



Évaluation des prestations supplémentaires en santé pour les membres des Premières Nations et les Inuits (Programme des services de santé non assurés) 2009-2010 à 2014-2015

VERSION DÉFINITIVE

Rédigée par le
Bureau de l'audit et de l'évaluation
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du
Canada

Octobre 2017



Table des matières

Sommaire	iv
Réponse de la direction et plan d'action	x
1. Objet de l'évaluation	1
2. Description du programme	1
2.1 Contexte du programme	1
2.2 Profil du programme	2
2.3 Modèle logique du programme et description.....	5
2.4 Architecture d'alignement et ressources du programme.....	6
3. Description de l'évaluation	7
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation.....	7
3.2 Contraintes et stratégies d'atténuation	9
4. Pertinence : Enjeu n° 1 : Nécessité de maintenir le Programme.....	11
5. Pertinence : Enjeu n° 2 : Conformité aux priorités du gouvernement.....	19
6. Pertinence : Enjeu n° 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral.....	20
7. Rendement : Enjeu n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité) – Résultats immédiats	23
7.1 Catégorie des services pharmaceutiques	25
7.2 Catégorie de l'équipement médical et des fournitures médicales	33
7.3 Catégorie des soins dentaires	38
7.4 Catégorie du transport pour raison médicale.....	45
7.5 Catégorie des soins de la vue	56
7.6 Catégorie des services d'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme (SISMSCCT)	60
7.7 Collaboration.....	64
8. Rendement : Enjeu n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité) – Résultat à long terme	66
9. Rendement : Question 5 : Démonstration d'efficacité et d'économie.....	68
9.1 Efficacité du traitement des demandes de paiement	69
9.2 Gestion durable du Programme.....	76
9.3 Comparaisons avec d'autres programmes et régimes	82
10. Conclusions	93
10.1 Conclusions sur la pertinence.....	93
10.2 Conclusions relatives au rendement.....	94
11. Recommandations	96
Annexe 1 – Modèle logique	98
Annexe 2 – Résumé des constatations.....	100
Annexe 3 – Description de l'évaluation	110
Références	116

Liste des tableaux

Tableau 1 : Ressources du programme (dépenses réelles en M\$) ^a	7
Tableau 2 : Contraintes, répercussions et stratégies d'atténuation	9
Tableau 3 : Dépenses par catégorie de services (2009-2010 à 2014-2015)	24
Tableau 4 : Nombre de clients accédant aux services pharmaceutiques et taux d'utilisation.....	27
Tableau 5 : Demandes de paiement, demandes et appels concernant les services pharmaceutiques – 2014-2015	29
Tableau 6 : Nombre de clients accédant aux prestations d'EMFM et taux d'utilisation..	35
Tableau 7 : Nombre de clients accédant aux soins dentaires et taux d'utilisation	41
Tableau 8 : Demandes de paiement et demandes concernant les soins dentaires – 2014-2015	43
Tableau 9 : Disponibilité des données opérationnelles sur le TRM par région.....	49
Tableau 10 : Nombre de clients accédant aux services de TRM et taux d'utilisation – MANITOBA.....	50
Tableau 11 : Nombre de clients accédant aux services de TRM et taux d'utilisation – SASKATCHEWAN.....	51
Tableau 12 : Budget annuel du Programme des SSNA (en M\$) ^a	68
Tableau 13 : Dépenses du Programme des SSNA ^a , taux de croissance annuel et distribution par catégorie.....	71
Tableau 14 : Nombre de demandes de paiement remboursées et croissance annuelle en pourcentage par catégorie	73
Tableau 15 : Dépenses du Programme des SSNA ^a , taux de croissance annuel et distribution par type de dépense.....	75
Tableau 16 : Frais administratifs du Programme des SSNA (en M\$).....	76
Tableau 17 : Budget annuel (en M\$), dépenses (en M\$) du Programme des SSNA et écart.....	78
Tableau 18 : Dépenses annuelles (en milliers de dollars) et prévues (en milliers de dollars) du Programme des SSNA et écart.....	79
Tableau 19 : Les facteurs de coût et leurs incidences sur les coûts du Programme des SSNA.....	80
Tableau 20 : Comparaison des types de régimes d'assurance-médicaments et de prestations de services pharmaceutiques.....	84
Tableau 21 : Comparaison des types de régimes de prestations de soins dentaires	86
Tableau 22 : Comparaison des types de régimes de prestations d'EMFM	88
Tableau 23 : Comparaison des types de régimes de prestations des soins de la vue... ..	89

Liste des acronymes

APN	Assemblée des Premières Nations
AC	Accord de contribution
AC	Administration centrale
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
AFPDG	Agent financier principal de la Direction générale
AHP	Architecture d'harmonisation des programmes
BVA	Bureau du vérificateur général
C.-B.	Colombie-Britannique
CCEM	Comité canadien d'expertise sur les médicaments
CCMPT	Comité consultatif sur les médicaments et les produits thérapeutiques
CEM	Centre des exceptions pour médicaments
CVR	Commission de vérité et réconciliation du Canada
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
EAPA	Enquête auprès des peuples autochtones
ECMS	Enquête canadienne sur les mesures de la santé
EMFM	Équipement médical et fournitures médicales
ERS	Enquête régionale sur la santé des Premières Nations
ESBPN	Enquête sur la santé buccodentaire des Premières Nations
F et E	Fonctionnement et entretien
FPT	Fédéral, provincial et territorial
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
LDM	Liste des médicaments
MDTRM	Magasin de données sur le transport pour raison médicale
OAN	Organisations autochtones nationales
PCEM	Programme commun d'évaluation des médicaments
PT	Provinces et territoires
RASE	Régime d'avantages sociaux des employés
RSPN	Régie de la santé des Premières Nations
SCTRM	Système de consignation des transports pour raison médicale
SISMSCCT	Services d'intervention en santé mentale en situation de crise à court
terme	
SSNA	Services de santé non assurés
STRDPSS	Système de traitement des renseignements et des demandes de paiement pour services de santé
SVS	Système de vérification du statut
TI	Technologie de l'information
TRM	Transport pour raison médicale

Sommaire

La présente évaluation a pour objectif d'analyser la pertinence et le rendement des prestations supplémentaires en santé pour les membres des Premières Nations et les Inuits, dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (Programme des SSNA) de Santé Canada, pour la période de 2009-2010 à 2014-2015.

Cette évaluation est requise en vertu de l'article 42.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada. Elle a été menée dans le but de fournir à la haute direction de Santé Canada, aux organismes centraux, aux ministres, aux parlementaires et aux Canadiens une analyse neutre et crédible de la pertinence continue et du rendement (définis en termes d'efficacité, d'efficience et de rentabilité) du Programme des SSNA. De façon plus précise, cette évaluation fournira au sous-ministre de Santé Canada ainsi qu'à la haute direction des données fiables afin d'appuyer la prise de décision liée aux progrès réalisés par le Programme des SSNA dans ses efforts pour offrir des prestations de santé supplémentaires aux membres inscrits des Premières Nations et aux Inuits reconnus qui résident au Canada.

Le Programme des SSNA est un programme national de services de santé en place depuis longtemps, qui est administré par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. Aux termes d'un mandat approuvé par le Cabinet en 1997 qui s'appuie sur la *Politique sur la santé des Indiens* de 1979, le Programme offre, aux membres des Premières Nations (en réserve ou hors réserve) et aux Inuits reconnus qui sont admissibles et qui résident au Canada, des prestations de santé supplémentaires, de manière à contribuer à l'amélioration de leur état de santé.

En mars 2015, le Programme des SSNA était accessible à environ 825 000 clients admissibles, des membres inscrits des Premières Nations et des Inuits reconnus, sans égard à leur lieu de résidence au Canada. Ce programme donne accès à une gamme de biens et de services nécessaires pour des raisons médicales qui ne sont pas fournis aux clients admissibles par un autre régime, privé ou provincial/territorial (P/T). Le Programme offre notamment l'accès à des services pharmaceutiques, à de l'équipement médical et à des fournitures médicales (EMFM), aux soins dentaires, aux soins de la vue, à des services d'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme (SISMSCCT) et au transport pour raison médicale (TRM), pour accéder à certains services de santé médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts dans la réserve ou la communauté de résidence.

Le Programme des SSNA est un programme de grande envergure, qui traite chaque année un nombre considérable de demandes de prestations de santé et dont les dépenses s'élèvent à environ 5,8 milliards de dollars pour la période de six ans visée par la présente évaluation (de 2009-2010 à 2014-2015 inclusivement). Par exemple, pour les demandes traitées en 2014-2015 portant sur des produits pharmaceutiques, de

l'EMFM ainsi que des soins dentaires, les paiements versés s'élèvent à plus de 17 millions de dollars.

Le Programme des SSNA a pour objectif d'offrir des services de santé non assurés aux membres des Premières nations et aux Inuits admissibles d'une manière qui :

- est adapté à leurs besoins de santé particuliers;
- aide les membres des Premières nations et les Inuits à atteindre un niveau de santé global comparable à celui de la population canadienne en général;
- est durable 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, au moment et au rythme qui leur conviennent.

Constatations et conclusions relatives à la pertinence du Programme

Le Programme des SSNA demeure nécessaire et important, compte tenu des inégalités en santé entre la population canadienne non autochtone et celle des membres des Premières nations et des Inuits. Le Programme répond aux besoins établis en matière de santé, en offrant des prestations et des services qui pourraient ne pas être offerts aux clients en son absence.

Sans ce programme, la majorité de la population admissible n'aurait pas accès aux mesures de soutien, aux prestations et aux services essentiels dont elle a besoin pour améliorer ou maintenir son état de santé. Compte tenu des taux élevés de maladies chroniques et aiguës présents chez les Inuits et les Premières nations, jumelés aux défis continus liés à l'accessibilité à des services de soins de santé sûrs et culturellement adaptés et à des conditions socioéconomiques pour de nombreuses collectivités, les prestations et services offerts en vertu du Programme des SSNA font partie inhérente des efforts continus visant à diminuer les importantes disparités en matière de santé qui touchent les Inuits et les Premières nations par rapport au reste de la population canadienne.

Il ne fait aucun doute que le Programme des SSNA est harmonisé aux grandes priorités du gouvernement fédéral, ainsi qu'aux résultats stratégiques de Santé Canada.

Santé Canada, par l'intermédiaire de la DGSPNI, offre des programmes et des services de santé aux membres des Premières nations et aux Inuits en fonction des énoncés de politique et du mandat approuvés par le Cabinet et de la mission du Ministère. L'amélioration de la santé des Autochtones est une responsabilité que se partagent les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les partenaires autochtones. Dans les cas où un service est assuré par un autre régime, l'un des principes directeurs veut que le Programme des SSNA serve d'intermédiaire principal et coordonne le paiement, afin d'assurer que l'autre régime respecte ses obligations et d'éviter que le client se voie refuser le service.

Constataions et conclusions relatives au rendement du programme

Les taux d'utilisation du Programme des SSNA sont demeurés relativement constants au cours de la période visée par l'évaluation, dans les catégories qui ont pu être analysées grâce à des données administratives (c.-à-d. services pharmaceutiques, soins dentaires et EMFM). En 2014-2015, le Programme a permis à plus de 825 000 clients admissibles d'accéder à des prestations. Au cours de la même année, environ les trois quarts (72 %) des clients admissibles ont reçu au moins une prestation liée aux services pharmaceutiques, aux soins dentaires et à l'EMFM. La catégorie des services pharmaceutiques est celle qui présente les taux annuels d'utilisation les plus élevés : de 63 à 66 % des clients admissibles ont reçu au moins un paiement pour des services pharmaceutiques au cours d'une année donnée (entre 441 000 et 499 000 personnes par année), suivi des services dentaires : de 35 à 38 % des clients admissibles (entre 249 000 et 288 000 personnes par année) et de l'EMFM : 7 % des clients admissibles (entre 51 000 et 56 000 personnes par année).

