche intégrée qui pourrait entraîner une amélioration des services de santé offerts aux membres de la collectivité en plus d'améliorer leur santé.
- Les Premières nations et les Inuits jugent que le contrôle local des services de santé non assurés (et d'autres programmes) est habilitant et pourrait entraîner des résultats positifs pour la santé.

Ces conclusions sont prises en considération, comme il se doit, dans l'analyse qui suit et dans les recommandations présentées au prochain chapitre.

7.2 Pertinence du processus de réalisation des projets pilotes des SSNA

7.2.1 Introduction

Les projets pilotes des SSNA visaient à mettre à l'essai diverses méthodes de gestion et de prestation en vue du transfert du contrôle du Programme des SSNA de Santé Canada aux Premières nations et aux Inuits. Ils visaient également à améliorer l'efficacité et l'efficacités du Programme des SSNA et à faciliter la participation des Premières nations et des Inuits au Programme, ainsi que leur contrôle de celui-ci.

Le concept de la tenue de projets pilotes portant sur les SSNA dans le but de déterminer les facteurs susceptibles d'influer sur le transfert des services de santé non assurés semble avoir été raisonnable et est compatible avec d'autres programmes élaborés par la DGSPNI (p. ex. le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire). Toutefois, de précieuses leçons peuvent être tirées de la façon dont le processus de réalisation des projets pilotes a été exécuté.

7.2.2 Représentativité des sites pilotes

Comme nous l'avons déjà mentionné, pendant la période de dix ans s'étendant d'avril 1993 à mars 2003, les régions de l'Ontario, du Pacifique, du Manitoba et de la Saskatchewan comptaient les populations admissibles aux SSNA les plus nombreuses, et les

régions de l'Ontario, du Manitoba et de l'Alberta étaient celles dont les dépenses relatives au Programme des SSNA étaient le plus élevées. Il semble donc qu'il existait deux grandes options pour la sélection des sites pilotes. L'une consistait à adopter une perspective nationale globale et à inclure des sites pilotes dans toutes les régions en vue de déterminer l'incidence que l'emplacement des collectivités, leur taille, etc., pourraient avoir sur la capacité des Premières nations et des Inuits de combler les besoins de leurs membres en matière de services de santé non assurés et d'assurer la viabilité financière. La seconde option consistait à mettre l'accent principalement sur les régions dont la population était la plus nombreuse et/ou dont les dépenses étaient le plus élevées, afin de déterminer la façon dont les différentes méthodes de gestion et/ou de prestation pourraient influencer sur les taux d'utilisation. La seconde option aurait fourni davantage de renseignements au sujet des facteurs qui influent sur la rentabilité et la viabilité financière. Chacune des ces options comportaient trois autres options : inclure uniquement les grandes organisations des Premières nations et des Inuits; inclure uniquement les petites organisations des Premières nations et des Inuits; ou inclure un ensemble mixte d'organisations des Premières nations et des Inuits. L'inclusion de petites, moyennes et grandes collectivités aurait probablement donné de bonnes indications quant à la mesure dans laquelle la taille de la collectivité est susceptible d'influer sur la transférabilité des services de santé non assurés.

Le tableau 4 résume ce qui s'est véritablement produit⁵⁰. Comme nous pouvons le constater, la majorité des projets pilotes ont eu lieu dans la région du Manitoba et la majorité des projets ont été menés avec de grandes organisations. Il existe peut-être une explication raisonnable au sujet de cette répartition des projets pilotes. Cependant, en raison de l'actuelle répartition, on ne sait pas clairement dans quelle mesure les sites des projets pilotes étaient représentatifs de toutes les organisations des Premières nations et des Inuits au Canada, ni par conséquent dans quelle mesure ils permettent de faire des généralisations à l'égard de celles-ci.

Tableau 4 : Répartition des sites pilotes

Région	Population visée par l'organisation des Premières nations/Inuits participant au projet pilote				Total
	Petite (2 000 ou moins)	Moyenne (2 001 à 5 000)	Grande (5 000 à 10 000)	Très grande (plus de 10 000)	
T.N.-O. et Nunavut	0	0	0	0	0
Yukon	0	0	0	0	0
Pacifique	0	1	1	1	3
Alberta	1	0	2	0	3
Saskatchewan	0	0	0	0	0
Manitoba	1	2	2	1	6
Ontario	0	0	0	1	1
Québec	1	0	0	0	1
Atlantique	0	0	1	0	1
Total	3	3	6	3	15

⁵⁰ Le projet pilote qui fonctionnait dans le cadre d'un accord d'autonomie gouvernementale et le projet pilote fusionné avec un autre projet ne sont inclus dans le tableau. Le SERDC est inclus dans le tableau, et ce, même s'il n'a jamais établi de projet pilote complet sur les SSNA.

Les projets pilotes reposaient sur diverses méthodes de gestion. Les participants aux projets comprenaient des Premières nations, des conseils tribaux, des conseils régionaux et des commissions de la santé. Tous les sites des projets pilotes comptaient un grand nombre de membres vivant hors de la réserve ou à l'extérieur de la collectivité, mais il n'y a pas lieu de croire que les sites des projets pilotes différaient considérablement des sites non visés par les projets pilotes à cet égard. La plupart des sites pilotes se sont efforcés de fournir des services aux membres vivant tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des collectivités des Premières nations et des Inuits.

7.2.3 Choix des services de santé non assurés inclus dans les projets pilotes

Comme nous l'avons mentionné précédemment, entre avril 1993 et mars 2003, les dépenses les plus élevées étaient liées aux services pharmaceutiques, au transport pour raison médicale et aux services de soins dentaires. Il aurait donc été logique que les projets pilotes englobent au moins un de ces services. L'autorisation des projets pilotes accordée par le Cabinet en 1994 ne comprenait pas au départ les composantes des services pharmaceutiques et de soins dentaires du Programme des SSNA. Le Cabinet a approuvé l'intégration graduelle des services pharmaceutiques et de soins dentaires à la gestion des projets pilotes en 1997.

Les responsables des sites pilotes faisant partie des deux premiers groupes de projets pilotes ont été en mesure de préciser les services de santé non assurés qu'ils souhaitaient administrer. Les responsables des projets pilotes antérieurs n'étaient pas tenus d'administrer tous les services de santé non assurés (bien que cela ne soit pas le cas des projets pilotes actuels). Tous les sites des projets pilotes sauf trois ont inclus le transport pour raison médicale, et dans le cas de trois sites, ce service était le seul service de santé non assuré visé par le projet pilote, et ce, même si deux des projets pilotes ont débuté en 1997 ou plus tard. Trois sites pilotes ont inclus les services pharmaceutiques; ces trois sites ont aussi inclus le transport pour raison médicale et deux de ces trois sites ont aussi inclus les services de soins dentaires⁵¹. Un autre site pilote a inclus les services de soins dentaires (trois sites au total ayant inclus les services de soins dentaires) mais non les services pharmaceutiques⁵². Un seul site pilote (nation crie de Bigstone) a inclus tous les services de santé non assurés. Par conséquent, on n'a pas non plus déterminé clairement la mesure dans laquelle on peut se fonder sur les conclusions tirées des projets pilotes antérieurs pour faire des généralisations à l'égard de tous les secteurs des services de santé non assurés.

7.2.4 État de préparation à l'exécution des projets pilotes

7.2.4.1 *Introduction*

De façon générale, ni Santé Canada (que ce soit à l'échelon régional ou national) ni les sites pilotes des Premières nations et des Inuits ne semblaient être entièrement préparés à exécuter un projet pilote. Bien qu'il soit reconnu qu'il n'est pas toujours possible de déterminer

⁵¹ Un de ces sites pilotes était de taille moyenne, et les deux autres étaient de grande taille. Le SERDC est pris en compte dans ces données, même s'il n'a jamais exécuté de projet pilote.

⁵² Il s'agit d'un site pilote de très grande taille.

ce qu'il faut faire avant d'entreprendre un projet (ce qui est l'une des raisons de la tenue d'un projet pilote), il semble que le processus même des projets pilotes ait été incomplet.

7.2.4.2 Plans d'activités

En vue d'obtenir le financement d'un projet pilote sur les SSNA, les Premières nations et les Inuits intéressés devaient d'abord rédiger une proposition préliminaire. Si l'approche proposée était considérée pertinente, l'organisation des Premières nations et des Inuits recevait des fonds pour élaborer un plan d'activités. Le plan d'activités devait préciser la méthode de mise en œuvre des projets pilotes. Toutefois, dans certains cas, les plans d'activités des projets pilotes étaient inadéquats, incomplets ou n'étaient pas appuyés par l'administration locale et/ou les membres. En outre, il semble que le respect du plan d'activités ne faisait pas toujours l'objet d'un suivi. Il était peut-être particulièrement difficile d'effectuer le suivi des plans d'activités incomplets. En l'absence d'un suivi approprié et régulier du plan d'activités de la part des responsables des projets pilotes et du bureau régional de la DGSPNI, il était difficile de cerner et de régler les problèmes au début du processus de mise en œuvre.

7.2.4.3 Soutien administratif des projets pilotes

Les projets pilotes ont révélé qu'il est impossible d'élaborer adéquatement un projet pilote lié aux SSNA et de bien administrer, localement, les services de santé non assurés sans l'intérêt et l'engagement d'une organisation des Premières nations et des Inuits et sans le soutien du bureau régional de Santé Canada.

Dans certains sites pilotes, l'administration, le personnel des services de santé et les clients semblent avoir fourni un bon soutien au projet pilote. Cela ne semble pas avoir été le cas dans d'autres sites pilotes. Les sites pilotes qui n'ont pas reçu de soutien de l'administration ont éprouvé de graves problèmes en matière d'administration, de ressources et de financement.

Dans certaines régions, le bureau régional de la DGSPNI semble avoir fourni un soutien insuffisant. Dans certains cas, cette situation était peut-être attribuable au fait que les effectifs affectés aux projets pilotes des SSNA dans les bureaux régionaux de la DGSPNI travaillaient à la limite de leurs capacités en raison des autres responsabilités qui leur incombait. Dans d'autres régions (dont celle de l'Alberta), du personnel des SSNA bien informé des bureaux de la DGSPNI ont participé activement aux projets pilotes. Les organisations des Premières nations et des Inuits désiraient obtenir le soutien du bureau régional et en avaient besoin. Il convient de souligner qu'il n'est probablement pas suffisant de charger des membres du personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI d'appuyer les projets pilotes; le personnel doit aussi connaître le Programme des SSNA ainsi que les besoins des collectivités locales des Premières nations et des Inuits.

De façon générale, les sites pilotes ont indiqué qu'ils n'ont pas obtenu assez de soutien du bureau national de la DGSPNI. Certains membres du personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI ont indiqué la même chose. La combinaison des changements de personnel, du manque de compréhension des situations locales, et du fait que le personnel des secteurs du programme de santé n'est pas toujours renseigné sur les questions de santé peut avoir restreint le soutien que

le personnel du bureau national de la DGSPNI était en mesure de fournir aux projets pilotes des SSNA.

7.2.4.4 Formation du personnel

Le personnel des SSNA affecté à tous les projets pilotes antérieurs a souligné que la formation était inadéquate et/ou insuffisante. Cette opinion est en outre corroborée par les représentants des organisations nationales des Premières nations et des Inuits. De plus, malgré le fait que le projet pilote lié aux SSNA de la nation crie de Bigstone soit en vigueur depuis plus longtemps que tous les autres projets pilotes, on reconnaît que tous les nouveaux employés doivent recevoir une formation et que la formation de tout le personnel doit être continue. La nécessité de fournir une formation initiale et continue a également fait l'objet de commentaires de la part des répondants de la nation Nisga'a et du Conseil des Mohawks d'Akwesasne, même si aucune de ces Premières nations n'a participé à un projet pilote lié aux SSNA. Les répondants ont signalé la nécessité de fournir une formation sur les éléments suivants : divers aspects du Programme des SSNA; programmes informatiques; questions liées à la gestion et à l'administration; travail avec des personnes; et domaines liés à la santé (p. ex. premiers soins et réanimation cardio-pulmonaire).