Certains des clients ayant accès à des prestations du Programme des SSNA ont rencontré des difficultés et des obstacles variés. Des difficultés citées pour chaque catégorie de prestations, bon nombre de celles-ci étaient attribuables à des problèmes d'information sur les inclusions/exclusions plutôt qu'à des problèmes d'accès aux prestations. Des difficultés relatives à la coordination des prestations entre les SSNA et les régimes provinciaux ont été citées comme exemple de situation que Santé Canada est en mesure de régler. Le financement des navigateurs du Programme des SSNA, qui aident les clients à accéder aux prestations du Programme, a contribué à améliorer la coordination.

Les décisions et les politiques qui concernent les services pharmaceutiques sont celles qui s'appuient le plus fortement sur des éléments probants, tandis que celles qui concernent les catégories des soins dentaires et de l'EMFM utilisent activement et intègrent des données scientifiques. La nature des décisions qu'on est contraint de prendre pour chaque catégorie de prestations diffère, étant donné que ces trois catégories (soins pharmaceutiques, soins dentaires et EMFM) sont largement assujetties aux preuves scientifiques actuelles pour l'administration efficace des prestations. Les données administratives, telles que les données sur l'utilisation, sont incomplètes pour certaines catégories de prestation. De telles difficultés minent la capacité du Programme d'analyser ces données et d'utiliser les résultats afin de contribuer aux activités de planification, d'élaboration de politiques et d'amélioration des programmes. C'est particulièrement le cas dans la catégorie du TRM, dont une part importante est gérée par l'entremise d'accords de contribution.

La conformité fait l'objet d'un suivi efficace dans trois des six catégories : services pharmaceutiques, soins dentaires et EMFM. Les trois autres catégories, bien qu'elles ne disposaient pas d'un programme systématique et centralisé de vérification, ont fait l'objet de vérifications internes ou externes au cours de la période visée par l'évaluation. Les vérifications ont donné lieu à la formulation de recommandations d'améliorations

afin de s'assurer de la conformité des clients et des fournisseurs. Le Programme a pris des mesures pour donner suite aux diverses recommandations (p. ex. vérifications régionales du TRM, processus nationaux d'inscription des fournisseurs de soins de la vue et des SISMSCCT).

Globalement, il est difficile de rendre compte de l'atteinte des résultats attendus dans certaines catégories, en raison de problèmes liés aux données administratives (p. ex. TRM, SISMSCCT, soins de la vue), en particulier l'exhaustivité et l'uniformité des données. Dans deux des catégories les plus vastes (services pharmaceutiques et soins dentaires), les services sont majoritairement fournis à partir de l'administration centrale, ce qui contribue à une collecte plus systématique des données administratives servant à mesurer et à suivre les extrants et les résultats. Bien que la catégorie du TRM compte pour environ le tiers des dépenses du Programme, les données administratives incomplètes nuisent à la mesure et la surveillance systématiques des extrants et des résultats.

Le Programme des SSNA est vaste et complexe. Il porte sur plusieurs catégories de services et comporte divers systèmes de prestation des services, en plus d'être influencé par d'importants facteurs de coût qui peuvent être instables et qui, pour la plupart, échappent au contrôle du Programme. Ces facteurs de coût peuvent faire augmenter considérablement les dépenses et accentuent les difficultés liées à la gestion d'un programme aussi vaste et d'une telle complexité. Malgré cette réalité, au cours de la période visée par l'évaluation, le Programme a réussi à maintenir la croissance de ses dépenses globales à l'intérieur des limites compte tenu de la croissance de la population générale admissible.

Des indicateurs de rentabilité précis, comme les frais administratifs par demande, démontrent que les catégories dont l'unification administrative est la plus marquée (services pharmaceutiques, soins dentaires et, dans une certaine mesure, EMFM) maintiennent leur rentabilité. Certains des facteurs qui contribuent au maintien de la rentabilité comprennent des frais administratifs négociés, des grilles tarifaires établies, un système de transactions intégré et l'accessibilité des données administratives qui peuvent servir à la surveillance et à l'évaluation efficace de la rentabilité des activités de gestion des demandes dans ces catégories. Dans les catégories présentant une unification administrative moindre (TRM, soins de la vue et SISMSCCT), il est difficile de déterminer le niveau de rentabilité en raison de données administratives incomplètes sur les extrants pouvant être associées aux coûts. Ainsi, on pourrait éventuellement envisager l'accroissement des fonctions administratives pour certaines de ces catégories.

Recommandation 1

Examiner les procédures et les pratiques de coordination des services du Programme des SSNA et les harmoniser avec d'autres régimes de soins de santé complémentaires publics et privés pour assurer la clarté, limiter les retards et faciliter l'accès aux services par les clients.

L'évaluation a permis de constater que les processus de coordination des services du Programme des SSNA avec ceux des autres régimes publics et privés de prestations de santé supplémentaires causent des difficultés aux clients et aux partenaires. L'ambiguïté des procédures de coordination des prestations est, en partie, attribuable au manque de clarté du rôle du Programme des SSNA, comme « payeur de dernier recours » parmi les régimes de prestations, ce qui peut occasionner des délais inutiles et de la confusion chez les clients qui désirent obtenir des prestations. En déployant des efforts supplémentaires pour clarifier et simplifier les procédures de coordination des services et les communications connexes, le Programme pourrait améliorer et clarifier la prestation des services aux membres des Premières nations et aux Inuits.

Recommandation 2

Envisager de mener une analyse stratégique dans des régions géographiques précises afin de soutenir l'amélioration des services de santé locaux pour améliorer l'accès aux soins et réduire progressivement les dépenses du TRM lorsque cela est possible.

Contrairement aux autres catégories, qui peuvent être directement associées à l'état de santé et aux besoins en traitements d'une personne, la catégorie du TRM dépend davantage du lieu de résidence de la personne que de son état de santé et de ses besoins en traitements. D'une façon similaire, les facteurs de coût, les fournisseurs et la nature des services fournis dans cette catégorie sont relativement uniques par comparaison avec les autres catégories du Programme des SSNA et peut-être plus difficiles à unifier sur un plan administratif. Ces différences, combinées avec certains des problèmes d'intégrité des données qui nuisent à la surveillance et à la mesure du rendement des services dans la catégorie du TRM, laissent croire qu'il y aurait lieu d'explorer d'autres modèles de gestion de cette catégorie.

Recommandation 3

Envisager de normaliser davantage la collecte de données administratives dans l'ensemble des régions pour le TRM, les soins de la vue et les SISMSCCT afin d'améliorer la surveillance et la démonstration des résultats du Programme comme les résultats concernant l'accès (p. ex. taux d'utilisation, approbations, refus et appels).

Même si l'on recueille une grande quantité de données dans le cadre du Programme des SSNA, l'intégrité des données est problématique dans trois des catégories, soit le TRM, les soins de la vue et les SISMSCCT. Il est nécessaire d'améliorer la collecte de données sur ces trois catégories dans toutes les régions, afin que l'administration du Programme puisse surveiller et présenter les résultats du Programme, en particulier en ce qui concerne l'accessibilité des prestations. L'amélioration de la collecte de données sur la catégorie du TRM est une priorité, compte tenu de la croissance considérable qu'elle a connue au cours de la période visée par l'évaluation et de la portion importante des dépenses totales du Programme qu'elle représente pour cette même période.

Réponse de la direction et plan d'action

Évaluation des prestations supplémentaires en santé pour les membres des Premières Nations et les Inuits (Programme des services de santé non assurés) 2009-2010 à 2014-2015

Recommandation	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilisation	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les principaux produits livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Indiquer quelles ressources humaines et financières sont nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
1.Examiner et simplifier les procédures et les pratiques de coordination des services du Programme des SSNA (PSSNA) par rapport à celles d'autres régimes publics et privés de prestations supplémentaires en santé, pour les rendre plus claires, réduire les délais au minimum et faciliter l'accès aux prestations pour les clients..	La direction convient d'examiner et de simplifier les procédures de coordination des services en mettant l'accès sur les régimes privés de prestations supplémentaires en santé. Le PSSNA n'est pas partie de la relation entre les clients et leur assureur privé et ainsi ne peut pas obliger ces assureurs à respecter leurs obligations envers	<ul style="list-style-type: none"> Examiner les procédures et les pratiques de coordination des services Si nécessaire, transmettre des directives supplémentaires au personnel du Programme au sujet des procédures simplifiées Transmettre des communications aux clients pour préciser les pratiques de 	<p>1. Examen des procédures et des pratiques de coordination des services</p> <p>2.Transmission de directives supplémentaires (si nécessaire) au personnel du Programme au sujet des procédures simplifiées</p> <p>3.Communications aux clients</p>	<p>1.T2 (septembre) – 2017/2018</p> <p>2.T3 (décembre) – 2017/2018</p> <p>3.T2 (septembre) – 2017/2018</p>	SMA principal, DGSPNI DG, SSNA, DGSPNI	S.O.

Recommandation	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilisation	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les principaux produits livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Indiquer quelles ressources humaines et financières sont nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
	leurs propres clients qui paient des primes de protection (ou les clients au nom desquels des primes sont payées). La plupart des régimes publics n'offrent pas, en raison de politiques ou de lois, de protection étendue aux clients admissibles au PSSNA (la plupart ne coordonnent pas les services avec ceux d'autres assureurs puisque les régimes publics offrent plus souvent une protection seulement lorsque le client n'en a pas autrement). Lorsqu'un régime public n'offre pas de protection aux clients admissibles du	coordination des services; déterminer un point de contact pour la résolution des questions relatives à la coordination <ul style="list-style-type: none"> Avec le gouvernement de l'Ontario, examiner les options de coordination en ce qui concerne l'Assurance-santé Plus (OHIP+) 	4 Discussion sur une collaboration potentielle	4.T2 (septembre) – 2017/2018		

Recommandation	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilisation	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les principaux produits livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Indiquer quelles ressources humaines et financières sont nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
	PSSNA, la coordination des services fonctionne bien en général. En cas de chevauchement avec d'autres régimes publics, le Programme examinera des dispositions avec des partenaires provinciaux et territoriaux.					
2. Envisager de mener une analyse stratégique dans des régions géographiques précises, pour soutenir l'amélioration des services de santé locaux et améliorer l'accès	La direction convient de mener des analyses pour déterminer les possibilités d'améliorer les services de santé locaux et améliorer l'accès aux soins.	<ul style="list-style-type: none"> Avec les régions du PSSNA, ainsi que des partenaires et d'autres programmes de la DGSPNI, déterminer dans quelles régions géographiques il sera possible de soit a) amener les fournisseurs dans les communautés, 	Avec les régions du PSSNA, ainsi que des partenaires et d'autres programmes de la DGSPNI : 1. Répertorier les dispositions actuelles prises pour amener les fournisseurs de services dans les communautés, déterminer les pratiques exemplaires;	1.T4 (février) 2017/2018	SMA principal, DGSPNI SMA, opérations régionales, DGSPNI Hauts fonctionnaires régionaux de la DGSPNI DG, SSNA, DGSPNI	À confirmer en fonction des analyses à mener pendant l'exercice 2017/2018

Recommandation	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilisation	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les principaux produits livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Indiquer quelles ressources humaines et financières sont nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
aux soins et réduire progressivement les dépenses du transport pour raison médicale (TRM) dans la mesure du possible.		soit b) rapprocher les services de la communauté, pour améliorer l'accès aux soins. Commencer par des évaluations dans le nord de l'Ontario et du Manitoba.	2.Déterminer les possibilités de rapprocher les services dans les communautés du nord de l'Ontario et du Manitoba 3.Avec le CIAD et les services juridiques, élaborer un accord de contribution uniforme et/ou un modèle de contrat permettant facilement aux régions et à d'autres secteurs de programme de la DGSPNI (p. ex. soins primaires) d'amener des fournisseurs dans les communautés ou de rapprocher des services 4.Rendre compte au comité de la haute direction de la DGSPNI	2.T2 (septembre) 2018/2019 3.T4 (février) 2017/2018 4.T2 (septembre) 2018/2019		

Recommandation	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilisation	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les principaux produits livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Indiquer quelles ressources humaines et financières sont nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
			des constats et des progrès			
3. Envisager d'améliorer l'uniformisation de la collecte de données administratives sur les dépenses associées au TRM, aux soins de la vue et au counseling en santé mentale (CSM) dans toutes les régions, pour améliorer le suivi et la démonstration des résultats à l'échelle du Programme, comme l'accès (p. ex. taux d'utilisation, approbations, appels).	La direction approuve la recommandation et a obtenu des fonds, dans le cadre du Budget 2017, pour procéder à l'acquisition de nouveaux systèmes de traitement de l'information/des demandes pour chacune de ces catégories de services, qui serviront notamment à améliorer l'uniformisation de la collecte de données administratives sur le SSNA à l'échelle nationale.	Réattribuer le contrat de Services des renseignements et de traitement des demandes de paiement pour les services de santé (SRTDPSS) du PSSNA pour qu'il comprenne le traitement des demandes et des services associés pour les catégories des soins de la vue et de la santé mentale.	1. Publier une DP pour réattribuer le contrat de SRTDPSS (y compris les soins de la vue et le CSM) 2. Évaluation des soumissions pour le contrat de SRTDPSS (y compris les soins de la vue et le CSM) 3. Attribution du contrat de SRTDPSS (y compris les soins de la vue et le CSM) 4. Conception, essai et mise en œuvre du système de SRTDPSS	1. T1 (juin) 2017/2018 2. T2 (septembre) 2017/2018 3. T3 (décembre) 2017/2018 4. T3 (novembre) 2020/2021	SMA principal, DGSPNI DG, SSNA, DGSPNI	Équipe de projet de 6 ETP; Financement jusqu'à 23,9 M\$/5 ans (total pour les deux projets) prévu dans le Budget 2017
		Trouver une solution de système pour le	1. Définir la portée du projet;	1. T2 (sept.) 2017/2018	SMA principal, DGSPNI	Équipe de projet de 4 ETP;

Recommandation	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilisation	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les principaux produits livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Indiquer quelles ressources humaines et financières sont nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
		TRM qui, entre autres fonctionnalités améliorées, permettra d'améliorer l'uniformisation de la collecte de données administratives sur le SSNA à l'échelle nationale.	2. Mener des analyses du contexte, y compris les processus d'approvisionnement autochtone et les demandes d'information (DI) 3. Préparer les exigences fonctionnelles et la documentation de projet 4. Publier une DP; évaluer les soumissions et attribuer le contrat pour un système pour le TRM 5. Conception, essai et mise en œuvre du système pour le TRM	2.T4 (mars) 2017/2018 3.T3 (oct.) 2018/2019 4.T3 (oct.) 2019/2020 5.T4 (mars) 2020/2021	DG, SSNA, DGSPNI	Financement jusqu'à 23,9 M\$/5 ans (total pour les deux projets) prévu dans le Budget 2017

1. Objet de l'évaluation

La présente évaluation a pour objectif d'analyser la pertinence et le rendement des prestations supplémentaires en santé pour les membres des Premières nations et les Inuits, dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (Programme des SSNA) de Santé Canada, pour la période de 2009-2010 à 2014-2015.

L'évaluation a été effectuée conformément au paragraphe 42.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP), lequel exige que chaque ministère procède à un examen quinquennal de chaque programme de subventions ou de contributions en cours afin d'en évaluer la pertinence et l'efficacité. D'après la *Politique sur l'évaluation* du Conseil du Trésor du Canada (2009), un tel examen constitue une forme d'évaluation. Elle a été menée dans le but de fournir à la haute direction de Santé Canada, aux organismes centraux, aux ministres, aux parlementaires et aux Canadiens une analyse neutre et crédible de la pertinence continue et du rendement (définis en termes d'efficacité, d'efficience et de rentabilité) du Programme des SSNA. De façon plus précise, cette évaluation fournira au sous-ministre de Santé Canada ainsi qu'à la haute direction des données fiables afin d'appuyer la prise de décision liée aux progrès réalisés par le Programme dans ses efforts pour offrir des prestations de santé supplémentaires aux membres inscrits des Premières nations et aux Inuits reconnus qui résident au Canada.

2. Description du programme

2.1 Contexte du programme

L'amélioration de la santé des Autochtones est un objectif que doivent réaliser conjointement les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) ainsi que leurs partenaires inuits et des Premières Nations. En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, il incombe aux provinces et territoires d'assurer la prestation de services de santé assurés à tous les résidents des provinces et territoires (PT) admissibles, y compris les Autochtones. Santé Canada complète les programmes de santé provinciaux et territoriaux à l'intention des collectivités inuites et des Premières Nations à partir de politiques plutôt que de lois.

Le Programme des SSNA est un programme national de services de santé en place depuis longtemps, qui est administré par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. Aux termes d'un mandat approuvé par le Cabinet en 1997 qui s'appuie sur la Politique de 1979 sur la santé des Indiens, le Programme des SSNA offre, aux membres des Premières nations (en réserve ou hors réserve) et aux Inuits reconnus qui sont admissibles et qui résident au Canada, des prestations de santé supplémentaires, de manière à contribuer à l'amélioration de leur état de santé.

Une évaluation du Programme des SSNA menée en 2010 comprenait l'examen des activités réalisées au cours d'exercices 2005-2006 à 2008-2009. L'évaluation de 2010 a révélé que le Programme était pertinent et qu'il répondait aux besoins de sa clientèle, qu'il correspondait aux priorités du gouvernement fédéral et aux objectifs stratégiques du Ministère, et qu'il était conforme aux rôles et aux responsabilités du gouvernement fédéral. Elle a aussi révélé que les résultats escomptés à court et à moyen terme du Programme ont été atteints, que celui-ci a permis d'offrir des services fondés sur des données probantes et des interventions médicalement nécessaires, et que la prestation des services a pu être maintenue malgré certaines contraintes budgétaires.

2.2 Profil du programme

En mars 2015, le Programme des SSNA était accessible à environ 825 000 clients admissibles, des membres inscrits des Premières nations et des Inuits reconnus, sans égard à leur lieu de résidence au Canada. Ce programme donne accès à une gamme de biens et de services nécessaires pour des raisons médicales qui ne sont pas fournis aux clients admissibles par un autre régime, privé ou PT. Le Programme offre notamment l'accès à des services pharmaceutiques, à de l'équipement médical et à des fournitures médicales (EMFM), aux soins dentaires, aux soins de la vue, à des services d'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme (SISMSCCT) et au transport pour raison médicale (TRM), pour accéder à certains services de santé médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts dans la réserve ou la communauté de résidence.

Le Programme des SSNA est un programme de grande envergure, qui traite chaque année un nombre considérable de demandes de prestations de santé et dont les dépenses s'élèvent à environ 5,8 milliards de dollars pour la période visée par la présente évaluation (qui s'étend sur plusieurs années). Par exemple, pour les demandes traitées en 2014-2015 portant sur des produits pharmaceutiques, de l'EMFM ainsi que des soins dentaires, les paiements versés s'élèvent à plus de 17 millions de dollars. En 2014-2015, les ressources humaines du Programme comprenaient 449 équivalents temps plein.

Le Programme des SSNA a pour objectif d'offrir des services de santé non assurés aux membres des Premières nations et aux Inuits admissibles d'une manière qui :

- est adapté à leurs besoins de santé particuliers;
- aide les membres des Premières nations et les Inuits à atteindre un niveau de santé global comparable à celui de la population canadienne en général;
- est durable 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, au moment et au rythme qui leur conviennent.

Rôles et les responsabilités

Administration centrale nationale des SSNA

L'administration centrale (AC) nationale des SSNA est responsable de l'élaboration des procédures et des politiques nationales visant les SSNA, de l'analyse continue des dépenses pour appuyer la gestion du Programme, des communications du Programme à l'échelle nationale destinées aux clients et aux fournisseurs, de la participation des partenaires des organisations autochtones nationales (OAN), du soutien du système de traitement des renseignements et des demandes de paiement pour services de santé (STRDPSS), de l'élaboration et du maintien du Système de consignation des transports pour raison médicale (SCTRM) et du Magasin de données sur le transport pour raison médicale (MDTRM) à l'échelle nationale, et du règlement des demandes de paiement de médicaments avec restrictions, ainsi que du règlement de toutes les demandes de paiement de services dentaires liées à des traitements qui nécessitaient une prédétermination et des traitements orthodontiques.

Bureaux régionaux des SSNA

Les représentants des SSNA dans les bureaux régionaux de Santé Canada ont la responsabilité d'opérationnaliser et de gérer le paiement des demandes visant, principalement, le TRM, des soins de la vue et des prestations des SISMSCCT. Ces bureaux régionaux ont mis sur pied des centres d'appels pour gérer ces prestations. L'offre de ces services est également assurée par le biais d'accords de contribution (AC) entre les bureaux régionaux de Santé Canada et les organisations ou les communautés des Premières nations et des Inuits qui administrent certaines catégories du Programme des SSNA pour les membres de leurs communautés.

Communautés des Premières nations et des Inuits

Santé Canada a conclu des centaines d'AC avec des communautés des Premières Nations et des Inuits relativement à l'offre de certaines composantes du Programme des SSNA (principalement des prestations du TRM et 486 AC en 2013-2014) directement aux membres des communautés. Dans le cas du Conseil mohawk d'Akwesasne en Ontario et au Québec et de la nation crie de Bigstone en Alberta, les AC permettent d'assurer directement la prestation de l'ensemble des composantes du Programme des SSNA aux membres de leurs communautés.

De plus, deux gouvernements autochtones, le gouvernement Nisga'a Lisims, en Colombie-Britannique (C.-B.), et le gouvernement Nunatsiavut, à Terre-Neuve-et-Labrador, assument l'entière responsabilité des SSNA dans le cadre des ententes qu'ils ont conclues en matière d'autonomie gouvernementale.

Territoires

Santé Canada offre les services du Programme des SSNA directement à des clients au Yukon. Au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest, et des parties du Programme sont administrées par le biais d'AC avec les gouvernements territoriaux.

Colombie-Britannique

En 2013, la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) de la C.-B. assumait la responsabilité des programmes et des services autrefois offerts par la DGSPNI de Santé Canada aux clients des Premières Nations habitant en C.-B. conformément à l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et aux accords auxiliaires. Dans le cas des clients inuits habitant en C.-B., le Programme des SSNA continue de fournir des prestations de santé supplémentaires.

Prestation des services

La prestation des services fournis en vertu du Programme des SSNA est assurée grâce à des cadres politiques nationaux disposant de modèles de prestation qui peuvent être adaptés pour tenir compte des considérations propres à chaque région et communauté, y compris de l'harmonisation avec les pratiques PT. La prestation du Programme des SSNA est complexe et englobe des ententes de services avec des fournisseurs de soins de santé, les gouvernements territoriaux, le secteur privé ainsi que les Premières nations et les Inuits.

Environ 60 % des dépenses liées aux prestations sont fournies dans le cadre d'ententes de services avec les fournisseurs inscrits (p. ex. dentistes, pharmaciens) qui, pour la plupart, sont administrées par l'intermédiaire du STRDPSS. Les fournisseurs facturent directement le Programme des SSNA pour le remboursement des services pharmaceutiques, de l'EMFM ainsi que des soins dentaires par l'intermédiaire de ce système. La plupart des autres services (à savoir TRM, soins de la vue et SISMSCCT), ainsi que des fractions des services pharmaceutiques et des soins dentaires, sont offerts par l'entremise des bureaux régionaux de Santé Canada qui travaillent en collaboration avec les organisations des Premières Nations et des Inuits qui administrent le Programme à l'échelle régionale et communautaire, souvent par le biais d'AC.

Le Programme des SSNA ne fournit pas directement de services à ses clients, il compte plutôt sur les pharmaciens, les dentistes et d'autres fournisseurs professionnels de la santé pour assurer la prestation des services aux clients. Par l'entremise du STRDPSS, de contrats et d'autres mécanismes, le Programme rembourse aux fournisseurs les coûts liés aux services admissibles. La plupart des services sont limités à ce qui relève de la nécessité médicale, alors que certains services exigent une autorisation préalable pour la couverture, ont fixé des frais et sont soumis à des restrictions fréquentes.

Compte tenu de l'absence de quotes-parts ou de déductions, les clients du programme ne sont pas tenus de cotiser pour bénéficier des prestations.

Modèles de prestation du Programme

Dans les régions du Yukon, de l'Alberta, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Ontario, du Québec et de l'Atlantique, les modèles de prestation suivants sont utilisés :

- Une prestation directe à partir de l'AC nationale du Programme des SSNA (services pharmaceutiques, frais de service des soins dentaires et des soins d'orthodontie);
- L'offre de services se fait principalement à partir des régions (TRM, articles d'EMFM, soins de la vue et SISMSCCT).