7.2.4.5 Ressources financières

Les ressources financières affectées aux projets pilotes étaient souvent considérées insuffisantes. Les ressources ont été allouées en fonction des budgets antérieurs, mais ne permettaient pas de tenir compte de l'accroissement démographique, d'une utilisation accrue ni de l'augmentation du coût des services. En outre, il semble qu'aucun financement supplémentaire n'ait été accordé pour l'exécution des projets pilotes des SSNA au-delà des fonds prévus pour la prestation des services de santé non assurés en tant que tels. Par exemple, les ressources requises (telles que les logiciels, le matériel de bureau et d'autres biens d'infrastructure) n'étaient souvent pas disponibles dans les sites des projets pilotes et le financement des projets pilotes ne comportait aucune disposition en vue de leur obtention. Par conséquent, les fonds consacrés à la formation du personnel étaient jugés insuffisants.

Il convient de noter que le Conseil des Mohawks d'Akwesasne et la nation Nisga'a (qui n'ont participé à aucun projet pilote lié aux SSNA) considéraient aussi que les fonds consacrés à l'administration des services de santé non assurés étaient insuffisants. De plus, les Premières nations de la Saskatchewan ont indiqué que l'une des raisons pour lesquelles elles ont décidé (collectivement) de ne pas participer au processus de réalisation des projets pilotes des SSNA était qu'elles craignaient que le financement accordé soit insuffisant pour administrer les projets. Il est également à noter qu'au moins une des Premières nations qui n'ont pas réussi à obtenir un financement pour la tenue d'un projet pilote lié aux SSNA a essuyé un refus parce que Santé Canada estimait que les coûts prévus de programme et d'administration étaient trop élevés, bien que cette Première nation jugeait que sa proposition s'appuyait sur la connaissance de la population et sur une méthode fiable d'établissement des coûts.

Les préposés à la recherche croient comprendre que Santé Canada subissait des pressions considérables pour gérer le Programme des SSNA dans les limites du budget pendant presque

tout le processus de réalisation des projets pilotes. Le programme se limitait à fournir un financement historique ainsi qu'un financement équitable de 8 % en vue de la croissance et de l'administration aux projets pilotes. L'administration centrale et les bureaux régionaux ont été obligés de puiser le financement requis à même les ressources existantes. Par conséquent, ils ont été incapables d'accorder un financement plus souple aux projets pilotes⁵³. Si des projets pilotes ont lieu dans l'avenir, il sera important de veiller à ce que des fonds suffisants soient disponibles pour le processus pilote à tous les niveaux, en plus du financement consacré à la prestation des services.

7.2.4.6 Politiques et procédures

Les politiques et procédures relatives à l'administration des services de santé non assurés semblaient parfois comporter des lacunes ou être incomplètes pendant la durée des projets pilotes. Par exemple, les sites pilotes devaient établir des politiques en matière de protection de la confidentialité des renseignements des clients. Les processus d'appel et d'exemption étaient reconnus dans le cadre du programme fédéral des SSNA mais il a été nécessaire de les adapter plus particulièrement à l'échelon local. Il aurait apparemment fallu élaborer des politiques et procédures de base concernant l'administration et la prestation des services de santé non assurés à l'échelon national et les adapter à l'échelon local. Étant donné qu'on n'a pas élaboré de telles politiques et procédures, il était (et est toujours) possible que différentes personnes installées dans différents lieux à travers le pays obtiennent des services de santé non assurés différents.

Plusieurs organisations des Premières nations et des Inuits (notamment des organisations qui ont participé aux projets pilotes antérieurs et des organisations de la Saskatchewan qui n'ont participé à aucun projet pilote) ont signalé que le Programme des SSNA national comporte actuellement des politiques ayant trait à plusieurs aspects du Programme, mais que celles-ci ne sont pas toujours pertinentes à l'échelon local. Ce qu'il faut, ce sont des politiques et procédures de base *générales* qui peuvent être *adaptées* à la situation locale. L'existence de politiques nationales de base éliminerait la nécessité que chacune des organisations des Premières nations et des Inuits établisse ses propres politiques (ce qui permettrait de réduire le double emploi). L'existence de politiques adaptables à la situation locale permettrait aux organisations des Premières nations et des Inuits de combler les « besoins particuliers en matière de santé » des membres de leurs collectivités.

7.2.5 Durée des projets pilotes

Il était prévu que les projets pilotes se dérouleraient pendant une période de deux ans avec la possibilité d'une année supplémentaire. La plupart des projets antérieurs semblent avoir

⁵³ Il convient de noter que plusieurs répondants ont parlé de la nécessité de prévoir des fonds supplémentaires en général et que certains d'entre eux ont signalé que le financement des activités de gestion et d'administration était particulièrement insuffisant, mais que personne n'a dit que les fonds devaient être puisés à même les ressources existantes, ni que les responsables des projets pilotes étaient au courant du niveau de financement de 8 % en matière d'administration avant le début du projet pilote. Les renseignements pertinents ont été fournis par les membres du groupe de travail du projet et le personnel de la DGSPNI.

duré de deux ans et demi à trois ans⁵⁴. Un des projets pilotes a duré approximativement une année, tandis qu'un autre a duré près de huit ans.

Plusieurs répondants interrogés au cours des différentes phases de l'évaluation ont mentionné que la durée des projets pilotes des SSNA était trop courte. Il est intéressant de souligner que la nation crie de Bigstone a entièrement pris en charge l'administration de tous les services de santé non assurés sauf un après huit années. Akwesasne et la nation Nisga'a administrent tous deux tous les services de santé non assurés, mais encore une fois, ils le font depuis plus de huit ans. En dernier lieu, il convient de noter que le transfert des services de santé comporte un processus de planification de deux ans ainsi qu'une phase d'exploitation de cinq ans avant la tenue de la première évaluation.

7.3 Incidence des projets pilotes des SSNA

7.3.1 Accès accru aux services de santé non assurés

Un des objectifs du Programme des SSNA consiste à offrir des services de santé aux Premières nations et aux Inuits d'une manière qui « respecte leurs besoins particuliers en matière de santé ». Ainsi, nous pouvons examiner l'incidence que l'administration locale des services de santé non assurés a eue sur la capacité des gens d'obtenir des services de santé non assurés, ainsi que l'incidence qu'elle a eue sur leur utilisation d'autres services de santé communautaire. Nous étudions la première question dans la présente section et la seconde, dans la section 6.3.4.

Les responsables d'environ 80 % des sites pilotes des SSNA ont indiqué que leur système de prestation de services s'est révélé très efficace. Les répondants ont souligné que certains services peuvent être fournis plus rapidement et de façon plus fiable à l'échelon local, et que les gens connaissent le personnel des SSNA de leurs propres collectivités. Akwesasne et la nation Nisga'a sont d'accord avec ces points de vue.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la plupart mais non la totalité des sites pilotes des SSNA ont administré les services de santé non assurés destinés aux personnes vivant dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci. Les répondants des sites pilotes des SSNA qui administraient les services de santé non assurés dispensés aux personnes vivant dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci (y compris la nation crie de Bigstone) ont mentionné plusieurs questions touchant la prestation des services de santé non assurés aux personnes vivant hors de la réserve, dont les suivantes : tenue à jour de l'information sur les personnes admissibles; communication avec les personnes admissibles au sujet des modifications apportées à la prestation et/ou à l'administration des services; différences entre les personnes vivant dans les réserves et celles vivant à hors des réserves (ou au sein et à l'extérieur des collectivités); et obtention des approbations, des formulaires requis, des réponses aux demandes de renseignements, etc., en dehors des heures normales du bureau administratif compétent (qui pouvait se trouver dans un fuseau horaire différent). Les répondants des Premières nations qui désiraient mener un projet pilote mais qui n'ont pas réussi à obtenir un financement ont également signalé que les taux admissibles relatifs aux différents services peuvent varier d'une

⁵⁴ Bien que le rapport sur la phase 2 contienne des renseignements au sujet de la durée prévue des divers projets pilotes, la durée réelle de chacun des projets pilotes n'est pas bien documentée.

province à l'autre et qu'il peut être difficile (mais non impossible) pour les Premières nations et les Inuits de servir leurs membres de façon adéquate en ce qui concerne les services de santé non assurés, et ce, quel que soit l'endroit où ils habitent au Canada. La prestation des services de santé non assurés à toutes les personnes admissibles sans égard à leur lieu de résidence soulevait un problème majeur pour les projets pilotes et constitue un point qu'il faudra examiner plus en détail si le Programme des SSNA est transféré dans une plus vaste mesure.

Il convient de souligner que la Première nation d'Akwesasne et la nation Nisga'a offrent toutes deux des services de santé non assurés aux personnes vivant dans les réserves et hors des réserves. Aucune de ces deux Premières nations n'a indiqué avoir eu de la difficulté à fournir des services aux personnes vivant hors des réserves.

7.3.2 Amélioration de l'administration des services de santé non assurés

Les Premières nations et les Inuits qui ont mené un projet pilote lié aux SSNA ont donné plusieurs raisons de vouloir participer à un projet pilote, notamment le fait qu'ils croyaient que les Premières nations et les Inuits pourraient administrer les services de santé non assurés mieux que Santé Canada, et le fait qu'ils croyaient qu'il serait possible de mieux combler les besoins des gens grâce à une administration locale. Les Premières nations qui ont réussi à obtenir un financement pour l'exécution d'un projet pilote lié aux SSNA, les gens d'Akwesasne et la nation Nisga'a, ont tous indiqué qu'ils étaient intéressés à administrer les services de santé non assurés pour ces raisons, et les Premières nations de la Saskatchewan ont signalé que ce sont simplement deux des avantages de confier l'administration des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits.

On a demandé aux répondants des projets pilotes des SSNA s'ils jugeaient que l'administration des services de santé non assurés s'était améliorée au cours de la durée d'exploitation de leur projet pilote, par comparaison à l'administration des services de santé non assurés exercée antérieurement par Santé Canada. Tous les répondants des projets pilotes antérieurs ont indiqué qu'ils considéraient que l'administration s'était améliorée. La majorité des répondants (représentants officiels, coordonnateurs de projet, conseillers, personnel, fournisseurs et clients) du projet pilote lié aux SSNA de la nation crie de Bigstone estiment que l'administration n'a pas changé ou s'est améliorée. La Première nation d'Akwesasne et la nation Nisga'a considèrent que l'administration des services de santé non assurés s'est améliorée sous leur contrôle.

7.3.3 Amélioration de l'état de santé

Un des objectifs du Programme des SSNA consiste à « aider les Premières nations et les Inuits à atteindre un niveau de santé globale comparable à celui de la population canadienne en général ». On a donc demandé aux répondants participant à la présente évaluation si l'administration des services de santé non assurés effectuée par les Premières nations et les Inuits avait contribué à améliorer l'état de santé des gens. Les répondants ont signalé que les améliorations apportées dans un secteur (comme les services de santé non assurés) peuvent avoir une incidence sur d'autres secteurs (par exemple, la collaboration avec d'autres fournisseurs de soins de santé et organismes de santé) et que les secteurs non liés à la santé (notamment la

responsabilité locale et l'habilitation des collectivités) peuvent influencer sur l'état de santé. Toutefois, les répondants ont également souligné qu'il est difficile d'évaluer l'état de santé et que l'évaluation de l'état de santé doit s'étendre sur une certaine période de temps. La Première nation d'Akwesasne et la nation Nisga'a appuient ces positions.