Au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest, le Programme des SSNA est administré par le biais d'un AC conclu avec deux gouvernements territoriaux.

Interaction avec d'autres programmes

Hormis le TRM, toutes les provinces et tous les territoires administrent une forme ou une autre des programmes de prestations supplémentaires¹. Ces programmes visent généralement les personnes âgées, les personnes qui ont besoin d'une aide financière ou celles ayant des besoins particuliers sur le plan de la santé. De plus, des prestations pharmaceutiques d'employeurs (comme le Régime de soins de santé de la fonction publique) ainsi que des services achetés par les particuliers sont offerts par différentes entreprises du secteur privé.

Les documents de Santé Canada déterminent constamment le rôle du Programme des SSNA comme « payeur de dernier recours », conformément à l'énoncé de mandat du Programme approuvé par le Cabinet qui indique que « lorsqu'un service est couvert par un autre régime, le programme des SSNA agit comme principal intervenant pour coordonner les paiements afin de s'assurer que l'autre régime remplira ses obligations de sorte que les bénéficiaires ne se voient pas refuser un service ». Par exemple, le Rapport annuel 2014-2015 du Programme des SSNA indique ce qui suit : « dans les cas où les clients sont admissibles à des services en vertu d'un régime d'assurance privé, d'un régime d'assurance-maladie public ou d'un programme social public, des demandes de paiement doivent d'abord être présentées à ces régimes et programmes avant qu'une demande soit soumise au Programme des SSNA » (Santé Canada, p. 7). Les cadres et les guides sur les prestations offertes dans le cadre du Programme des SSNA indiquent que les prestataires doivent s'adresser aux programmes de soins de santé publics ou privés ou aux programmes provinciaux/territoriaux auxquels ils sont admissibles avant d'effectuer une demande au Programme des SSNA.

2.3 Modèle logique du programme et description

Le résultat escompté à long terme du Programme est que les SSNA soient offerts d'une manière qui contribue à l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations et des

¹ Le terme « supplémentaire » est utilisé pour désigner les prestations en santé qui ne sont pas assurées dans le cadre des régimes d'assurance-maladie PT offerts à tous les résidents, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.

Inuits. De nombreux extrants et résultats immédiats et intermédiaires doivent être réalisés avant d'atteindre cet objectif final. Les extrants dans le modèle logique du Programme des SSNA sont répartis dans cinq domaines :

- Prestation des services (services fournis)
- Renforcement des capacités
- Collaboration et participation des intervenants
- Collecte de données, analyse et surveillance
- Élaboration de politiques et partage des connaissances.

Ces extrants devraient générer les résultats escomptés suivants :

Résultats immédiats

- Accès des clients admissibles à des SSNA transférables de façon uniforme, à l'échelle nationale (répondant à leurs besoins particuliers en matière de santé)
- Politique des prestations et élaboration du Programme fondées sur des données probantes (conforme aux pratiques exemplaires de la prestation de services de santé)
- Traitement efficace des demandes de paiement dans le cadre du Programme des SSNA (dans les régions et à l'AC)
- Respect des exigences du Programme par le client et le fournisseur
- Relations de collaboration avec les partenaires et les intervenants afin de faciliter la prestation de services.

Résultat intermédiaire :

- Gestion économique et durable du programme des SSNA.

Le Programme vise à rejoindre environ 825 000² membres des Premières Nations et Inuits admissibles à recevoir des prestations dans le cadre du Programme. Pour être admissible, un bénéficiaire doit résider au Canada et doit être :

- un Indien inscrit en vertu de la *Loi sur les Indiens*;
- un Inuit reconnu par l'une des organisations inuites de revendication territoriale;
- un enfant de moins d'un an dont le parent est un bénéficiaire admissible.

Le lien entre les extrants et les résultats escomptés est illustré par le modèle logique (voir l'annexe 2). L'évaluation visait à mesurer le niveau de réalisation des extrants et des résultats immédiats et intermédiaires définis au cours de la période donnée.

2.4 Architecture d'alignement et ressources du programme

Dans le cadre de l'architecture d'alignement des programmes (AAP) de Santé Canada, le Programme des SSNA est le programme 3.2 : Prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits. Le Programme des

² Il s'agit du nombre approximatif de bénéficiaires admissibles en 2014-2015.

SSNA appuie le résultat stratégique 3 de Santé Canada : les communautés inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé.

Les dépenses financières du Programme pour les exercices 2009-2010 à 2014-2015 sont présentées ci-dessous (tableau 1). Dans l'ensemble, les dépenses du Programme se situent à environ 5,8 milliards de dollars sur six ans. La plupart des dépenses se rapportent aux prestations (à savoir des dépenses directement attribuables aux fournisseurs de services de santé qui ont offert des produits et services de santé aux prestataires admissibles) qui sont financées directement par l'entremise de l'administration centrale nationale ou des bureaux régionaux des SSNA, ou par le biais d'AC avec les communautés.

Tableau 1 : Ressources du programme (dépenses réelles en M\$)^a

Année	Dépenses des prestations du Programme des SSNA	AC	Salaires	Dépenses en immobilisations	Fonctionnement et entretien	Total ^b
2009-2010	705,6 \$	152,6 \$	24,2 \$	0,0 \$	4,0 \$	886,4 \$
2010-2011	735,2 \$	154,2 \$	23,9 \$	0,1 \$	2,7 \$	916,1 \$
2011-2012	771,8 \$	161,1 \$	23,8 \$	0,1 \$	3,3 \$	960,1 \$
2012-2013	792,4 \$	169,3 \$	24,9 \$	0,0 \$	2,8 \$	989,4 \$
2013-2014	799,3 \$	183,0 \$	33,9 \$	0,0 \$	3,9 \$	1 020,1 \$
2014-2015	837,2 \$	191,4 \$	31,7 \$	0,0 \$	4,0 \$	1 064,3 \$
Total⁺	4 641,5 \$	1 011,6 \$	162,4 \$	0,2 \$	20,7 \$	5 836,4 \$

Source de données : Direction générale du dirigeant principal des finances, Santé Canada; données sur les dépenses de la RSPN fournies par le Programme des SSNA.

^a Les dépenses rapportées excluent celles liées à la région de la C.-B., à la RSPN, au régime d'avantages sociaux des employés (RASE) et aux coûts salariaux incontrôlables.

Les responsabilités, les programmes et les services qui relevaient auparavant de la DGSPNI ont été confiés graduellement à la RSPN entre les mois de juillet et d'octobre 2013 conformément à l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et aux accords auxiliaires. Dans le cas des clients inuits habitant en C.-B., le Programme des SSNA continue de fournir des prestations de santé.

^b Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total indiqué.

3. Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

L'évaluation couvrait la période du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2015 et comprenait toutes les catégories de services du Programme des SSNA. Le seul élément exclu est l'évaluation des services transférés à la RSPN de la Colombie-Britannique en juillet 2013 conformément à l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la

gouvernance de la santé des Premières nations et aux accords auxiliaires, qui feront l'objet d'une prochaine évaluation distincte.

Les questions abordées dans le cadre de l'évaluation étaient en harmonie avec la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada et tenaient compte des cinq enjeux fondamentaux de l'évaluation sous les deux thèmes de la pertinence et du rendement (voir l'annexe 4)³. Pour chaque enjeu fondamental, des questions précises ont été formulées à partir d'éléments du programme, et c'est ce qui a guidé le processus d'évaluation.

Une approche fondée sur les résultats a été utilisée afin d'évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés du Programme et de déterminer les conséquences inattendues.

L'analyse et le compte rendu des constatations ont eu lieu au niveau du Programme pour les enjeux fondamentaux liés à la pertinence. Dans le cas des enjeux fondamentaux liés au rendement du Programme, les progrès réalisés vers l'atteinte de la plupart des résultats immédiats escomptés ont été analysés par rapport à chacune des six catégories de services particulières du Programme des SSNA. Les progrès réalisés vers l'atteinte du résultat escompté à long terme ont été évalués globalement pour le Programme. Il convient par ailleurs de noter que certains résultats immédiats et intermédiaires escomptés établis pour le Programme (p. ex. l'efficacité et la rentabilité) sont habituellement abordés dans le cadre de l'enjeu fondamental qui traite de l'efficience et de l'économie du Programme. Dans ce cadre de cette évaluation, on a fait état des constatations concernant ces résultats sous l'enjeu fondamental du rendement qui traite de la démonstration d'efficience et d'économie.

La *Politique sur l'évaluation* du Conseil du Trésor (2009) a également guidé la conception de l'évaluation et la détermination des méthodes de collecte de données, afin que l'évaluation satisfasse aux objectifs et aux exigences de la Politique. Le modèle non expérimental utilisé est inspiré du Cadre d'évaluation, lequel expose de façon détaillée la stratégie d'évaluation appliquée au programme et assure une collecte de données uniforme à l'appui de l'évaluation. L'évaluation faisait suite à l'Entente relative aux évaluations ministérielles de la DGSPNI élaborée entre l'Assemblée des Premières Nations (APN), Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), la DGSPNI et la Direction de l'évaluation (aujourd'hui le Bureau de l'audit et de l'évaluation), Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, concernant l'évaluation des programmes de la DGSPNI. L'APN et ITK ont été consultés lors de l'élaboration de la méthodologie d'évaluation et lors de l'élaboration de l'instrument utilisé au sein des communautés des Premières Nations et des Inuits, lors de la présentation des constatations préliminaires et, enfin, lors de la rédaction du rapport d'évaluation.

Les données pour l'évaluation ont été recueillies à l'aide de différentes méthodes, dont une revue de la documentation, un examen des documents, un examen des données

³ La *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du trésor du Canada ne change rien à la portée de la présente évaluation, car il s'agit d'un programme de subventions et de contributions.

administratives, des entrevues réalisées auprès d'informateurs clés, un sondage auprès des clients inuits du Programme des SSNA⁴, et une étude comparative. Les données, qui ont été recueillies à partir de diverses sources et selon diverses méthodes énumérées ci-dessus, ont été soumises à la triangulation. Le recours à plusieurs sources de données et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

Pour les besoins de l'évaluation, les termes « partenaires » et « intervenants » ont les significations suivantes : les partenaires sont des organisations qui contribuent à la mise en œuvre du Programme ou qui disposent de programmes parallèles traitant de la prestation de services de santé pour la clientèle ou de questions connexes (p. ex. les fournisseurs de soins de santé, les gouvernements territoriaux, des OAN comme l'APN et lTK); les intervenants, eux, bénéficient d'avantages ou profitent des effets du Programme (à savoir la clientèle).

3.2 Contraintes et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont aux prises avec des contraintes qui peuvent avoir des conséquences sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions. Le tableau 2 présente les restrictions avec lesquelles il a fallu composer lors de la mise en œuvre des méthodes sélectionnées pour cette évaluation. Il y est aussi question des stratégies d'atténuation mises en place pour s'assurer que les constatations de l'évaluation pourront être utilisées afin d'orienter la planification du programme et la prise de décision.

Tableau 2 : Contraintes, répercussions et stratégies d'atténuation

Contrainte	Répercussion	Stratégie d'atténuation
Le sondage en ligne auprès des clients inuits, distribué par l'entremise d'organisation inuites, n'a obtenu que très peu de réponses (n = 19 questionnaires remplis). De plus, certaines des données administratives analysées pour l'évaluation ne permettaient pas de séparer les données des clients inuits de l'ensemble des clients du Programme.	On n'a donc pas obtenu le point de vue des communautés et clients inuits pour cette évaluation.	Si nécessaire, on indiquera dans le rapport lorsque les constatations n'incluent pas directement le point de vue des clients inuits. Dans certains cas, il a été possible de tenir compte de données provenant d'autres sources, comme des entrevues réalisées avec des organisations inuites et des examens de documents, le cas échéant.
L'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure d'interroger le nombre prévu initialement de représentants des communautés des Premières Nations, et n'a pas recueilli directement le point de vue des clients des Premières Nations sur	Les points de vue des représentants des communautés des Premières Nations pourraient ne pas être complètement représentés dans les	Des entrevues réalisées avec des navigateurs des SSNA ont été incluses pour obtenir un indicateur approximatif des clients et des membres des communautés des Premières. Dans la mesure du possible, il est précisé dans le rapport

⁴ Comme l'illustre le tableau 2, très peu de réponses ont été obtenues dans le cadre du sondage en ligne auprès des clients inuits. On n'a donc pas pu obtenir le point de vue des clients inuits pour cette évaluation.

Contrainte	Répercussion	Stratégie d'atténuation
les questions soumises à l'évaluation.	résultats de l'évaluation.	lorsque le point de vue des groupes qui sont sous-représentés n'est pas inclus dans les constatations issues des entrevues avec des informateurs clés.
L'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure de réaliser le nombre d'entrevues prévues avec des représentants des trois territoires, car ces représentants n'étaient pas disponibles pour une entrevue.	Il y a peu de données permettant de prendre connaissance des opinions et des points de vue des représentants territoriaux, et dans certains cas peu de détails sont communiqués sur la prestation des SSNA et leurs incidences.	Dans la mesure du possible, l'équipe d'évaluation a recueilli des données provenant de documents et d'informateurs clés de l'AC et de la région du Nord de Santé Canada afin d'avoir une meilleure compréhension limitée des principaux enjeux concernant le Programme des SSNA dans les territoires.
Les données administratives provenant des systèmes transactionnels qui assurent le suivi des dépenses de fonctionnement excluent parfois les AC et les autres contrats gérés par les régions ou ne permettant pas d'obtenir des renseignements complets.	Les constatations des dépenses de fonctionnement dans certaines catégories de services sont incomplètes. Il est difficile de dégager des conclusions dans des domaines comme l'efficience et l'économie, dans les catégories de services du TRM, soins de la vue et des SISMSCCT.	L'analyse portait sur des catégories de services qui ont des systèmes et des processus plus intégrés, à savoir les services pharmaceutiques, les soins dentaires et l'EMFM. De plus, la possibilité de prendre en compte ces données au sujet des groupes de population desservis par le biais d'AC pour les soins dentaires et les services pharmaceutiques est limitée dans les sources de données de cette évaluation; pour le calcul des taux d'utilisation, on a ajusté la population admissible pour soustraire deux groupes de population importants : le Conseil mohawk d'Akwesasne en Ontario et la nation crie de Bigstone en Alberta. Cette façon de faire servait à tenir compte du peu de données disponibles pour l'évaluation sur les populations desservies par un AC pour les services dentaires et pharmaceutiques. Seuls ces deux groupes ont été exclus étant donné que les caractéristiques de l'AC dans d'autres populations (p. ex. seulement une partie des prestations est offerte) ou la taille de la population desservie par le biais d'un AC (p. ex. de petits groupes de population) ne justifiaient pas leur exclusion de la population de base pour l'analyse, car la répercussion prévue est négligeable.
Les bénéficiaires actuels de la RSPN en C.-B. ne peuvent pas être	L'analyse des données pourrait ne pas exclure	Le nombre de clients liés à la RSPN a été estimé à partir du nombre de

Contrainte	Répercussion	Stratégie d'atténuation
<p>déterminés à partir des données du Programme des SSNA avant 2014. Cela est attribuable au fait que la RSPN a adopté un modèle différent d'admissibilité des clients (basé sur la résidence en C.-B.) qui diffère de celui du Programme des SSNA, qui est fondé sur l'inscription (la région d'inscription peut différer de la région de résidence). La portée de l'évaluation excluait l'ensemble des activités, des extraits et des résultats qui sont actuellement couverts par la RSPN.</p>	<p>précisément toutes les personnes qui sont actuellement liées à la RSPN.</p>	<p>clients de la RSPN au 31 mars 2015, y compris à partir de la répartition en fonction de l'âge et du sexe, puis au retrait de la proportion similaire des tranches d'âge et de sexe appropriées de la population pour les années 2009 à 2013. Les dépenses et les activités liées à la RSPN ont également été retirées dans la mesure du possible.</p>
<p>La complexité générale de l'évaluation d'un programme vaste et complexe comme le Programme des SSNA.</p>	<p>Certaines questions d'évaluation et domaines ne sont pas traités aussi en profondeur que ce qui aurait été nécessaire.</p>	<p>L'équipe d'évaluation s'est employée à répondre aux questions d'évaluation en s'appuyant sur les ressources disponibles, en concentrant stratégiquement ses efforts à comprendre les contraintes et les difficultés liées aux données administratives disponibles concernant les plus grandes catégories de dépenses liées aux prestations (p. ex. le TRM), en utilisant des indications indirectes ou des données partielles lorsqu'elles sont disponibles, et en recherchant d'éventuelles autres sources de données pour évaluer le Programme des SSNA.</p>

4. Pertinence : Enjeu n° 1 : Nécessité de maintenir le Programme

Le programme répond-il toujours à un besoin manifeste?

L'évaluation a révélé qu'il subsiste un besoin important de prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits offertes dans le cadre du Programme des SSNA. Les besoins en matière de santé des populations des Premières Nations et des Inuits liés aux catégories du Programme des SSNA demeurent nombreux, divers et complexes. Les taux de maladies chroniques et infectieuses continuent d'être nettement supérieurs chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et chez les populations inuites par rapport à la population canadienne en général. Les membres des Premières Nations et les Inuits continuent de faire face à des inégalités dans l'accès aux soins de santé en raison des déterminants sociaux de la santé, des obstacles géographiques et économiques et des

préoccupations concernant la sécurité culturelle.

Le Programme des SSNA fonctionne dans un contexte de disparités importantes et persistantes entre ses clients admissibles et la population non autochtone du Canada en matière de santé. La documentation spécialisée et parallèle disponible sur l'état de santé des populations inuites et des Premières Nations (voir l'annexe 1) permet de constater que l'état de santé de ces groupes est généralement beaucoup moins bon, qu'il s'agisse des taux de prévalence des maladies aiguës plus élevés ou des indicateurs de déterminants sociaux de la santé à l'échelle de la communauté, comme les conditions de logement, l'accès aux soins de santé et les taux d'emploi. Les besoins en matière de santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves sont relativement bien étudiés et documentés grâce, en grande partie, aux multiples itérations de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations (ERS), un questionnaire d'autoévaluation envoyé aux communautés des Premières Nations. L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2012 présente certains renseignements de santé concernant les Inuits et les membres des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves.

Voici quelques-unes des principales constatations de l'évaluation qui démontrent la nécessité de maintenir les prestations supplémentaires offertes dans le cadre du Programme des SSNA :

- **État de santé autoévalué** – Selon l'ERS 2008-2010, 44 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans les réserves jugeaient que leur état de santé était « excellent » ou « très bon » par rapport à 60 % pour la population canadienne générale (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012). D'après l'EAPA 2012, 45 % des Inuits qualifiaient leur état de santé d'excellent ou de très bon tandis que le chiffre comparable pour la population totale du Canada était de 63 % (Wallace, 2014). Les comparaisons avec l'ensemble de la population canadienne devraient être jugées en comprenant que les grands déterminants de la santé, comme la situation géographique et les conditions socioéconomiques, peuvent ne pas être comparables entre ces groupes.
- **Maladies chroniques** – Les taux de maladies chroniques subies par les populations des Premières Nations et des Inuits sont plus élevés que ceux de la population canadienne en général. Par exemple, les taux normalisés selon l'âge montrent une prévalence du diabète de 17 % chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve et de 10 % chez les membres des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves, comparativement à 5 % chez la population non autochtone. Le taux de prévalence du diabète normalisé selon l'âge chez les populations inuites étaient comparables à celui observé dans la population canadienne en général (Agence de santé publique du Canada, 2011). D'autres données laissent entendre que les taux du diabète de type 2 et les facteurs de risque connexes de maladies cardiovasculaires augmentent chez les Inuits (Château-Degat et coll., 2010). D'autres maladies chroniques où subsistent des disparités sont les maladies du système circulatoire (Santé Canada, 2013), certains cancers (Maar et coll., 2013), les troubles respiratoires (Banerji et coll.,

2013; Crighton, Wilson et Senécal, 2010) et les troubles musculosquelettiques, tels que l'arthrite (Santé Canada, 2013).

- **Maladies infectieuses** – Il y a toujours un fardeau disproportionné de tuberculose et d'autres maladies infectieuses chez les populations des Premières Nations vivant dans les réserves et des Inuits. Par exemple, les taux de tuberculose chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves étaient 25 fois supérieurs à ceux des Canadiens non autochtones; alors que les taux chez les Inuits étaient 154 fois supérieurs (Santé Canada, 2012a). Parmi les autres maladies infectieuses qui affichent des taux différenciés d'infection, mentionnons la giardiase (1,6 fois plus élevé que le taux canadien), l'hépatite A (5,3 fois plus élevé), la shigellose (19,3 fois plus élevé) (Quiñonez et Lavoie, 2009), et les infections transmises sexuellement, comme la chlamydia, chez les jeunes (environ 7 fois plus élevé) (Ning et Wilson, 2012), et le VIH (le nouveau taux d'infection chez les Autochtones est environ 3,6 fois plus élevé que chez les personnes non autochtones) (Santé Canada, 2012a).
- **Santé buccodentaire** – L'ERS 2008-2010 a permis de constater que chez les adultes des Premières Nations vivant dans les réserves ou des communautés des Premières Nations du Nord âgés de 20 ans ou plus et qui avaient encore au moins une dent naturelle, plus de la moitié (57 %) ont déclaré avoir au moins une dent cariée non traitée (ce qui est plus élevé que le taux de 19 % de la population canadienne totale) (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012). De même, les données provenant des examens cliniques effectués pour l'*Enquête sur la santé buccodentaire des Premières Nations* (ESBPN) fournissent des preuves que les besoins en matière de soins dentaires chez les adultes des Premières Nations vivant dans les communautés des Premières Nations dans les réserves ne sont pas comblés. Par exemple, huit adultes sur dix (83 %) ont indiqué avoir besoin d'un type de traitement dentaire (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012). On a aussi constaté une prévalence élevée de la carie dentaire déclarée chez les enfants inuits d'âge préscolaire au Nunavut (Pacey et coll., 2010).
- **Santé mentale et toxicomanie** – Selon les documents examinés, du fait d'un passé de colonisation, de l'isolement, de la pauvreté et de barrières linguistiques, l'abus de substances semble plus fréquent dans les collectivités nordiques et éloignées que dans les collectivités du sud et non isolées. Ces collectivités nordiques sont également plus vulnérables au suicide et à la violence (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014). De même, les déterminants sociaux, économiques et historiques, comme les expériences vécues dans les pensionnats et les autres formes de colonisation, ont entraîné la marginalisation socioéconomique et des traumatismes intergénérationnels, causant la dépression et d'autres troubles psychiatriques et des comportements autodestructeurs (Halseth, 2013). Les conclusions de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) ont souligné l'importance de favoriser la compréhension et la prise en charge des problèmes liés aux taux élevés de

suicide aux troubles de santé mentale dont souffrent les Autochtones au Canada (CVR, 2015).

- **Difficultés d'accès aux services de santé** – En plus des disparités qui existent pour divers problèmes de santé entre les populations inuites et des Premières Nations par rapport à la population canadienne en général, un autre secteur de besoin important pour de nombreux membres des Premières Nations et Inuits est l'accès aux services de santé. En effet, des membres des Premières Nations et des Inuits de nombreuses communautés éprouvent des difficultés d'accès aux services de santé pour diverses raisons, notamment les obstacles d'ordre géographique (p. ex. communautés éloignées et isolées offrant des services limités), les changements apportés aux modèles de prestation des soins de santé (p. ex. la centralisation des services de santé des PT dans les grands centres urbains), les difficultés de s'y retrouver dans les systèmes de santé complexes, les obstacles économiques et culturels et le racisme.