Il est probable que la période de courte durée allouée aux projets pilotes des SSNA était insuffisante pour favoriser des changements sur le plan de la santé individuelle et communautaire en général. En outre, il n'est pas certain que la modification des dispositions administratives concernant la prestation des services de santé non assurés suffirait en soi pour influencer sur l'état de santé. La nation Nisga'a, qui administre les services de santé non assurés depuis plus longtemps que tous les autres sites pilotes (et depuis plus longtemps que les gens d'Akwesasne) a indiqué qu'il a été difficile de démontrer que l'administration des services de santé non assurés a eu une incidence positive sur l'état de santé. Il semblerait, selon la nation crie de Bigstone, le Conseil des Mohawks d'Akwesasne et la nation Nisga'a (qui s'efforcent tous d'intégrer les services de santé non assurés à d'autres programmes de santé), qu'il faut recueillir des données relatives à l'utilisation des services de santé non assurés et aux services de prévention et d'intervention pendant plusieurs années.

7.3.4 Augmentation de l'utilisation d'autres services de santé communautaire

Comme nous l'avons déjà mentionné, une des questions d'intérêt abordées dans le cadre de la présente évaluation consistait à savoir si l'administration locale des services de santé non assurés aurait une incidence sur l'utilisation d'autres services de santé communautaire. Certains répondants des projets pilotes des SSNA ont indiqué que le personnel qui participait au Programme des SSNA avait été en mesure de cerner des problèmes (p. ex. une augmentation du nombre de personnes atteintes de diabète) qui ont par la suite mené à la création de programmes et de cliniques plus spécialisés. D'autres répondants ont laissé entendre que l'administration des services de santé non assurés constitue seulement une petite partie des mesures qu'il faudrait prendre pour améliorer les services de santé communautaire. Ces conclusions donnent à penser que l'administration locale des services de santé non assurés est susceptible d'entraîner l'établissement de liens entre les programmes, et que les collectivités des Premières nations et des Inuits doivent envisager de participer à plusieurs programmes liés à la santé et non uniquement à l'administration des services de santé non assurés. Les approches que la nation crie de Bigstone, la Première nation d'Akwesasne et la nation Nisga'a ont adoptées cadrent avec ces interprétations. Il peut être avantageux pour les collectivités qui s'intéressent, ou participent, au transfert des services de santé de songer également à prendre en charge les services de santé non assurés, et d'étudier la possibilité d'intégrer les deux secteurs afin d'en améliorer l'efficacité et l'efficience globales.

7.4 Réussite des projets pilotes des SSNA

7.4.1 Définition de la réussite

La réponse à la question de savoir si les projets pilotes des SSNA ont été une réussite ou non dépend de la façon dont on définit la « réussite ».

Une des façons de définir la réussite consiste à déterminer la mesure dans laquelle les objectifs des projets pilotes des SSNA ont été atteints. Comme nous l'avons déjà mentionné, les projets pilotes visaient les objectifs suivants :

- vérifier la viabilité des méthodes de gestion possibles;
- mettre à l'essai divers types de modèles et de structures organisationnels;
- vérifier l'incidence de la diversité régionale sur des projets pilotes similaires;
- fournir des renseignements qui pourraient permettre d'améliorer l'efficacité et l'efficience des projets pilotes;
- offrir un fondement pour la formulation de recommandations concernant la gestion future du Programme des SSNA.

La mesure dans laquelle les objectifs des projets pilotes des SSNA ont été atteints est abordée dans plusieurs sections du présent chapitre et dans le prochain chapitre. Par exemple, on laisse entendre, dans la section 6.2 (ci-dessus), que même si les projets pilotes englobaient divers types de modèles et de structures organisationnels, la mesure dans laquelle on pouvait évaluer la diversité régionale était restreinte. Néanmoins, comme il est souligné dans la section 6.4.2 (ci-dessous), il semble qu'il soit possible de tirer de précieuses leçons des projets pilotes antérieurs. Dans le prochain chapitre, nous discutons des façons dont on pourrait utiliser les leçons tirées des projets pilotes des SSNA exécutés antérieurement, pour améliorer l'efficacité et l'efficience d'autres projets pilotes à l'avenir et pour formuler des recommandations au sujet de la gestion future du Programme des SSNA.

Une deuxième façon de définir la réussite est de déterminer les incidences intentionnelles et fortuites que les projets pilotes des SSNA ont eues. Comme nous l'avons signalé dans la section 6.3 ci-dessus, les projets pilotes ont notamment eu comme incidence d'améliorer l'administration et la prestation des services de santé non assurés, d'accroître l'accès aux services de santé non assurés, d'offrir la possibilité de mieux intégrer les services de santé non assurés à d'autres services liés à la santé, et d'offrir la possibilité d'améliorer la santé individuelle et communautaire en général.

Une troisième façon de définir la réussite consiste à déterminer le rendement actuel des projets pilotes des SSNA. Étant donné que seulement 17 des 30 projets pilotes possibles ont été approuvés à des fins de financement, et que seulement un des projets pilotes qui ont été financés est toujours en vigueur, on pourrait conclure que les projets pilotes des SSNA n'ont pas connu la réussite espérée. Toutefois, le fait que la majorité des projets pilotes des SSNA ont pris fin ne signifie pas nécessairement qu'ils n'ont pas été réussis. En fait, plusieurs des projets pilotes ont connu une réussite pour ce qui est de démontrer que les Premières nations et les Inuits peuvent administrer au moins une partie des services de santé non assurés (comme le transport pour raison médicale) avec beaucoup de succès à l'échelon local; il peut être plus difficile pour certaines Premières nations et certains Inuits d'administrer d'autres services de santé non assurés (tels que les services de soins dentaires ou les services pharmaceutiques). Les responsables d'un

grand nombre des projets pilotes ont constaté qu'un nombre accru de personnes avaient recours aux services de santé non assurés lorsque ceux-ci étaient administrés localement. Certains des projets pilotes ont permis d'améliorer considérablement la rentabilité. Certains des projets pilotes ont été abandonnés, non pas parce que l'organisation des Premières nations ou des Inuits était incapable d'administrer les services de santé non assurés ou n'était pas intéressée à le faire, mais parce que l'organisation craignait de ne pas avoir suffisamment de fonds pour bien administrer les services de santé non assurés.

Un nombre considérable de leçons précieuses ont été tirées des projets pilotes et peuvent fournir des renseignements utiles en vue des futurs projets pilotes, pour le transfert du contrôle des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits, et/ou sur le Programme des SSNA en général. Nous discutons de ces leçons ci-après.

7.4.2 Leçons retenues

7.4.2.1 Possibilités et défis liés à l'administration locale des services de santé non assurés

De façon générale, les organisations des Premières nations et des Inuits estimaient qu'il est très important que l'administration et la prestation des services de santé non assurés aient lieu à l'échelon local. Les répondants ont fait ressortir plusieurs possibilités d'améliorer la prestation des services en confiant l'administration des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits, notamment :

- une meilleure compréhension des questions locales (p. ex. les obstacles géographiques, les besoins des clients);
- une capacité accrue de mettre l'accent sur la santé des clients (par opposition à la gestion d'une enveloppe budgétaire);
- la capacité de fournir certains services (p. ex. les services de transport) d'une manière plus fiable;
- la capacité de fournir les services plus rapidement (p. ex. grâce à des temps de réponse plus rapides pour les demandes d'autorisation préalable);
- la capacité de simplifier les procédures bureaucratiques afin que les gens soient mieux en mesure de comprendre les exigences;
- le fait de confier aux Premières nations et aux Inuits la responsabilité de la santé de leurs membres;
- la capacité d'intégrer les services de plusieurs secteurs (p. ex. santé, services sociaux, éducation);
- la capacité d'accroître les capacités locales;

- la possibilité de réaliser des avantages économiques (p. ex. emplois locaux).

Les répondants ont également souligné qu'il faut relever des défis pour confier l'administration des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits, dont les suivants :

- le fait que le financement disponible soit insuffisant pour répondre à la demande, tant en ce qui a trait aux services qu'à l'administration (p. ex. formation du personnel, ordinateurs et programmes informatiques pertinents);
- la difficulté d'obtenir l'information (p. ex. données historiques, manuels des politiques) nécessaire pour comprendre les questions clés relatives à l'administration et à la prestation des services de santé non assurés;
- la nécessité d'assurer la disponibilité d'une expertise et de capacités locales suffisantes pour administrer et fournir les services de santé non assurés;
- la nécessité de mettre en application des politiques qui ne conviennent peut-être pas à la situation locale;
- la nécessité de refuser les services de santé non assurés à des amis et à des membres de la famille, en particulier lorsque les politiques ne semblent pas appropriées;
- les questions reliées à la perte possible de la responsabilité fiduciaire fédérale et à l'abrogation possible des droits existants issus de traités.

7.4.2.2 Facteurs de réussite de l'administration des services de santé non assurés par les Premières nations et les Inuits

Les expériences de certains sites de projets pilotes des SSNA, de la nation crie de Bigstone, de la Première nation d'Akwesasne et de la nation Nisga'a indiquent toutes que les Premières nations et les Inuits sont capables d'administrer les services de santé non assurés avec beaucoup de succès à l'échelon local. Il semble que la réussite nécessite la présence de plusieurs facteurs, dont les suivants :

- soutien des échelons de la gestion et de l'administration de la collectivité des Premières nations et des Inuits;
- soutien des membres de la collectivité;
- soutien du bureau régional de la DGSPNI concernant tous les aspects du Programme des SSNA;
- soutien des fournisseurs locaux de services de santé non assurés;

- volonté d'essayer d'améliorer l'efficacité et l'efficience des services de santé non assurés, et d'autres services de santé;
- volonté de collaborer avec d'autres secteurs (p. ex. santé, services sociaux, éducation);
- disponibilité des ressources nécessaires (p. ex. personnel qualifié, programmes informatiques, locaux) [ou volonté de les obtenir].

Il peut être raisonnable de croire que la taille de la population desservie, ainsi que l'emplacement de celle-ci, peuvent influencer dans une certaine mesure sur la réussite du Programme des services de santé non assurés, ou du moins, sur la gamme de services de santé non assurés qui peuvent être administrés avec facilité, en raison de la disponibilité des fournisseurs, des économies d'échelle et d'autres questions similaires. En ce qui a trait aux projets pilotes antérieurs, la taille et l'emplacement ne semblent pas avoir entraîné de problèmes particuliers comme le montre la similarité des questions soulevées par ces sites concernant l'administration des services de santé non assurés. Il est cependant à souligner que certains répondants ont dit qu'il serait peut-être plus facile d'administrer certains services par rapport à d'autres si la population est relativement petite. Ces conclusions reflètent peut-être la représentativité des sites pilotes (ou l'absence de celle-ci) plutôt que les mesures qu'il y aurait lieu de prendre si l'on tenait compte de l'éventail complet des collectivités. Les expériences de la nation crie de Bigstone et de la nation Nisga'a montrent qu'il n'est pas nécessaire que la population soit très nombreuse ni que la Première nation soit installée à proximité d'un grand centre métropolitain pour réussir à administrer les services de santé non assurés.

En outre, il n'est pas nécessaire qu'une collectivité des Premières nations ou des Inuits ait fait le transfert des services de santé généraux pour bien administrer tous les services de santé non assurés. Il convient de souligner que les gens d'Akwesasne et la nation Nisga'a gèrent d'autres services de santé en plus des services de santé non assurés, mais que la nation crie de Bigstone n'a pas encore procédé au transfert d'autres services de santé (bien qu'elle soit intéressée à le faire). Comme l'ont mentionné les responsables de certains sites de projets pilotes, la nation crie de Bigstone, la Première nation d'Akwesasne et la nation Nisga'a, les collectivités qui procèdent au transfert des services de santé généraux et des services de santé non assurés pourraient être en mesure de mieux intégrer et coordonner tous les programmes de santé à l'échelon local.