Les besoins liés au TRM varient considérablement et vont des soins médicaux d'urgence, des soins de santé maternelle, des visites chez le dentiste, des consultations médicales, des tests et des diagnostics, de la dialyse, de la chimiothérapie au transport de professionnels de la santé pour une suppléance dans les communautés. Pour avoir accès aux différents services de santé, de nombreux Inuits et membres des Premières Nations habitant dans des communautés éloignées et rurales doivent se déplacer loin de chez eux, parfois pendant de longues périodes selon les traitements. Selon la DGSPNI⁵, la plupart des communautés inuites (plus de 90 %) peuvent être qualifiées d'éloignées et isolées ou d'isolées, alors que près du tiers des communautés des Premières Nations peuvent être qualifiées de semi-isolées, d'isolées ou d'éloignées et isolées (Muttitt, Vigneault et Loewen, 2004). De plus, dans de nombreuses provinces, on a assisté à une centralisation accrue des services de santé et à la fermeture d'hôpitaux dans des régions rurales ce qui a contribué à augmenter la nécessité de transporter les clients pour leur permettre d'avoir accès aux services.

- **Définition et prestation des services de santé adaptés à la culture** – Selon la documentation, permettre aux membres des Premières Nations et aux Inuits de définir et de recevoir des services adaptés à la culture continue d'être nécessaire. Cela va au-delà de la nécessité d'une sensibilisation aux réalités culturelles et d'un savoir-faire culturel (qui sont également nécessaires) en traitant directement des relations de pouvoir entre les utilisateurs et les fournisseurs de services (Allan et Smylie, 2015). Cette nécessité a été

⁵ La DGSPNI classe les communautés des Premières nations dans un des quatre types suivants : non isolées (communautés accessibles par route et situées à moins de 90 kilomètres des services médicaux; semi-isolées (communautés jouissant d'un accès routier, mais dont les services médicaux sont situés à plus de 90 kilomètres; isolées (communautés jouissant d'un service aérien régulier et d'un service téléphonique approprié, mais d'aucun accès routier); éloignées-isolées (communautés ne jouissant d'aucun service aérien régulier, ni d'accès routier, et jouissant d'un service téléphonique et radiophonique minimal. (Santé Canada, 2009).

corroborée dans les divers appels à l'action de la CVR (CVR, 2015) en soulignant la nécessité d'accroître le financement des centres de santé autochtones, de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, d'augmenter le nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé et d'offrir une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé. Définir et recevoir des services adaptés à la culture désigne aussi le fait de reconnaître les différences entre les groupes et les communautés autochtones et de travailler activement à supprimer l'hypothèse selon laquelle tous les Autochtones ont des besoins, des préférences ou des approches semblables pour être en mesure de comprendre, de maintenir et d'améliorer leur état de santé.

Le programme est-il réceptif aux besoins de sa population cible?

Le Programme des SSNA est réceptif au besoin d'une parité de l'état de santé des membres des Premières Nations et des Inuits avec celui des Canadiens non autochtones en offrant une couverture pour les prestations et services de santé qui pourraient ne pas être accessibles à ses clients en l'absence du Programme. Les prestations et services fournis grâce au Programme complètent ceux qui sont actuellement fournis aux Canadiens sous les régimes publics d'assurance-maladie PT. De plus, le Programme répond au besoin d'un accès équitable aux services de santé pour les membres des Premières Nations et les Inuits en éliminant certains des défis et des obstacles grâce aux prestations de TRM.

En réponse aux besoins des membres des Premières Nations et des Inuits de définir et de recevoir des services adaptés à la culture, le Programme des SSNA offre aux communautés la possibilité d'offrir directement certains services par le biais d'AC, finance des postes de navigateurs des SSNA au sein des Premières Nations et travaille en collaboration à l'échelle nationale et régionale avec des communautés et organisations des Premières Nations et des Inuits.

Néanmoins, en ce qui concerne la capacité du Programme des SSNA d'être adapté aux besoins de ses clients, des préoccupations ont été soulevées par des informateurs clés au sujet de la couverture, particulièrement en ce qui a trait à divers services paramédicaux et services de thérapie (comme la massothérapie, la physiothérapie, etc.).

Répondre au besoin d'une parité de l'état de santé

Le Programme des SSNA répond aux besoins des membres des Premières Nations et des Inuits en tentant de remédier aux diverses disparités sur le plan de la santé qui existent entre sa clientèle et les Canadiens non autochtones. Cette réponse se situe dans le contexte de besoins complexes en matière de santé, d'une multitude de

facteurs contributifs et d'un éventail de partenaires participant à divers programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits. La réponse du Programme des SSNA se caractérise par l'offre à tous ses clients admissibles d'une couverture pour les prestations et services de santé qui ne seraient pas nécessairement assurés ni obtenus en l'absence du Programme.

Ces prestations et services offerts sont considérés comme complémentaires à ceux que les Canadiens recevraient en vertu de leurs régimes publics d'assurance-maladie PT. Bien qu'ils soient essentiels dans la promotion et le maintien de la santé (p. ex. médicaments, soins dentaires), il s'agit de prestations et de services que les Canadiens obtiendraient généralement soit en les payant de leur poche, soit par l'entremise d'un régime d'assurance privé payé par la personne ou soit par un régime d'assurance maladie supplémentaire fourni par certains employeurs. Pour certaines populations particulières de Canadiens (p. ex. les personnes âgées ou à faible revenu), la plupart des provinces et des territoires ont mis en place d'autres programmes pour offrir un nombre limité de ces prestations et services; toutefois, les clients du Programme des SSNA sont souvent exclus de ces régimes. En vertu du Programme des SSNA, tous les clients admissibles bénéficient de prestations supplémentaires et d'un accès à des services qui sont généralement équivalents ou qui surpassent les prestations et services offerts par d'autres programmes PT destinés à des populations particulières, et qui sont comparables dans certaines catégories de services à quelques-uns des régimes d'assurance santé supplémentaires fournis par les employeurs. Par exemple, au chapitre des différences, les régimes destinés à des populations particulières et les régimes des employeurs excluent généralement les prestations du TRM et exigent souvent un certain niveau de participation aux coûts.

Plus précisément, le Programme des SSNA répond aux domaines ayant les plus grandes disparités sur le plan de la santé de la manière suivante :

- **État de santé autoévalué** – Le Programme des SSNA peut être considéré comme un contributeur au continuum de services disponibles pour améliorer l'état de santé et le bien-être des membres des Premières Nations et des Inuits en offrant des prestations et un accès aux services dans différentes catégories comme les services pharmaceutiques, les soins dentaires, les soins de la vue, l'EMFM et les SISMSCCT. Bien que la couverture de prestations dans ces catégories soit assez comparable à d'autres régimes de prestations supplémentaires pour des populations particulières ou qu'elle les surpasse, les organisations partenaires et les représentants du Programme des SSNA consultés pour cette évaluation estimaient que le Programme serait mieux adapté aux besoins actuels des clients par rapport à l'état de santé si sa couverture était élargie pour inclure des thérapies paramédicales. On a fait valoir que la couverture de certaines thérapies paramédicales considérées comme de nature préventive, comme la physiothérapie ou la massothérapie, pourrait contribuer à une diminution de l'utilisation d'autres SSNA, ce qui réduirait le recours à des produits pharmaceutiques pour la gestion de la douleur. L'examen

des données médicales à cet égard dépassait toutefois la portée de la présente évaluation.

- **Maladies chroniques** – Le Programme des SSNA est une réponse à l’augmentation des taux de différentes maladies chroniques chez les membres des Premières Nations et les Inuits grâce à ses prestations dans les catégories des services pharmaceutiques, des soins de la vue et d’EMFM, et grâce à son offre d’accès à des soins d’urgence et à des services de diagnostic par un médecin et de soins primaires par l’entremise du TRM. Le traitement de maladies, comme le diabète, les maladies du système circulatoire, le cancer, les maladies respiratoires et les troubles musculosquelettiques, comme l’arthrite, nécessitent habituellement un large recours aux prestations supplémentaires dans les catégories des services pharmaceutiques et d’EMFM.
- **Maladies infectieuses** – L’offre de produits pharmaceutiques et de TRM pour recevoir des soins médicaux en lien avec des maladies infectieuses du Programme des SSNA peut être considérée comme une réponse à l’augmentation de plusieurs de ces maladies chez les membres des Premières Nations et les Inuits. Bien que les facteurs contributifs de bon nombre de ces maladies ne soient pas du ressort du Programme, ce dernier est en mesure de répondre en offrant l’accès au traitement et, dans certains cas, à la prévention, grâce aux services pharmaceutiques.
- **Santé buccodentaire** – Le Programme des SSNA répond à l’impératif d’améliorer la santé buccodentaire en offrant la couverture des services de soins dentaires à ses clients. Même si les services offerts par le Programme sont comparables aux programmes destinés à d’autres populations particulières ou les surpassent (ces autres programmes n’offrent souvent que les soins dentaires d’urgence), les organisations partenaires et les représentants du Programme des SSNA ont indiqué qu’il était nécessaire de sensibiliser davantage à l’importance du recours à des soins buccodentaires préventifs.
- **Santé mentale et toxicomanie** – Le Programme des SSNA répond aux besoins complexes des membres des Premières Nations et des Inuits en matière de santé mentale et de toxicomanie en leur offrant des prestations de SISMSCCT, de services pharmaceutiques et de TRM. Comme il a été noté par le Comité directeur responsable de l’*examen conjoint de l’APN-SNNA* lors de l’examen de la catégorie des SISMSCCT, ces services constituent une composante qui traite des aspects limités d’un vaste et complexe continuum de mieux-être mental des Premières Nations qui a été mis au point avec la culture comme fondement.

Répondre au besoin d’un accès équitable à des services de santé

La catégorie de prestations du TRM est conçue de manière à résoudre certaines difficultés géographiques et changements apportés aux systèmes de santé par la facilitation du transport des clients du Programme pour leur permettre d’avoir accès aux

services de santé appropriés et, dans certains cas, du transport des professionnels de la santé dans les communautés pour assurer la prestation des services aux clients du Programme. De plus, les obstacles économiques sont pris en compte dans la conception de la catégorie du TRM en prévoyant qu'en plus des frais de transport couverts, des allocations d'hébergement et de repas soient fournies. Le Programme contribue à répondre aux préoccupations culturelles par le biais de la catégorie du TRM en recourant à des escortes dans différentes circonstances, y compris pour offrir des services d'interprétation. Les préoccupations culturelles ont également été prises en compte dans la conception du Programme des SSNA par la mise en place des navigateurs des SSNA à l'intention des Premières Nations pour aider les clients à comprendre les prestations du Programme et à y avoir accès⁶.

Répondre au besoin de définir et de recevoir des services de santé adaptés à la culture

Le Programme des SSNA répond, en partie, au besoin de définir et de recevoir des services de santé adaptés à la culture en collaborant avec les communautés inuites et des Premières Nations pour permettre à ces dernières d'offrir directement certains services par le biais d'AC. De plus, des efforts sont déployés par les représentants du Programme à l'échelle nationale et régionale pour travailler de manière concertée avec les communautés, les conseils tribaux et les OAN pour recueillir des réflexions et des commentaires sur les questions liées au Programme au sujet de sa conception, de sa couverture, etc.

Des partenaires autochtones ont indiqué que la nature collaborative de ce travail s'est améliorée récemment, ce qui est attesté par l'amélioration de la réceptivité du Programme des SSNA à comprendre et à aborder directement les relations de pouvoir que les organisations autochtones considèrent comme inhérentes à la relation. Un autre volet important du Programme des SSNA qui soutient les efforts à cet égard est la mise en place des navigateurs des SSNA à l'intention des Premières Nations pour aider les clients à comprendre les politiques du Programme et faciliter l'accès aux services. Ce service n'avait pas encore été mis en place pour les clients inuits, mais était en cours d'élaboration (en collaboration avec des organisations partenaires inuites) au moment de la préparation de ce rapport.

⁶ Selon la documentation du Programme des SSNA : « Les navigateurs des SSNA aident les clients admissibles à « naviguer » et à avoir accès au Programme des SSNA ... Les navigateurs sont à l'emploi des organismes régionaux des Premières Nations. Leurs rôles et leurs activités sont adaptés afin de répondre aux besoins régionaux et, de manière générale, ils comprennent ce qui suit : améliorer la compréhension du Programme des SSNA et communiquer de l'information sur les prestations admissibles; aider les clients et les communautés à trouver une solution aux questions relatives aux SSNA; assurer la liaison avec les ministères et organismes responsables de la santé en vue d'améliorer l'accès des clients aux prestations des SSNA et aux services de santé connexes. » (Santé Canada, 2017).

5. Pertinence : Enjeu n° 2 : Conformité aux priorités du gouvernement

Le programme correspond-il aux priorités du gouvernement fédéral?

Les objectifs du Programme des SSNA correspondent aux priorités déclarées du gouvernement fédéral énoncées dans les discours du Trône au cours de la période d'évaluation, en particulier à l'engagement de 2015 de combler les écarts entre les collectivités autochtones et non autochtones en ce qui a trait aux résultats en matière de santé.

Le discours du Trône de 2015, Réaliser le vrai changement, soulignait que « le gouvernement collaborera à la mise en œuvre de recommandations de la Commission de vérité et réconciliation du Canada ». Dans le cadre de la CVR, il y a eu un certain nombre d'appels à l'action liés à la santé des Autochtones, dont cinq qui s'adressent directement au gouvernement fédéral. Plus précisément, l'appel à l'action [19] indique ce qui suit : « nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones... » (CVR, 2015, p. 7). Dans le discours du Trône de 2013, Saisir le moment pour le Canada : prospérité et opportunité dans un monde incertain, il a été souligné que « notre gouvernement continuera de travailler en partenariat avec les peuples autochtones à créer des collectivités saines, prospères et autonomes » (p. 28). Les principaux investissements prévus dans les discours du Trône au cours de la période visée par l'évaluation englobent les investissements de 2011 et 2013 dans la santé des Premières Nations et des Inuits qui visent à améliorer la qualité des services de santé dans les communautés des Premières Nations et le financement continu du Programme des SSNA.

Le Programme cadre-t-il avec les résultats stratégiques du Ministère?

Le Programme des SSNA cadre avec le résultat stratégique n° 3 de Santé Canada : Les communautés inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé.

Le Programme des SSNA cadre avec le résultat stratégique n° 3 de Santé Canada : Les communautés inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé. Le Programme des SSNA est le programme 3.2 : Prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits faisant partie de l'AAP de Santé Canada. Ce résultat stratégique est mis en œuvre à l'échelle de la DGSPNI conformément au Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé de 2012. Ce plan décrit comment Santé Canada, principalement par l'entremise de la DGSPNI, aide les membres des Premières Nations et les Inuits à atteindre leurs objectifs en matière de santé et de bien-être, en travaillant de concert avec eux ainsi qu'avec les représentants des PT, dans le but de promouvoir des modèles concertés en santé et en soins de santé qui appuient les personnes, les familles et les communautés, dans une perspective holistique, tout en respectant les rôles, les responsabilités et les compétences de chacun. En cherchant à atteindre ce résultat stratégique et à réaliser les objectifs stratégiques mentionnés précédemment, la DGSPNI offre un éventail de programmes et de services, dont le Programme des SSNA, qui est offert conformément au mandat du Programme approuvé par le Cabinet en 1997.

6. Pertinence : Enjeu n° 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le Programme est-il conforme aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral?

Aucune autorisation législative particulière n'accorde au ministre de la Santé le pouvoir de dispenser des programmes et des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits. Santé Canada, par l'intermédiaire de la DGSPNI, offre des programmes et des services de santé aux membres des Premières nations et aux Inuits en fonction des énoncés de politique et du mandat approuvés par le Cabinet et de la mission du Ministère. La politique fédérale sur la santé des Indiens (1979) expose les objectifs du gouvernement fédéral en ce qui a trait à la santé des Autochtones.

L'amélioration de la santé des Autochtones est une responsabilité partagée entre les gouvernements FPT et les partenaires autochtones qui reflète l'héritage des décisions historiques concernant les programmes et l'aide financière prises par les gouvernements successifs en vue d'améliorer l'état de santé des populations des Premières nations et des Inuits.

La plupart des services de soins primaires couverts destinés aux populations des Premières nations et des Inuits sont fournis et financés par le système PT et sont dispensés dans des hôpitaux et des cliniques à l'extérieur des réserves. Les services

de santé financés par le gouvernement fédéral et offerts par l'entremise de la DGSPNI sont dispensés principalement dans les réserves, et se situent dans les domaines de la promotion de la santé et des services d'éducation à la santé, avec certains services de santé publique et d'hygiène du milieu. Le gouvernement fédéral finance également les soins de santé primaires dans les communautés des Premières Nations éloignées et isolées, ainsi que les soins à domicile et en milieu communautaire et les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies destinés aux membres des Premières Nations et aux Inuits dans les territoires.

En ce qui concerne le Programme des SSNA, le gouvernement fédéral fournit des services de santé supplémentaires à l'ensemble des Inuits reconnus et des membres inscrits des Premières nations (à l'intérieur et à l'extérieur des réserves) résidents du Canada, sauf lorsque les services de santé supplémentaires sont fournis dans le cadre d'un modèle de prestations de services alternatif, comme on l'a mentionné précédemment dans ce rapport. Au Yukon, la DGSPNI fournit le Programme des SSNA complet aux Premières Nations admissibles, alors que dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, le programme est offert en partenariat avec les gouvernements territoriaux.

Aucune autorisation législative particulière n'accorde au ministre de la Santé le pouvoir de dispenser des programmes et des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits. La *Loi constitutionnelle de 1867* n'inclut pas explicitement la « santé » dans les pouvoirs législatifs attribués soit au Parlement (à l'article 91) ou aux assemblées législatives provinciales (à l'article 92). Quoi qu'il en soit, les tribunaux ont confirmé que la réglementation des soins de santé relève en majeure partie des provinces. À titre d'exemple, les provinces exercent des pouvoirs étendus sur la santé publique d'ordre local et privé, conformément au paragraphe 92(16) de la *Loi constitutionnelle de 1867*, sur la réglementation des professions médicales, qui relèvent du droit en matière de propriété et de droits civils, en vertu du paragraphe 92(13), sur les hôpitaux, en application du paragraphe 92(7).

Le gouvernement fédéral a le pouvoir d'édicter des lois dans certains domaines liés à la santé qui sont subsidiaires à d'autres pouvoirs fédéraux, dont celui de dépenser (p. ex. la *Loi canadienne sur la santé*) et la compétence en matière de droit criminel (p. ex. lois sur les drogues, le tabac et les matières dangereuses). En outre, le gouvernement fédéral peut adopter des lois sur la santé en invoquant le pouvoir d'assurer « la paix, l'ordre et le bon gouvernement » que lui confère l'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* (p. ex. lois concernant la mise en quarantaine et les urgences nationales). Ces lois s'appliqueraient aux Inuits et aux membres des Premières Nations établis dans les réserves et hors de celles-ci. De plus, le gouvernement fédéral peut adopter des lois concernant les Premières Nations et les Inuits, compte tenu de la compétence qu'il exerce à l'égard des « Indiens et des terres réservées pour les Indiens », conformément au paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*.

En l'absence d'une autorisation législative particulière, l'autorisation légale concernant la prestation de programmes et de services de santé aux Premières Nations et aux

Inuits par le ministre de la Santé se trouve dans ce qui suit : l'article 4 de la *Loi sur le ministère de la Santé de 1996* définit les pouvoirs, obligations et fonctions du ministre, qui s'étendent, d'une façon générale, à tous les domaines de compétence du Parlement liés à la promotion et au maintien de la santé de la population canadienne. Les programmes et services de soins de santé particuliers que dispense ou finance la DGSPNI sont approuvés sur une base annuelle au moyen des lois de crédits, par lesquelles le Parlement signifie au ministre qu'il approuve les budgets et objectifs de la DGSPNI. Le Conseil du Trésor autorise certaines activités de programme.

La Politique de 1979 sur la santé des Indiens vise à améliorer l'état de santé des communautés inuites et des Premières Nations tout en reconnaissant la nature interdépendante du système de santé canadien. L'objectif de la Politique est « d'améliorer l'état de santé des Indiens par des moyens conçus et mis en œuvre par les communautés indiennes elles-mêmes ». Selon cette politique, l'amélioration de l'état de santé des communautés autochtones repose sur trois piliers : 1) le développement communautaire, tant sur le plan socioéconomique que sur les plans culturel et spirituel, qui permettra d'éliminer les conditions qui empêchent les membres des communautés d'atteindre un état de bien-être physique, mental et social; 2) les relations traditionnelles entre les Autochtones et le gouvernement, dans le cadre desquelles le gouvernement fédéral défend les intérêts des communautés autochtones face à l'ensemble de la société canadienne et de ses institutions, et aide les communautés autochtones à réaliser leurs aspirations; et, 3) le système de santé canadien, qui se compose de divers éléments étroitement liés dont la responsabilité peut appartenir aux gouvernements fédéral ou provinciaux, aux administrations municipales, aux bandes indiennes ou au secteur privé.

Bien que les représentants du gouvernement fédéral interrogés aux fins de l'évaluation aient indiqué que la responsabilité des services de santé offerts aux Premières Nations et aux Inuits était partagée, d'autres répondants avaient tendance à considérer que la responsabilité incombait en grande partie au gouvernement fédéral. Plus précisément, les entrevues réalisées avec des communautés et organisations des Premières Nations, ainsi que la documentation de ces organisations, reflètent le point de vue des partenaires des Premières Nations et des informateurs clés selon lequel les services offerts dans le cadre du Programme des SSNA sont une composante de ce qu'ils considèrent comme le droit aux soins de santé des peuples des Premières Nations prévus par les traités. Comme précisé dans un *Bulletin des SSNA* de l'APN (de l'été 2015), on prétend que ces services font partie du droit aux soins de santé prévus par traités, un droit inhérent aux soins de santé fondé sur des décisions de la Cour suprême et visé par la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.

Le programme et ses services reproduisent-ils ou chevauchent-ils d'autres programmes?

L'évaluation n'a révélé aucune preuve de chevauchement avec d'autres programmes au palier fédéral. Cependant, à l'échelle PT, le Programme des SSNA est souvent perçu par les provinces comme un remplacement plutôt que comme un complément de ce qui est inclus dans la couverture des services de santé provinciaux supplémentaires.

Dans le cadre de l'évaluation, on a examiné d'autres programmes fédéraux destinés à la même clientèle, et on n'a trouvé aucune preuve de chevauchement. Bien que des services et des initiatives complémentaires soient offerts (p. ex. l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants et le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones), il ne semble pas y avoir de chevauchement dans les prestations ni les services.

D'après les entrevues menées auprès de partenaires et de représentants régionaux du Programme des SSNA, les provinces considèrent de manière générale que les clients inuits et des Premières Nations ne sont pas admissibles à la couverture des services de santé provinciaux supplémentaires de leurs différents programmes étant donné que ces populations particulières sont couvertes dans le cadre du Programme des SSNA. Par conséquent, le Programme des SSNA peut agir comme premier payeur pour certaines des prestations supplémentaires offertes par les provinces à d'autres résidents. L'évaluation a révélé que bien que certains clients du Programme des SSNA seraient probablement admissibles à des programmes de services de santé supplémentaires provinciaux (p. ex. les bénéficiaires d'aide sociale), ils sont souvent jugés inadmissibles à ces programmes supplémentaires parce qu'ils sont admissibles à la couverture du Programme des SSNA. Dans certaines provinces, cette pratique a pour effet de faire du Programme des SSNA un régime de premier recours parmi les régimes publics, plutôt qu'un régime de dernier recours.

On trouve quelques exceptions où une province couvre certains services, généralement lorsqu'ils font partie d'initiatives plus vastes de dépistage ou de santé publique (p. ex. les tests de dépistage oculaires ou auditifs des jeunes enfants, la vaccination contre la grippe) ou de programmes qui ciblent des segments précis de la population dans certaines provinces. Dans ces cas, la province agit comme « premier payeur ».

7. Rendement : Enjeu n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité) – Résultats immédiats

Les cinq résultats immédiats escomptés du Programme des SSNA étaient les suivants :

- Accès, par les clients admissibles, à des SSNA transférables et uniformes à l'échelle nationale (lesquels répondent à leurs besoins particuliers en matière de santé)

- Politique des prestations et élaboration du Programme fondées sur des données probantes (conforme aux pratiques exemplaires de la prestation de services de santé)
- Respect des exigences du Programme par le client et le fournisseur
- Relations de collaboration avec les partenaires et les intervenants afin de faciliter la prestation de services
- Traitement efficace des demandes de paiement dans le cadre du Programme des SSNA (dans les régions et à l'AC).