7.4.2.3 Questions de communication

Les responsables de divers sites des projets pilotes des SSNA, la nation crie de Bigstone, la Première nation d'Akwesasne et la nation Nisga'a ont tous indiqué qu'ils avaient utilisé différentes méthodes pour fournir aux membres (tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la collectivité) des renseignements au sujet des services de santé non assurés. Ces renseignements s'ajoutaient à l'information diffusée sur le site Web de Santé Canada. Ces méthodes comprenaient les suivantes : circulaires, dépliants et brochures; bulletins; présentations lors de conférences, de forums communautaires, de congrès et d'expositions publics ainsi que d'assemblées générales annuelles; site Web communautaire pertinent; présentations à la radio

locale; identification d'un expert local chargé de fournir des renseignements individualisés; et service d'information téléphonique sans frais accessible à l'échelle du Canada. Il convient de souligner que la communication constituait une composante importante du programme des SSNA d'Akwesasne. En dépit de la variété et du nombre de méthodes de communication utilisées, certaines personnes d'un grand nombre des sites pilotes ont dit qu'elles souhaitaient obtenir plus de renseignements au sujet du Programme des SSNA et plus particulièrement concernant ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas.

La majorité (90 %) des membres du personnel des SSNA rattaché aux sites pilote ont indiqué ne pas avoir reçu assez de renseignements ou de données avant la mise en œuvre du projet pilote. Les répondants d'Akwesasne et de la nation Nisga'a étaient du même avis. Le personnel des SSNA des sites pilotes (y compris la nation crie de Bigstone), d'Akwesasne et de la nation Nisga'a a signalé qu'il a fallu beaucoup de temps pour obtenir certains renseignements critiques (p. ex. manuels des politiques, données historiques); les renseignements sur certains aspects de l'administration des services de santé non assurés étaient parfois fournis dans un très bref délai (p. ex. les exigences relatives à la présentation de rapports et à la tenue de dossiers); et certains renseignements (tels que politiques et procédures) étaient toujours en cours d'élaboration au moment où les projets pilotes ont débuté. Les préposés à la recherche croient comprendre que les responsables des projets pilotes ont reçu une trousse d'information de base qui devait les aider à prendre des décisions. Le contenu antérieur ou actuel de cette trousse d'information de base n'est pas clair. Ce qui est clair, selon l'évaluation, est que les collectivités des Premières nations et des Inuits avaient le sentiment de ne pas disposer de tous les renseignements dont elles avaient besoin. En outre, la nation crie de Bigstone, la Première nation d'Akwesasne et la nation Nisga'a ont indiqué que c'est toujours le cas et qu'il est difficile d'obtenir les renseignements nécessaires auprès de la DGSPNI. Il semblerait approprié que la DGSPNI ainsi que les collectivités des Premières nations et des Inuits revoient le contenu de la trousse d'information de base pour s'assurer qu'elle est toujours pertinente, exhaustive, etc. Il est également important que les Premières nations et les Inuits déterminent de façon continue les renseignements supplémentaires qui pourraient être nécessaires, et que la DGSPNI fournisse les renseignements demandés (le cas échéant) en temps opportun. Si la DGSPNI est incapable de fournir les renseignements demandés, il y aurait lieu d'en aviser les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Le personnel de certains des sites pilotes a exprimé sa satisfaction à l'égard du soutien obtenu auprès du personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI. Le personnel d'autres sites pilotes était insatisfait du soutien reçu du personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI. Le personnel de la majorité des sites pilotes a indiqué qu'il était insatisfait du soutien fourni par le personnel du bureau national de la DGSPNI. Le manque de communication a souvent été mentionné comme une des principales raisons de l'insatisfaction exprimée à l'égard du personnel des bureaux régionaux et national de la DGSPNI.

Les fournisseurs de services de santé non assurés de certains sites pilotes ont dit qu'il était nécessaire d'améliorer les communications, en particulier en ce qui a trait à ce qui est couvert et à ce qui ne l'est pas dans les différents secteurs de services. Les fournisseurs (et le personnel des SSNA à l'échelon local) ont aussi exprimé le désir d'être tenus au courant des modifications apportées au programme. Il semble qu'il soit insuffisant de diffuser les

renseignements sur les modifications apportées au Programme des SSNA uniquement sur le site Web de Santé Canada.

Le personnel des bureaux régionaux et national de la DGSPNI a également formulé des commentaires au sujet des questions de communication. Par exemple, le personnel de la DGSPNI a souligné qu'au début du processus de réalisation des projets pilotes, les communications étaient inadéquates, lentes, et passaient par un grand nombre de personnes. On a laissé entendre qu'il se peut que les communications se soient améliorées au fil du temps⁵⁵.

7.5 Rapport coût-efficacité des projets pilotes des SSNA

7.5.1 Introduction

Le terme « rapport coût-efficacité » est souvent assimilé à une analyse portant uniquement sur les coûts, et à une méthode permettant de déterminer les réductions de dépenses. Cependant, cela *n'est pas* le seul but d'une analyse coût-efficacité et ne devrait pas l'être. Une analyse coût-efficacité est un moyen que les bailleurs de fonds et les fournisseurs de services peuvent utiliser pour analyser la méthode de prestation des services et déterminer s'il est possible de la rendre plus efficace ainsi que les mesures à prendre à cette fin. L'analyse *ne* concerne *pas* uniquement les coûts. On attribue un poids égal aux coûts *et* aux conséquences ou aux résultats. Par conséquent, les indicateurs de résultats tels que la satisfaction à l'égard des services de soins, selon la perception des clients et de leurs aidants naturels, ainsi que la qualité de vie des clients, sont aussi importants que les coûts liés à la prestation de tels services. L'analyse comparative des coûts et des résultats peut en outre faire ressortir de nouveaux renseignements pouvant être utilisés pour modifier les politiques, les procédures, et les pratiques cliniques, afin de fournir des services plus efficaces et plus efficaces.

7.5.2 Mesures d'économie de coûts

Les responsables d'un grand nombre des projets pilotes ont réussi à trouver des façons rentables de gérer l'administration et la prestation des services de santé non assurés. Comme nous l'avons déjà mentionné, de nombreux projets pilotes englobaient le transport pour raison médicale. Par conséquent, plusieurs des mesures d'économie de coûts visent plus particulièrement ce service de santé non assuré et consistent notamment :

- à offrir un éventail d'options de prestation de services de transport pour raison médicale;
- à négocier des tarifs spéciaux avec les fournisseurs de services de transport;
- à établir un horaire de vols nolisés réguliers;
- à coordonner les dispositions de voyage de clients ayant des besoins similaires;

⁵⁵ Toutefois, un représentant de la DGSPNI a souligné que l'obtention des rapports en temps opportun continue de poser un problème.

- à veiller à ce que les fournisseurs offrent les services au sein de la collectivité locale afin d'éviter que les gens soient obligés de se rendre à l'extérieur de la collectivité pour obtenir les services en question;
- à embaucher des professionnels ou à conclure un contrat avec eux pour qu'ils offrent certains services (tels que des services pharmaceutiques et de soins dentaires) à la collectivité en permanence.

Les autres mesures d'économie de coûts comprennent les suivantes :

- faire le tour du marché pour obtenir le meilleur prix et négocier avec les fournisseurs pour obtenir des prix plus bas;
- fournir des biens (tels que du matériel médical et des fournitures médicales) au sein de la collectivité;
- recycler le matériel dans la mesure du possible au lieu de se procurer du nouveau matériel;
- contrôler les dépenses et, à cette fin, modifier les politiques, assurer le respect des politiques en vigueur et surveiller les coûts.

Plusieurs répondants ont en outre indiqué que le fait de disposer des logiciels pertinents peut aussi favoriser des économies de coûts avec le temps. Il convient de souligner que certaines de ces mesures d'économie de coûts (p. ex. amélioration de la gestion des coûts liés au transport pour raison médicale dans plusieurs régions, amélioration des pratiques de gestion financière et administrative, et automatisation du processus de paiement des services aux bénéficiaires) ont été mises en œuvre dans le cadre du programme national des SSNA en vue de contrôler les coûts du programme.

7.5.3 Intégration des services de santé non assurés à d'autres services

Plusieurs répondants ont fait remarquer que les services de santé non assurés pourraient être intégrés à d'autres services. La nation crie de Bigstone et la Première nation d'Akwesasne, en particulier, mettent l'accent sur l'intégration des services de santé non assurés à d'autres services liés à la santé, aux services sociaux et aux programmes d'éducation. L'intégration des services de santé non assurés à d'autres secteurs est non seulement susceptible d'améliorer la santé individuelle et communautaire, mais aussi de permettre de réaliser des économies de coûts en ce qui concerne les services de santé non assurés. Par exemple, la mise en œuvre d'autres programmes de prévention peut réduire les besoins en matière de services de soins dentaires. De plus, la capacité de conserver les fonds excédentaires du Programme des services de santé non assurés peut inciter une organisation des Premières nations et des Inuits à réaliser des gains d'efficience dans le cadre de son programme des SSNA, à appliquer les surplus obtenus au cours d'une année ou plus au dépassement des coûts des années futures, et à affecter les fonds excédentaires à d'autres programmes de santé (p. ex. les programmes de prévention).

7.5.4 Données sur les résultats

7.5.4.1 *Satisfaction des clients*

Dans le cadre des évaluations antérieures des projets pilotes des SSNA, on a constaté que les clients étaient généralement satisfaits de la façon dont le personnel affecté aux projets pilotes les avait aidés à obtenir des services de santé non assurés, bien qu'ils aient aussi mentionné le fait qu'ils avaient besoin de renseignements supplémentaires au sujet des prestations et des services. Les clients de plusieurs sites visés par l'étude ont indiqué que le personnel affecté aux projets a besoin d'une formation plus poussée en matière de relations interpersonnelles.

Dans le cadre de la présente évaluation, les répondants faisaient en général partie du personnel et non des clients, et peu de répondants ont parlé du niveau de satisfaction des clients concernant l'administration des services de santé non assurés. À cet égard, l'une des exceptions est l'examen approfondi du projet pilote de la nation crie de Bigstone qui a été exécuté dans le cadre des activités de la phase 3. Au cours de cette phase de l'étude, plus de 60 % des clients ont dit ce qui suit : ils ne disposaient pas d'assez de renseignements au sujet des prestations et des services disponibles dans le cadre du Programme des SSNA; l'administration des services de santé non assurés n'a pas changé ou s'est améliorée depuis la mise en œuvre du projet pilote; le transfert de la responsabilité des services de santé non assurés a été couronné de succès; et ils appuient l'idée que la nation crie de Bigstone continue d'administrer les services de santé non assurés dans l'avenir. Ces conclusions laissent entendre que les clients étaient satisfaits de l'administration des services de santé non assurés effectuée dans le cadre de ce projet pilote. On ne sait pas si de telles conclusions seraient observées en ce qui concerne d'autres organisations des Premières nations et des Inuits qui administrent les services de santé non assurés.

7.5.4.2 *Satisfaction des fournisseurs*

Dans le cadre des évaluations antérieures des projets pilotes des SSNA, les fournisseurs d'un grand nombre des sites pilotes ont indiqué ce qui suit : ils étaient satisfaits des services de règlement des demandes de paiement et des factures fournis par les sites pilotes; ils souhaitaient que l'on améliore les délais de facturation; et ils étaient prêts à continuer de collaborer avec les responsables des projets pilotes. Les fournisseurs de certains sites pilotes ont indiqué que les communications s'étaient améliorées, mais les fournisseurs de certains autres sites pilotes ont dit qu'il fallait améliorer les communications, plus particulièrement en ce qui concerne les modifications apportées au Programme des SSNA.

Dans le cadre de la présente évaluation, on n'a pas sollicité l'opinion des fournisseurs de façon générale. En outre, la majorité des répondants n'ont formulé aucun commentaire au sujet de la satisfaction des fournisseurs à l'égard de l'administration locale des services de santé non assurés. Encore une fois, l'une des exceptions est l'examen approfondi dont le projet pilote de la nation crie de Bigstone a fait l'objet. Dans le cadre de ce volet de l'étude, plus de 80 % des fournisseurs ont dit ce qui suit : l'administration des services de santé non assurés n'a pas changé ou s'est améliorée depuis que la nation crie de Bigstone s'est chargée de l'administration; ils étaient très satisfaits ou assez satisfaits du processus de règlement des demandes de paiement et des factures; le transfert de la responsabilité relative à l'administration des services de santé non

assurés à la nation crie de Bigstone s'est fait de façon très réussie ou assez réussie. Plus de 66 % des fournisseurs appuient l'idée que la nation crie de Bigstone continue d'administrer les services de santé non assurés. Cette conclusion est semblable à celle qui a été tirée d'une évaluation antérieure du projet pilote. On ne sait pas si de telles conclusions seraient observées en ce qui concerne d'autres organisations des Premières nations et des Inuits qui administrent les services de santé non assurés.

8. CONSÉQUENCES DES CONCLUSIONS SUR L'AVENIR

8.1 Introduction

Le chapitre précédent présente une analyse des conclusions issues de l'évaluation concernant les principales questions de recherche. Compte tenu de la nature des conclusions, il est possible de se fonder sur des données probantes pour formuler des recommandations au sujet des orientations futures du Programme des SSNA⁵⁶. Pour aller de l'avant, la haute direction de Santé Canada et les organisations des Premières nations et des Inuits devront tenir compte d'un certain nombre de questions clés. Les conséquences que les conclusions de l'évaluation auront sur l'avenir du Programme des SSNA sont abordées en fonction de quatre sujets généraux. Les voici :

- la pertinence relative du transfert du contrôle des services de santé non assurés de Santé Canada aux Premières nations et aux Inuits;
- les modèles de transfert possibles qu'il y aurait lieu d'envisager dans l'avenir;
- les mesures à prendre avant le transfert des services de santé non assurés (s'ils doivent être transférés sous une forme quelconque);
- les questions opérationnelles et administratives.

8.2 Transfert des services de santé non assurés de Santé Canada aux Premières nations et aux Inuits

Selon l'information recueillie, il semble que les Premières nations et les Inuits (du moins, certains d'entre eux) souhaitent assumer une responsabilité et un contrôle accru à l'égard de l'administration des services de santé non assurés. Il semble également que Santé Canada désire faciliter un processus de transfert. *Il est donc raisonnable d'affirmer qu'en principe, Santé Canada et les Premières nations ainsi que les Inuits devraient travailler ensemble pour faciliter un processus de transfert des SSNA.* Toutefois, il faut aborder un certain nombre de politiques et de questions opérationnelles importantes avant de procéder à la mise en œuvre d'un plan stratégique clair en vue du transfert.

L'étude actuelle indique que le fait de confier l'administration locale des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits est susceptible de comporter de nombreux avantages. Cependant, il faut tenir compte de la mesure dans laquelle toutes les collectivités des Premières nations et des Inuits qui sont intéressées à administrer localement les services de santé non assurés sont capables de les administrer d'une manière : qui « respecte (comble) leurs besoins particuliers en matière de santé »; qui « maintient la santé, prévient la maladie et aide à dépister et à gérer les maladies, les blessures ou les invalidités »; qui aide tous leurs membres (p. ex. ceux qui vivent dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci) « à atteindre un niveau de

⁵⁶ Certaines des recommandations sont identiques à celles présentées dans d'autres rapports, d'autres constituent une version approfondie des recommandations figurant dans d'autres rapports, et certaines s'appliquent uniquement au présent rapport.

santé globale comparable à celui de la population canadienne en général »; qui soit « viable du point de vue des finances et de la gestion des services » et qui soit « rentable ». Compte tenu qu'un ou plusieurs de ces objectifs sont jugés difficiles à atteindre, il faut déterminer s'il est possible d'atteindre les objectifs au moyen de mesures nouvelles et novatrices et quelles sont ces mesures.

Une option serait de transférer certains services (p. ex. le transport pour raison médicale) aux programmes de services de santé existants des Premières nations et des Inuits. D'autres services (p. ex. les services pharmaceutiques et dentaires) pourraient être administrés par l'intermédiaire d'un fournisseur national d'assurances ou d'un ensemble de fournisseurs régionaux d'assurances. On pourrait établir un système en vertu duquel chaque collectivité des Premières nations et des Inuits pourrait sélectionner, à partir d'une liste, les services qu'elle souhaite offrir localement et les services qui seraient fournis par l'intermédiaire d'un fournisseur régional ou national d'assurances. Une seconde option, connexe, consisterait à transférer une partie ou la totalité des services de santé non assurés à des organisations régionales des Premières nations et des Inuits plutôt qu'aux collectivités locales des Premières nations et des Inuits. Une troisième option serait que les grandes collectivités des Premières nations et des Inuits prennent en charge tous les services de santé non assurés et que les petites collectivités des Premières nations et des Inuits obtiennent les services par le biais d'un assureur régional ou national. Il serait logique, pour adapter l'une ou l'autre des approches ci-dessus, de définir et de documenter clairement chacun des modèles et de mener des projets pilotes suivis d'évaluations, pour déterminer l'efficacité des nouvelles structures de prestation des SSNA.

Quelle que soit la solution (ou la série de solutions) qu'on élaborera, celle-ci doit être rentable, adaptée aux besoins locaux et adaptable à la situation et aux capacités locales, afin qu'elle influe de façon positive sur le transfert des services de santé non assurés.

Recommandation n° 1 : Il faudrait prendre des mesures aux échelons national, régional et local pour veiller à ce que le transfert des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits qui souhaitent assumer la responsabilité directe de ces services se déroule de façon appropriée (y compris à un moment et selon un rythme raisonnables). Ces mesures peuvent notamment consister : à veiller à ce que les bureaux régionaux et national de la DGSPNI fournissent le soutien requis aux Premières nations et aux Inuits; à s'assurer que les Premières nations et les Inuits disposent des renseignements nécessaires aux fins du transfert (p. ex. données historiques, manuels des politiques et possibilités de formation); et à mettre en œuvre des mesures incitatives visant à assurer la rentabilité de l'administration et de la prestation des services de santé non assurés (p. ex. être en mesure de conserver les fonds excédentaires pour contrebalancer le dépassement des coûts au cours des années à venir et/ou être en mesure d'affecter les fonds à d'autres programmes de santé).

Recommandation n° 2 : Si les services de santé non assurés sont transférés à l'échelon local, il faudrait établir des enveloppes budgétaires appropriées et distinctes pour couvrir les coûts de la mise en œuvre, l'administration des services de santé non assurés et la prestation des services de santé non assurés, et ce, peu importe l'option de transfert mise en œuvre.

8.3 Modèles de transfert possibles

8.3.1 Approches de rechange

On a proposé un certain nombre d'options de gestion concernant le transfert du Programme des SSNA⁵⁷, dont les suivantes :

- *Le statu quo* – La DGSPNI continue d'exécuter le Programme des SSNA.
- *Cogestion* – La DGSPNI gère et administre le Programme des SSNA en partenariat avec les Premières nations et les Inuits. Le partenariat pourrait être établi à l'échelon national ou régional. La cogestion pourrait être effectuée de façon permanente ou intérimaire.
- *Administration par le biais d'un accord de contribution* – Les collectivités des Premières nations ou des Inuits administrent le Programme des SSNA au moyen des politiques et procédures actuelles de la DGSPNI. La DGSPNI ou un tiers assureur règle les demandes de paiement, ou les Premières nations et les Inuits versent les paiements demandés pour les services qu'ils administrent.
- *Régime d'assurance de soins de santé* – Les collectivités des Premières nations et des Inuits ou les membres de celles-ci reçoivent un financement de la DGSPNI ou négocient ou achètent des services par l'intermédiaire d'un tiers assureur privé.
- *Modèle intégré de services de santé communautaire* – Les collectivités des Premières nations et des Inuits assument la gestion du Programme des SSNA ainsi que de tous les autres services de santé communautaire qu'elles veulent gérer.
- *Transfert inconditionnel* – Un groupe des Premières nations ou des Inuits⁵⁸ assume l'entière responsabilité de l'exécution du Programme des SSNA, y compris l'établissement de la liste des services, l'identification des bénéficiaires admissibles, l'élaboration des politiques et des procédures, etc.

⁵⁷ Chacune de ces options est abordée plus en détail dans le rapport de 1996 intitulé *Rapport sur la gestion future du Programme des Services de santé non assurés, volume 1*, qui a été rédigé par le Groupe de travail mixte de l'APN/DGSM sur la gestion future du Programme des services de santé non assurés.

⁵⁸ Il pourrait s'agir d'une collectivité des Premières nations ou des Inuits, d'un conseil tribal des Premières nations ou d'une organisation des Inuits, d'une organisation provinciale-territoriale des Premières nations et des Inuits ou d'une organisation nationale des Premières nations et des Inuits.

- **Transfert conditionnel** – Une collectivité des Premières nations ou des Inuits assume l'entière responsabilité de l'exécution du Programme des SSNA en fonction de paramètres prédéterminés (p. ex. la DGSPNI établirait la liste des services offerts, les critères d'admissibilité, les procédures, etc.).
- **Autonomie gouvernementale** – Une collectivité des Premières nations ou des Inuits a tous les pouvoirs nécessaires pour affecter les ressources en santé aux priorités communautaires tant que les programmes obligatoires de santé communautaire sont offerts.
- **Mécanisme de financement unique** – Une collectivité des Premières nations ou des Inuits intègre le financement du Programme des SSNA dans la négociation d'un accord de financement unique. Ces accords peuvent comprendre des ressources provenant de plusieurs ministères.
- **Société autochtone à but lucratif** – Une société autochtone à but lucratif établit un contrat avec la DGSPNI et les collectivités des Premières nations et des Inuits en vue du traitement des demandes de paiement des SSNA.

Il existe un réseau d'organisations des Premières nations et des Inuits à l'échelle du Canada. Chacune de ces organisations a ses propres traditions. Un grand nombre d'entre elles doivent relever des défis sur les plans, notamment, géographique, sociodémographique et économique qui nécessitent des approches uniques pour la prestation des soins de santé. Par conséquent, aucun modèle de services de santé ne conviendra à toutes les collectivités des Premières nations et des Inuits. Au contraire, pour que les systèmes de santé des Premières nations et des Inuits soient efficaces, ils devront être conçus, gérés et administrés par la collectivité⁵⁹. En ce qui a trait au transfert du Programme des SSNA, cela signifie qu'il pourrait être nécessaire d'étudier plus d'une option de transfert afin que les interventions des services soient adaptées le mieux possible aux besoins de la collectivité dans le « contexte » de la collectivité.

Selon la présente évaluation, il semble que les différentes collectivités des Premières nations et des Inuits souhaiteraient adopter différentes options de transfert, et que le recours à différentes options est (du moins dans une certaine mesure) réalisable du point de vue de Santé Canada. Par exemple, à l'heure actuelle, les Premières nations de la Saskatchewan semblent favoriser le statu quo pour plusieurs raisons. On ne sait pas clairement si ce serait toujours le cas si l'on modifiait les questions du financement et des politiques concernant le Programme des SSNA, et la question plus générale des obligations découlant des traités. La majorité des collectivités des Premières nations et des Inuits où ont eu lieu des projets pilotes des SSNA fonctionnent dans le cadre d'accords de contribution. Certaines de ces collectivités pourraient privilégier cette option. D'autres collectivités pourraient privilégier une option différente si les questions du financement, des politiques et autres touchant l'administration des services de santé non assurés sont abordées. La nation crie de Bigstone fonctionne actuellement dans le cadre d'un modèle semblable à celui de la cogestion, mais elle semble se diriger vers l'adoption d'un

⁵⁹ Organisation nationale de la santé autochtone, *Making a difference. Submission to the Commission on the Future of Health Care in Canada*, 2001, Ottawa, Organisation nationale de la santé autochtone.

modèle intégré de services de santé communautaire. Le Conseil des Mohawks d'Akwesasne fonctionne présentement dans le cadre d'un accord de contribution en ce qui a trait aux SSNA, mais il semble aussi se diriger vers un modèle intégré de services de santé communautaire. La nation Nisga'a fonctionne dans le cadre d'un accord d'autonomie gouvernementale.

On ne sait pas au juste le nombre d'options différentes que l'on pourrait utiliser en vue de l'administration, de la gestion et de la prestation des services de santé non assurés, compte tenu des contraintes financières et administratives auxquelles Santé Canada fait présentement face et des limites sur les plans de l'environnement, des ressources et du soutien⁶⁰ auxquelles les Premières nations et les Inuits font face. Une des questions clés est de savoir s'il est réaliste d'établir des programmes complets de SSNA au sein des collectivités des Premières nations et des Inuits sans égard à la taille de celles-ci, à leur emplacement géographique, etc. Cette option pourrait exiger l'établissement de centaines de programmes de SSNA, dont un grand nombre seraient destinés à de très petites populations des Premières nations et inuites. L'adoption de cette approche nécessiterait un engagement important à l'égard de la formation et de la création d'emplois et entraînerait des coûts administratifs beaucoup plus élevés pour le Programme des SSNA. Il faut sopeser les inconvénients que le fait d'offrir de nombreuses options de gestion pour le Programme des SSNA pourrait occasionner à Santé Canada, par rapport aux avantages de confier aux collectivités des Premières nations et des Inuits (qui le désirent) la tâche d'administrer localement les services de santé non assurés « à un moment et à un rythme qui leur conviennent ».

Recommandation n° 3 : Santé Canada, en collaboration avec les organisations des Premières nations et des Inuits (aux échelons national, régional et local), devrait étudier plusieurs approches de rechange pour la prestation des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits.

Recommandation n° 4 : Si Santé Canada ainsi que les organisations des Premières nations et des Inuits jugent qu'il peut être souhaitable et possible d'adopter des approches de rechange pour la prestation des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits, il y aurait lieu de mener des projets pilotes supplémentaires afin d'évaluer les avantages et les défis pratiques liés à de telles approches.

8.3.2 Projets pilotes supplémentaires

Le transfert pourrait s'effectuer sous forme de projets pilotes qui progresseraient lentement vers le transfert, ou on pourrait décider de transférer les services de santé non assurés et prévoir une phase initiale de mise en œuvre qui durerait de trois à cinq ans.

⁶⁰ Les limites relatives à l'environnement peuvent comprendre l'emplacement géographique, la taille de la population et la prévalence des maladies chroniques au sein de la collectivité. Les limites relatives aux ressources peuvent comprendre le personnel, les locaux et les ressources financières. Les limites relatives au soutien peuvent comprendre le soutien du chef et du conseil de bande, des membres de la bande, des fournisseurs de soins de santé, et du bureau régional de Santé Canada.

La présente étude n'a pas fourni de réponse claire à la question de savoir s'il y aurait lieu ou non de mener des projets pilotes supplémentaires dans l'avenir. Une des raisons de cette situation tient au fait que l'on ne sait pas dans quelle mesure on peut se fonder sur les projets pilotes antérieurs pour faire des généralisations concernant d'autres collectivités des Premières nations et des Inuits qui songent à prendre en charge les services de santé non assurés dans le cadre d'un transfert. *Les préposés à la recherche estiment qu'il n'est pas raisonnable de répéter les projets pilotes antérieurs. À moins de régler les questions ayant trait au financement global, au financement du processus de réalisation des projets pilotes, et les questions liées aux politiques, le résultat de tout projet pilote futur pourrait bien être similaire à celui des projets pilotes antérieurs. À supposer qu'il soit possible de régler ces questions, on pourrait envisager les mesures suivantes : poursuivre la démarche au moyen d'un processus de projets pilotes amélioré; élaborer une approche graduelle dans le cadre de laquelle les projets pilotes constituent essentiellement la phase initiale de mise en œuvre du transfert des services de santé non assurés; et/ou mettre à l'essai de nouvelles approches pour l'administration et la prestation des services de santé non assurés.*

Si on décidait de mener des projets pilotes supplémentaires, il faudrait prévoir à cette fin : un budget adéquat pour la prestation des services; un budget distinct adéquat pour les coûts liés au projet pilote en soi; la prestation d'une formation initiale et permanente plus poussée au personnel; la prestation de soutien et de formation concernant l'infrastructure de l'information; un accès facile aux politiques et aux interprétations des politiques; une approche axée sur un cadre stratégique qui permettrait d'adapter les services à la situation locale; des documents d'information améliorés, et assez de temps pour mettre en œuvre le projet pilote afin qu'il soit possible de procéder à des évaluations significatives du processus de réalisation des projets pilotes.

Il est reconnu que certaines collectivités des Premières nations et des Inuits préféreraient peut-être assumer directement la responsabilité de tous les services de santé non assurés au lieu de participer à un projet pilote. Dans de tels cas, on pourrait simplement effectuer le transfert, ou procéder au transfert graduellement en consacrant les deux ou trois premières années à la mise en œuvre. Ce processus de mise en œuvre pourrait être semblable au processus de réalisation des projets pilotes, mais il ne s'agirait pas d'un projet pilote. Cette option pourrait s'ajouter à un processus de projets pilotes plus officiel ou le remplacer. Les recommandations suivantes s'appliquent aux projets pilotes *et* à la phase de mise en œuvre (qui équivaut à un projet pilote) d'un processus de transfert graduel.

Recommandation n° 5 : Santé Canada, en collaboration avec les organisations des Premières nations et des Inuits (aux échelons national, régional et local), devrait déterminer s'il y aurait lieu de mener d'autres projets pilotes des SSNA.

Recommandation n° 6 : Si des projets pilotes supplémentaires doivent avoir lieu dans l'avenir, Santé Canada, en collaboration avec les organisations des Premières nations et des Inuits aux échelons national, régional et local, devrait assurer l'établissement d'objectifs et d'attentes

réalistes à l'égard des projets pilotes et la communication claire de ceux-ci à tous les intervenants clés.

- Recommandation n° 7 :** Si des projets pilotes supplémentaires doivent avoir lieu dans l'avenir, Santé Canada, en collaboration avec les organisations des Premières nations et des Inuits, devrait s'assurer qu'il existe de la documentation sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'administration des projets pilotes et qu'elle est tenue à jour pendant la durée d'exploitation des projets pilotes. Cette documentation comprendrait notamment les éléments suivants : la marche à suivre pour présenter une demande de financement de projet pilote; les attentes relatives aux projets pilotes (p. ex. en matière de présentation de rapports et de reddition de comptes); des données historiques (p. ex. données sur le financement et l'utilisation); les politiques de base qui pourraient être adaptées à la situation locale (p. ex. processus d'appel); des manuels sur les politiques et de formation; et des documents d'information destinés aux intervenants clés.
- Recommandation n° 8 :** Si des projets pilotes supplémentaires doivent avoir lieu dans l'avenir, il faudrait prendre des mesures aux échelons national, régional et local pour faire en sorte que les projets pilotes soient représentatifs, dans l'ensemble, des questions contextuelles (p. ex. taille et emplacement géographique), des structures de gestion, des options de transfert, etc.
- Recommandation n° 9 :** Si des projets pilotes supplémentaires doivent avoir lieu dans l'avenir, il faudrait prendre des mesures aux échelons national, régional et local pour faire en sorte que les projets pilotes soient élaborés, mis en œuvre et administrés comme il se doit. Ces mesures consistent notamment : à veiller à ce que du personnel soit affecté expressément au processus de réalisation des projets pilotes à tous les niveaux; à assurer la disponibilité, aux échelons national et régional, de membres du personnel de la DGSPNI connaissant le Programme des SSNA ainsi que la situation locale et en mesure de fournir un soutien au personnel local des Premières nations et des Inuits; à prévoir assez de temps pour élaborer et mettre en œuvre le projet pilote avant la tenue d'une évaluation; à assurer la participation des gens à l'intérieur et à l'extérieur des collectivités; et à s'assurer que tous les secteurs des services de santé non assurés sont inclus dans les projets pilotes.
- Recommandation n° 10 :** Si des projets pilotes supplémentaires doivent avoir lieu dans l'avenir, il faudrait prendre des mesures aux échelons national, régional et local pour faire en sorte que ces projets fassent l'objet d'évaluations significatives. Ces évaluation comprendraient

notamment : une évaluation de la façon dont les projets pilotes ont été mis en œuvre et une évaluation des incidences à court et à long terme des projets pilotes du point de vue des principaux intervenants (p. ex. représentants officiels, personnel, clients et fournisseurs). Les évaluations devraient porter sur l'incidence des projets pilotes sur les éléments suivants: l'utilisation et les coûts des services de santé non assurés; l'utilisation d'autres services de santé; la santé individuelle et communautaire; etc. La planification des évaluations devrait avoir lieu dans le cadre de l'élaboration des projets pilotes.

Recommandation n° 11 : Si des projets pilotes supplémentaires doivent avoir lieu dans l'avenir, il faudrait établir des enveloppes budgétaires appropriées aux fins du processus de réalisation des projets pilotes à tous les niveaux. Ces enveloppes budgétaires devraient comprendre des ressources affectées à la prestation des services de santé non assurés, à l'administration des services de santé non assurés (p. ex. locaux, systèmes informatiques) et à la formation du personnel.

8.4 Mesures à prendre avant le transfert des services de santé non assurés

8.4.1 Introduction

Il faut étudier un certain nombre de questions avant d'élaborer et de mettre en œuvre le processus de transfert, et ce, que le transfert soit effectué directement ou par le biais de projets pilotes supplémentaires. Les recommandations qui suivent ont trait aux mesures qu'il y aurait lieu de prendre avant le transfert des services de santé non assurés.

8.4.2 Le Programme des SSNA et les services de santé

Comme nous l'avons déjà mentionné, le transfert des services de santé au contrôle des Premières nations et des Inuits a été approuvé en 1988. Toutefois, cette décision n'incluait pas le transfert du Programme des SSNA. Le transfert du Programme des SSNA au contrôle des Premières nations et des Inuits pourrait suivre un processus similaire à celui qui a été utilisé pour le transfert des services de santé communautaire, et par conséquent, les leçons retenues dans le cadre de ce processus pourraient s'appliquer ici aussi⁶¹. Cependant, il existe quatre différences importantes entre le Programme des SSNA et les services de santé, qui pourraient poser des défis considérables en ce qui a trait au transfert du Programme des SSNA⁶².

⁶¹ La Politique sur le transfert des services de santé a récemment fait l'objet d'une évaluation. Consulter le document suivant : J.G. Lavoie, J. O'Neil, L. Sanderson, B. Elias, J. Mignone, J. Bartlett, E. Forget, R. Burton, C. Schmeichel, et D. McNeil, *Évaluation de la Politique de transfert des services de santé aux Premières nations et aux Inuits*, 2004, Winnipeg (Manitoba), Centre de recherche en santé autochtone.

⁶² Government Performance Information Consultants (GPIC), *Evaluation framework: Non-Insured Health Benefits Pilot Projects. Draft*, 1988, Orleans (ON), GPIC.

- **Données** – Les taux d'utilisation et l'accroissement des marchés influent sur les ressources requises pour fournir les services de santé non assurés. Les préposés à la recherche croient comprendre que le programme national des SSNA dispose de données détaillées sur l'utilisation des services pharmaceutiques, des fournitures médicales et du matériel médical, et des services de soins dentaires. Les autres secteurs des services sont gérés à l'échelon régional, et la disponibilité ainsi que la qualité des données pertinentes varient.
- **Souplesse des fournisseurs du secteur privé** – La prestation des services de santé non assurés dépend des fournisseurs du secteur privé. Le choix des fournisseurs de soins de santé est restreint pour la plupart des collectivités rurales ou éloignées. Les problèmes tels que le roulement élevé et l'épuisement professionnel des fournisseurs de soins de santé, les barrières linguistiques et le manque d'intégration des systèmes de santé traditionnels et occidentaux sont tous des facteurs susceptibles d'influer sur la volonté et la capacité des fournisseurs du secteur privé à fournir des services dans le cadre du Programme des SSNA⁶³.
- **Expertise en matière de gestion** – La prestation des services de santé non assurés exige une connaissance de la gestion des services de santé qui n'existe peut-être pas à l'échelon communautaire.
- **Accessibilité aux services** – Pour assurer la prestation des services de santé non assurés, il faut être en mesure de veiller à ce que toutes les personnes admissibles bénéficient d'un accès égal aux services, et ce, peu importe leur lieu de résidence (p. ex. dans les réserves ou hors des réserves) et leur niveau de revenu. Toutefois, l'accessibilité peut poser un problème important pour les personnes vivant dans les collectivités autochtones situées à l'extérieur des zones urbaines, en raison de la situation géographique, de l'isolement et de la taille restreinte de la collectivité.

Compte tenu des différences mentionnées ci-dessus, nous recommandons de prendre les mesures suivantes pour faciliter tout processus futur de transfert des SSNA.

Recommandation n° 12 : Il y aurait lieu de recueillir et d'analyser des données aux échelons local, régional et national sur l'utilisation et sur l'établissement des coûts pendant plusieurs années afin de cerner les tendances et de se fonder sur celles-ci pour élaborer des programmes de santé pertinents, attribuer les fonds de façon appropriée, etc.

Recommandation n° 13 : Il y aurait lieu de prendre des mesures aux échelons national, régional et local afin d'encourager la participation soutenue des fournisseurs de soins de santé compétents au Programme des SSNA. Ces mesures peuvent notamment consister : à mettre en place des mesures incitatives à l'intention des Premières nations et des Inuits pour qu'ils suivent une formation et travaillent dans

⁶³ *Ibid.*

divers domaines liés à la santé (p. ex. dentisterie, ophtalmologie); à embaucher des fournisseurs de soins de santé (p. ex. opticiens, dentistes et pharmaciens) ou à conclure un contrat avec eux pour qu'ils offrent des services aux collectivités des Premières nations et des Inuits de façon régulière; et à rémunérer les fournisseurs en fonction de diverses options (p. ex. régimes de rémunération de rechange plutôt que paiement à l'acte).

Recommandation n° 14 : Il y aurait lieu de prendre des mesures pour veiller à ce que les responsables de l'administration, de la gestion et/ou de la prestation des services de santé non assurés à l'échelon local obtiennent les ressources nécessaires pour être en mesure d'exécuter les activités requises. Ces activités peuvent consister notamment : à recevoir une formation lorsqu'ils commencent à travailler au sein du Programme des SSNA; à recevoir une formation continue sur les services de santé non assurés de façon régulière (p. ex. tous les ans); à recevoir des renseignements de façon régulière au sujet de ce qui est couvert et de ce qui ne l'est pas dans tous les secteurs des services de santé non assurés; et à communiquer avec les personnes-ressources désignées des bureaux régionaux et national de la DGSPNI (par courriel, par le biais d'un service d'information téléphonique sans frais, etc.) au sujet de questions précises liées au Programme des SSNA.

Recommandation n° 15 : Il y aurait lieu de prendre des mesures aux échelons national, régional et local pour s'assurer que toutes les personnes admissibles ont accès aux services de santé non assurés, et ce, peu importe leur lieu de résidence (p. ex. dans les réserves ou hors des réserves) et peu importe qui administre les services de santé non assurés. Ces mesures peuvent notamment consister : à fournir de l'information à toutes les personnes admissibles au sujet des services de santé non assurés qui sont disponibles et de la marche à suivre pour les obtenir, et à faire en sorte qu'il soit possible d'obtenir les autorisations requises en tout temps.

8.4.3 Questions financières

À l'heure actuelle, le Programme des SSNA semble être un service à la demande dont les budgets sont plafonnés. Pour que le Programme des SSNA continue de fournir tous les services de santé non assurés existants aux personnes qui satisfont aux critères d'admissibilité présentement en vigueur, il faut prévoir un financement suffisant. En ce qui concerne la question plus générale de la transférabilité du Programme des SSNA, de nombreux répondants des Premières nations et Inuits ont exprimé des préoccupations au sujet des plafonds budgétaires et de leur incidence sur la durabilité de l'administration et de la prestation locales des services de santé non assurés. L'une des questions clés qu'il faut aborder est la suivante : Dans quelle

mesure Santé Canada est-il prêt à couvrir les coûts complets des services de santé non assurés qui ont été transférés, et financièrement capable de le faire?

Recommandation n° 16 : Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, devrait procéder à l'examen de la méthodologie actuelle de financement et d'affectation des ressources du Programme des SSNA pour s'assurer que la formule de financement englobe tous les facteurs clés. À titre d'exemples de facteurs clés, mentionnons notamment les suivants : utilisation historique ajustée selon l'âge et le sexe; facteur relatif à l'utilisation accrue découlant de l'administration locale; répartitions futures estimatives de la population selon l'âge et le sexe; affectation pour l'administration et la formation continues; facteur d'inflation concernant les principaux inducteurs de coût; coûts et schémas d'utilisation à l'échelon régional; réformes provinciales de la santé; et autres facteurs connexes.

Recommandation n° 17 : Les budgets annuels du Programme des SSNA établis aux échelons national, régional et local devraient prévoir des augmentations du financement qui reflètent les facteurs clés dans la formule de financement (p. ex. utilisation accrue).

8.4.4 Objectifs et politiques

Les objectifs et les politiques du Programme des SSNA ne semblent pas être conformes à la prestation de services de santé non assurés dans les limites d'un budget plafonné, surtout si l'on tient compte du fait que l'enveloppe budgétaire actuelle est destinée à d'autres services de santé en plus des services de santé non assurés. Si on établit des plafonds budgétaires serrés, les Premières nations et les Inuits qui administrent les services de santé non assurés pourraient être obligés de restreindre les services, d'établir des conditions d'admissibilité fondées sur les besoins, d'imposer des frais modérateurs, et/ou de rayer des services de la liste, afin de respecter leurs budgets.

Recommandation n° 18 : Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, devrait procéder à l'examen (et à la révision, le cas échéant) des objectifs et des politiques du Programme des SSNA pour s'assurer qu'ils sont conformes à la façon dont les fonds consacrés au Programme des SSNA sont répartis.

Les conclusions de la présente étude donnent à penser qu'il faut régler un certain nombre de questions de politique pour que le processus de transfert soit couronné de succès. Par exemple, les politiques nationales actuelles visant les SSNA ne semblent pas toutes être pertinentes à l'échelon local. Il faut élaborer un processus, avec l'entière participation des Premières nations et des Inuits, concernant la façon d'élaborer, de modifier de mettre en oeuvre les politiques des SSNA.

Recommandation n° 19 : Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, devrait procéder à des examens continus des politiques clés, et/ou élaborer des politiques souples afin de veiller à ce que les politiques relatives à l'administration des services de santé non assurés soient appropriées à la situation locale.

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédent, l'intégration des services de santé non assurés à d'autres secteurs pourrait non seulement améliorer la santé individuelle et communautaire, mais aussi entraîner des économies de coût en ce qui concerne les services de santé non assurés. Pour que les divers programmes et services fonctionnent de façon efficace et efficiente ensemble, et à titre d'entité coordonnée axée sur la santé de la personne, il est important que le personnel des différents programmes travaille ensemble. Il peut également être important que le personnel des SSNA collabore avec le personnel d'autres organismes (tels que les régies régionales de la santé). Il faut établir des politiques et des procédures pour protéger la vie privée des clients et combler leurs besoins en matière de santé en s'assurant que les services et les programmes de santé pertinents sont en place⁶⁴.

Recommandation n° 20 : Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, devrait élaborer des politiques et des procédures générales visant à protéger la vie privée des clients et à combler leurs besoins en matière de soins de santé.

8.5 Questions opérationnelles et administratives

8.5.1 Introduction

La présente évaluation a fait ressortir un certain nombre de questions administratives qui influent sur l'administration et la prestation des services de santé non assurés. Les sections qui suivent présentent des commentaires sur ces questions ainsi que des recommandations pour l'avenir.

8.5.2 Documentation

Les répondants qui ont participé à la présente évaluation ont indiqué qu'ils avaient besoin de documentation concernant le Programme des SSNA dans plusieurs contextes. Par exemple, les clients et les fournisseurs ont dit qu'ils souhaitent obtenir de l'information sur ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas dans le cadre du Programme. Le personnel en poste dans certaines collectivités des Premières nations et des Inuits a mentionné la nécessité d'être tenu au courant des modifications apportées au Programme, de disposer de manuels des politiques, etc. Une partie des documents requis existent, mais ceux qui les demandent considèrent qu'ils ne sont pas aussi complets ou utiles qu'ils le souhaiteraient.

⁶⁴ Il convient de souligner que Santé Canada est assujéti à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, à la *Charte canadienne des droits et libertés*, et à la *Loi sur l'accès à l'information*. Il est également à souligner que Santé Canada a élaboré un code de protection des renseignements personnels relatif aux SSNA, qui décrit ses pratiques et ses responsabilités en matière de protection de la vie privée.

En raison de l'absence de documentation à jour sur le Programme des SSNA, il est difficile pour le personnel régional et national de la DGSPNI de se tenir au courant de ce qui est couvert et de ce qui ne l'est pas, de fournir un soutien aux Premières nations et aux Inuits à l'échelon local, etc. Ceci crée en outre des difficultés à l'échelon local pour les organisations des Premières nations et des Inuits lorsqu'elles s'efforcent d'administrer les services de santé non assurés de façon uniforme à l'intention de toutes les personnes admissibles, et ce, peu importe leur lieu de résidence. Il est également difficile dans ce contexte de procéder à des évaluations exhaustives du Programme des SSNA, du processus de réalisation des projets pilotes des SSNA et d'activités similaires.

Recommandation n° 21 : Il y aurait lieu de bien documenter les modifications apportées au Programme des SSNA et de communiquer régulièrement les renseignements pertinents aux intervenants clés au moyen de diverses méthodes.

Recommandation n° 22 : Il faudrait conserver la documentation relative au Programme des SSNA dans un endroit facile d'accès pendant au moins cinq ans.

8.5.3 Communication

Il semble qu'il soit nécessaire d'améliorer la communication à plusieurs niveaux. Au niveau des principaux intervenants en matière de politiques, il serait peut-être utile que les hauts fonctionnaires fédéraux rencontrent régulièrement les représentants supérieurs des organisations des Premières nations et des Inuits afin de discuter de questions de politique, de financement et d'administration concernant les services de santé non assurés. Au niveau opérationnel, il semble nécessaire de mieux documenter et décrire le Programme des SSNA ainsi que son fonctionnement à l'intention des fonctionnaires fédéraux, des organisations des Premières nations et des Inuits, ainsi que des intervenants clés (y compris les membres des Premières nations et les Inuits).

Recommandation n° 23 : Des représentants de la DGSPNI (aux échelons national et régional) devraient rencontrer régulièrement des représentants des organisations des Premières nations et des Inuits (aux échelons national, régional et local) afin de discuter de questions concernant les politiques, le financement et l'administration des services de santé non assurés.

Recommandation n° 24 : La DGSPNI ainsi que les organisations et les collectivités des Premières nations et des Inuits devraient élaborer, s'il y a lieu, de meilleurs plans de communication et documents d'information concernant le Programme des SSNA.

Recommandation n° 25 : Santé Canada (aux échelons national et régional) devrait veiller à ce que tout le personnel de la santé des Premières nations et des Inuits soit informé directement de toute modification apportée au Programme des SSNA. Il pourrait à cette fin diffuser des mises à

jour régulières sur le site Web de Santé Canada, publier des bulletins réguliers, transmettre des avis par courriel, télécopieur ou au téléphone, tenir des ateliers annuels, etc.

Recommandation n° 26 : Le personnel de la santé des Premières nations et des Inuits en poste à l'échelle du Canada pourrait veiller à ce que tous les intervenants pertinents (p. ex. administration de la bande, ensemble des personnes admissibles, fournisseurs, etc.) soient informés de toute modification apportée au Programme des SSNA.

8.5.4 Formation

De nombreux répondants qui ont participé à la présente évaluation ont dit que les membres des Premières nations et les Inuits qui sont responsables de l'administration locale des services de santé non assurés doivent posséder une formation adéquate. Cette formation doit être fournie au moment où ces personnes commencent à travailler au sein du Programme des SSNA, et de façon continue et régulière par la suite. La prestation d'une formation adéquate et permanente aux membres des Premières nations et aux Inuits responsables de l'administration, de la gestion et de la prestation des services de santé non assurés à l'échelon local pourrait aussi être un moyen de réduire le roulement du personnel.

Les membres des Premières nations et les Inuits responsables de l'administration et de la prestation des services de santé non assurés à l'échelon local comptent sur le personnel de la DGSPNI pour obtenir des renseignements et un soutien. Il est donc très important que le personnel de la DGSPNI aux échelons national et régional soit bien renseigné sur le Programme des SSNA; connaisse dans une certaine mesure le fonctionnement des autres programmes de santé administrés par la DGSPNI (p. ex. santé communautaire); possède une certaine connaissance des autres programmes administrés par d'autres ministères fédéraux, qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur les services de santé non assurés (p. ex. les programmes offerts par Affaires indiennes et du Nord Canada); et soit au courant des questions régionales et locales qui sont susceptibles d'influer sur la prestation des services de santé non assurés (p. ex. les réformes provinciales de la santé).

Recommandation n° 27 : Santé Canada devrait veiller à ce que tout le personnel de la DGSPNI, aux échelons national et régional, qui participe directement à l'administration, à la gestion et à la prestation des services de santé non assurés reçoive en permanence une formation sur le Programme des SSNA, sur d'autres programmes connexes, et sur les facteurs susceptibles d'influer sur le Programme des SSNA.

Recommandation n° 28 : Les membres du personnel des collectivités des Premières nations et des Inuits qui participent directement à l'administration locale des services de santé non assurés devraient recevoir une formation structurée et non structurée lorsqu'ils commencent à travailler au sein du Programme des SSNA, et de façon continue par la suite. La

formation structurée peut notamment consister à travailler étroitement avec le personnel compétent des SSNA au bureau régional de Santé Canada et à participer à des séminaires sur les lignes directrices, les procédures et les politiques en vigueur. La formation non structurée peut notamment consister à travailler étroitement avec le personnel compétent des SSNA au bureau régional de Santé Canada; à participer à des séminaires sur les lignes directrices, les procédures et les politiques en vigueur; à participer à des discussions avec d'autres organisations des Premières nations et des Inuits; et à participer à des discussions avec le personnel d'autres domaines liés à la santé.

Recommandation n° 29 : Il y aurait lieu d'élaborer et de tenir à jour régulièrement des manuels de formation de base sur tous les secteurs des services de santé non assurés à l'intention des fournisseurs et du personnel. Ces manuels devraient contenir des renseignements de base pouvant être adaptés à des fins d'utilisation locale.

Recommandation n° 30 : Le financement de la formation destinée au personnel de tous les échelons devrait être explicitement énoncé dans les budgets annuels du Programme des SSNA.

8.5.5 Logiciels

Un grand nombre de répondants qui ont participé à la présente évaluation ont mentionné la nécessité d'avoir accès à des systèmes informatiques et à des logiciels à jour pour être en mesure d'administrer les services de santé non assurés d'une manière plus rentable. Il est également à souligner que certaines initiatives de gestion des SSNA qui ont été mises en œuvre pour contrôler les coûts du Programme des SSNA nécessitent l'utilisation de systèmes informatiques et de logiciels. Ces initiatives comprennent les suivantes : automatisation du processus de paiement des services aux bénéficiaires; amélioration des pratiques financières et administratives; et amélioration des mécanismes de vérification et de reddition de comptes. Il est reconnu que la mise en œuvre de certaines des recommandations suivantes peut être très coûteuse. Toutefois, on croit que les économies qui seront réalisées à long terme seront plus importantes que la dépense initiale.

Recommandation n° 31 : Le personnel de tous les échelons (c'est-à-dire national, régional et local) qui participe aux services de santé non assurés (y compris le personnel responsable du paiement des factures) devrait avoir accès à des systèmes informatiques et aux logiciels pertinents. Cela comprend le personnel des bureaux national et régionaux de la DGSPNI ainsi que le personnel des collectivités des Premières nations et des Inuits à l'échelon local.

- Recommandation n° 32 :** Il faudrait élaborer ou adapter une base de données électronique portant sur tous les secteurs des services de santé non assurés, à des fins d'utilisation locale par les Premières nations et les Inuits, et ce, peu importe l'option de transfert qu'ils utilisent. Cette base de données devrait être compatible avec les systèmes et les programmes qui sont utilisés par les fournisseurs à l'échelle du pays, Santé Canada (aux échelons régional et national) et les autres intervenants.
- Recommandation n° 33 :** La base de données électronique devrait être conçue de façon à permettre la production d'analyses et de sommaires à des fins de comptabilisation et d'administration à tous les échelons (c.-à-d. national, régional et local). La base de données devrait en outre permettre aux organisations des Premières nations et des Inuits d'obtenir et de tenir à jour une liste de tous les membres de leur organisation qui sont admissibles aux services de santé non assurés.
- Recommandation n° 34 :** Il y aurait lieu de rédiger de la documentation et des manuels de formation concernant la base de données, et ceux-ci devraient être mis à jour de façon régulière. Cette documentation doit être fournie régulièrement aux personnes qui participent directement à l'administration et à la gestion des services de santé non assurés aux échelons national, régional et local.
- Recommandation n° 35 :** Le financement de la mise à jour et de l'amélioration des systèmes informatiques et des logiciels devrait être explicitement énoncé dans les budgets annuels du Programme des SSNA à tous les échelons (c.-à-d. national, régional, et local).

8.5.6 Assurance de la qualité et reddition de comptes

Si des centaines de collectivités des Premières nations et des Inuits mettaient toutes en œuvre des programmes distincts de services de santé non assurés, cela soulèverait une question importante et pourrait entraîner des coûts considérables, en particulier si chacune d'elles adopte une infrastructure d'information distincte. Plusieurs répondants qui ont participé à la présente étude ont formulé des commentaires sur le manque de renseignements pertinents. Les préposés à la recherche ont aussi été frappés par le manque de renseignements de base sur les programmes des SSNA. Les représentants des Premières nations et des Inuits et les fonctionnaires fédéraux devraient travailler ensemble pour élaborer des logiciels normalisés ou des normes concernant la collecte de données et la présentation de rapports, afin qu'il soit possible d'obtenir de bonnes données, et des données comparables, à l'échelle de tous les programmes des SSNA.

- Recommandation n° 36 :** Les représentants de Santé Canada et des organisations des Premières nations et des Inuits devraient travailler ensemble pour élaborer des logiciels normalisés, ainsi que des outils de collecte de

données et de présentation de rapports concernant le Programme des services de santé non assurés. Les outils doivent être relativement faciles à utiliser, et il faut exercer une surveillance régulière pour en assurer l'utilisation appropriée. De plus, les outils doivent fournir l'information exigée par Santé Canada (aux échelons national et régional) et par les organisations des Premières nations et des Inuits (aux échelons national, régional et local) pour faire en sorte que les services de santé non assurés soient fournis de la même façon à toutes les personnes admissibles à l'échelle du pays; que les objectifs du Programme des SSNA soient atteints; et que la DGSPNI ainsi que les organisations des Premières nations et des Inuits rendent compte comme il se doit de la façon dont les fonds affectés aux SSNA sont dépensés.

Pour veiller à ce que le Programme des SSNA, aux échelons national, régional et local, comble les besoins des Premières nations et des Inuits admissibles, d'une façon qui « respecte leurs besoins particuliers en matière de santé », il est important de surveiller en permanence l'incidence des modifications qui y sont apportées. Il peut s'agir de modifications touchant uniquement l'administration, la gestion et la prestation des services de santé non assurés; de modifications touchant d'autres domaines de la santé (tels que la santé communautaire), qui sont susceptibles d'influer sur l'administration, la gestion et la prestation des services de santé non assurés; ou de modifications touchant une combinaison de domaines. La surveillance de l'incidence de telles modifications pourrait avoir lieu sous de multiples formes, dont les suivantes : consignation de la rétroaction officielle des clients, du personnel et des fournisseurs; tenue de sondages officiels auprès des clients, du personnel et des fournisseurs (comme ceux effectués dans le cadre de la présente évaluation); et examen des données de gestion et/ou des données administratives (notamment les taux d'utilisation, les données sur la charge de travail et les données sur les coûts).

Recommandation n° 37 : L'incidence des modifications apportées au Programme des SSNA sur les divers intervenants clés devrait faire l'objet d'une surveillance régulière (p. ex. annuelle).

Recommandation n° 38 : L'incidence des modifications apportées à d'autres programmes de santé de la DGSPNI sur la prestation et l'administration des services de santé non assurés devrait faire l'objet d'une surveillance régulière (p. ex. annuelle).

Les répondants de certains sites pilotes ainsi que ceux de Bigstone, d'Akwesasne et de la nation Nisga'a ont souligné qu'il est important d'intégrer les services de santé non assurés à d'autres programmes en vue d'améliorer la santé individuelle et communautaire globale ainsi que l'efficacité et l'efficience de tous les programmes.

Recommandation n° 39 : Il faudrait étudier la possibilité d'inclure une partie des services de santé non assurés actuels dans d'autres programmes liés à la santé (p. ex. inclure les fournitures médicales et le matériel médical dans les soins à domicile et en milieu communautaire).

Recommandation n° 40 : Les organisations des Premières nations et des Inuits qui ont conclu une entente de transfert des services de santé ou qui sont intéressées à le faire devraient également étudier la question de savoir s'il est possible d'assumer l'administration des services de santé non assurés.

8.5.7 Questions fédérales de portée plus générale

Du point de vue politique et juridique, il semble que les opinions divergent quant à savoir si la prestation des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits constitue un droit ou s'il s'agit d'une question de politique. La question des responsabilités fiduciaires dépasse la portée du présent projet, et il est reconnu qu'elle ne peut pas être abordée uniquement par Santé Canada. Toutefois, les préposés à la recherche soulignent que cette question est susceptible d'influer considérablement sur le processus de transfert des SSNA.

Recommandation n° 41 : Les organismes gouvernementaux compétents (aux échelons national et provincial) devraient travailler avec les organisations des Premières nations et des Inuits afin de régler la question de la responsabilité du gouvernement fédéral à l'égard de la prestation des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits.

8.6 Conclusion

La possibilité d'améliorer la prestation des services de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits présente de grands défis, mais offre également de grandes possibilités de fournir les services de santé nécessaires d'une manière mieux adaptée et plus efficace. Les préposés à la recherche espèrent que les connaissances issues de la présente étude pourront servir à éclairer les décisions clés qui devront être prises en vue d'améliorer la prestation future des services de santé non assurés.