Les constatations relatives aux trois premiers résultats (à savoir accès au Programme, politique et élaboration du Programme fondées sur des données probantes, et respect des exigences du Programme) ont été analysées en fonction de chacune des six principales catégories de services du Programme des SSNA. Les constatations du quatrième résultat immédiat (à savoir les relations de collaboration avec les partenaires et les intervenants) ont été analysées au niveau du Programme puisque bon nombre des relations avec les partenaires et les intervenants concernent plusieurs catégories. Les constatations relatives au cinquième résultat immédiat (à savoir traitement efficace des demandes de paiement) ont été analysées par catégorie et sont présentées sous l'enjeu fondamental du rendement qui traite de la démonstration d'efficacité et d'économie. De même, les constatations relatives au résultat intermédiaire escompté du Programme des SSNA qui est d'en assurer une gestion économique et durable sont aussi présentées sous le point traitant de la démonstration d'efficacité et d'économie.

Les six catégories de prestations diffèrent considérablement de par leur taille en fonction de leurs dépenses. Comme l'illustre le tableau 3, pour la période de six ans visée par l'évaluation, la catégorie des services pharmaceutiques représentait la part la plus grande des dépenses à 39 %, ou environ 2,2 milliards de dollars. La deuxième plus grande part des dépenses a été consacrée aux services de TRM à 34 %, ou environ 1,9 milliard de dollars; on retrouve ensuite la catégorie des soins dentaires à 20 %, ou environ 1,1 milliard de dollars. Les trois autres catégories de prestations sont relativement petites en comparaison, comptant pour 7 % des dépenses au cours de la période visée par l'évaluation, ou environ 407 millions ensemble.

Tableau 3 : Dépenses par catégorie de services (2009-2010 à 2014-2015)

Secteur de services	Total des dépenses (en M\$) ^a	Pourcentage des dépenses totales
Services pharmaceutiques	2 157 \$	39 %
TRM	1 900 \$	34 %
Soins dentaires	1 134 \$	20 %
EMFM	167 \$	3 %
Soins de la vue	164 \$	3 %
SISMSCCT	76 \$	1 %

Sources : Direction générale du dirigeant principal des finances, Santé Canada; données sur les dépenses de la RSPN fournies par le Programme des SSNA.

^a Les dépenses excluent les montants de la région de la C.-B., de la RSPN, des RASE et des coûts salariaux incontrôlables.

7.1 Catégorie des services pharmaceutiques

Selon le plus récent rapport annuel des SSNA, « le Programme des SSNA offre des services pharmaceutiques qui ne sont pas couverts par les régimes de soins de santé privés, publics ou provinciaux/territoriaux. Il couvre un éventail de médicaments délivrés sur ordonnance qui figurent sur la Liste des médicaments des SSNA » (Santé Canada, 2015). Un autre objectif du Programme est d'offrir des services pharmaceutiques dans le cadre desquels les médicaments et les services sont fournis sur la base du jugement professionnel, conformément aux pratiques exemplaires courantes en matière de prestation des services de santé et aux normes de soins fondées sur des données probantes. Pour atteindre cet objectif, l'ajout ou le retrait de services pharmaceutiques couverts par le programme des SSNA adopte une approche misant sur la norme de diligence, qui met l'accent sur la sécurité des clients.

Comme indiqué dans le Rapport annuel 2014-2015 des SSNA, les demandes de paiement de services pharmaceutiques fournis aux clients des Premières Nations et Inuits sont traitées par l'intermédiaire du STRDPSS. Ces services englobent les services administratifs et les programmes, le soutien technique et les systèmes informatisés de gestion de l'information qui servent au traitement et au règlement des demandes de paiement, conformément aux critères d'admissibilité des clients aux services ainsi qu'aux politiques des prix du Programme des SSNA.

Le Programme des SSNA est membre du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) au niveau FPT. Dans le cadre de ce programme et au nom des régimes publics d'assurance-médicaments FPT participants, le Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM) fait l'analyse de présentations de nouvelles entités chimiques, de médicaments existants avec de nouvelles indications ou d'une nouvelle combinaison de médicaments sur le marché canadien. Le Programme des SSNA et d'autres régimes d'assurance-médicaments se basent sur les recommandations du CCEM pour inscrire les médicaments sur leurs listes et tiennent compte d'autres facteurs pertinents, comme la situation particulière des clients du Programme.

Les clients ont-ils accès aux services pharmaceutiques?

Les taux d'utilisation annuels au cours de la période visée par l'évaluation sont demeurés relativement stables, oscillant entre 63 et 66 % des clients admissibles qui ont eu au moins une demande de paiement de services pharmaceutiques réglée au cours d'une année donnée, ce qui représente chaque année entre 441 000 et 499 000 personnes.

Les taux d'utilisation annuels chez les clients des Premières Nations se situaient entre 64 et 67 %. Les taux d'utilisation chez les clients inuits sont demeurés relativement stables et se situaient entre 45 et 46 % pendant la même période.

Dans l'ensemble, il y a eu très peu de refus en 2014-2015, en effet, la plupart des demandes de paiement de services pharmaceutiques (97 %) et des demandes additionnelles ont été acceptées, notamment certaines demandes de paiement de médicaments couverts sans restriction, de médicaments à usage restreint et de médicaments qui n'apparaissent pas à la Liste des médicaments du Programme (non-inscrits) (90 %). Le taux d'appel global était très bas, avec moins de 0,01 % de demandes de paiement portées en appel.

Selon les partenaires, le niveau de sensibilisation générale à l'égard des services pharmaceutiques chez les clients des Premières Nations est relativement élevé, mais la connaissance détaillée d'une couverture particulière est plus faible, ce qui correspond à ce à quoi on peut s'attendre chez les clients de la plupart des régimes d'assurance-médicaments qu'ils soient publics ou privés. D'après les entrevues menées auprès des partenaires, la sensibilisation générale à l'égard des services pharmaceutiques et leur accès se sont améliorés pendant cette période chez les clients des Premières Nations, peut-être, en partie, à la suite de la mise en place des navigateurs des SSNA. Compte tenu des difficultés éprouvées avec certaines des méthodes d'évaluation appliquées dans le cadre de cette évaluation (à savoir sondage auprès des clients; entrevues avec des représentants territoriaux), les données portant sur les enjeux et les préoccupations liées à l'accessibilité et à la sensibilisation chez les clients inuits étaient limitées.

L'évaluation a permis de constater que les taux d'utilisation des services pharmaceutiques sont demeurés relativement stables au cours de la période de six ans visée par l'évaluation. Comme l'indique le tableau 4, entre 441 000 et 499 000 clients admissibles au Programme des SSNA avaient au moins une demande de paiement réglée ce qui explique le taux d'utilisation oscillant entre 63 et 66 % au cours de cette période. Alors que le nombre total de personnes dont les demandes de paiement ont été acceptées dans la catégorie des services pharmaceutiques a augmenté d'environ 13 %, la population admissible a augmenté de manière assez proportionnelle (16 %) ce qui a entraîné des taux d'utilisation semblables au cours de la période de six ans.

Tableau 4 : Nombre de clients accédant aux services pharmaceutiques et taux d'utilisation

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Croissance globale
Nombre de demandeurs remboursés^a							
Global	441 151	445 162	463 095	479 997	487 948	499 091	-
Premières Nations	423 132	427 303	444 481	460 925	468 486	478 809	-
Inuits	18 019	17 859	18 614	19 072	19 462	20 282	-
Taux de croissance (demandeurs remboursés)							
Global		0,9 %	3,9 %	3,5 %	1,6 %	2,2 %	13,1 %
Premières Nations		1,0 %	3,9 %	3,6 %	1,6 %	2,2 %	12,6 %
Inuits		-0,9 %	4,1 %	2,4 %	2,0 %	4,0 %	13,1 %
Population admissible^b							
Total	680 787	693 676	707 000	753 155	778 665	789 298	-
Taux de croissance		1,9 %	1,9 %	6,5 %	3,4 %	1,4 %	15,9 %
Part de la population admissible (taux d'utilisation)							
Global	64,8 %	64,2 %	65,5 %	63,7 %	62,7 %	63,2 %	-
Premières Nations	66,0 %	65,4 %	66,7 %	64,8 %	63,7 %	64,2 %	-
Inuits	45,7 %	44,6 %	45,7 %	45,8 %	45,4 %	46,4 %	-

Sources : Le STRDPSS et le Système de vérification du statut (SVS).

^a Décompte individuel des clients qui ont accédé aux services au moins une fois au cours de l'exercice. À l'exclusion des clients qui n'ont pas accédé aux services selon le mode du paiement à l'acte, des enfants en bas âge ainsi que des clients inscrits au registre de la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) en date du 31 mars 2015.

^b Population admissible au 31 mars de chaque année, par exemple, la population comptabilisée pour l'exercice 2009-2010 est celle constatée au 31 mars 2009. La population admissible utilisée pour calculer le taux d'utilisation exclut les membres des communautés d'Akwesasne et de la nation crie de Bigstone en raison de leurs ententes visant à fournir tous les services de santé non assurée directement aux membres de leurs communautés. Les populations indiquées excluent également les clients de la RSPN en fonction de la proportion de la population d'inscrits aux SSNA au 31 mars 2015, appliquée à chaque exercice.

Population : Les taux d'utilisation des services pharmaceutiques par les clients des Premières Nations ont diminué au cours de la période d'évaluation pour passer de 67 à 64 %, ce qui s'explique probablement par les modifications apportées à la *Loi sur les Indiens* et les autres reconnaissances juridiques d'Affaires autochtones et du Nord Canada, qui ont entraîné un accroissement important du nombre de membres des Premières Nations inscrits au registre des Indiens en vertu de la *Loi sur les Indiens* et qui sont donc admissibles au Programme des SSNA. Les taux d'utilisation des services pharmaceutiques par les clients inuits sont demeurés stables aux alentours de 45 à 46 % de 2009-2010 à 2014-2015. Bien qu'il n'existe pas de données totalement comparables sur les taux d'utilisation pour l'ensemble de la population canadienne, selon l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) entre 2007-2011,

41 % des Canadiens (âgés de 6 à 79 ans) avaient consommé un médicament sur ordonnance au cours des deux jours précédents⁷.

Sexe : Tout au long de la période d'évaluation, les taux d'utilisation étaient généralement plus élevés pour les clientes que pour les clients. Environ 70 % des clientes admissibles ont eu au moins une demande de paiement de services pharmaceutiques réglée en 2014-2015 comparativement à environ 56 % des clients. La répartition selon le sexe indique une proportion légèrement plus élevée de femmes parmi la population admissible, représentant environ 51 % de la clientèle en 2014-2015.

Âge : L'évaluation a révélé que les taux d'utilisation augmentaient progressivement avec l'âge, passant d'un faible 52 % des clients de 15 ans ou moins en 2014-2015 à un maximum de 79 % des clients âgés de 55 à 64 ans au cours de la même année. Les taux d'utilisation chez les personnes âgées (65 ans et plus) étaient légèrement inférieurs (71 % en 2014-2015).

Tendances générales observées dans l'utilisation des services pharmaceutiques

- Dans toutes les régions, les taux d'utilisation étaient plus élevés pour les médicaments sur ordonnance, suivis par les médicaments en vente libre.
- Dans la plupart des régions, l'écart dans les taux d'utilisation selon le sexe était beaucoup plus petit pour les clients de moins de 15 ans ou de 65 ans et plus. Les différences notées dans les taux d'utilisation par sexe étaient plus prononcées chez les clients de 15 à 44 ans.

Demandes de paiement, demandes et appels concernant les services pharmaceutiques

Comme l'illustre le tableau 5 ci-dessous, la plupart des services pharmaceutiques sont remboursés pour des médicaments couverts sans restriction (97 %), et la grande majorité des demandes d'autorisation préalable et d'exception sont approuvées (90 %). Le nombre de refus d'une demande de médicament faite par un client qui ont fait l'objet d'un appel est très faible, soit à peu près 6 %. Les taux d'approbation sont calculés sur la base du nombre de demandes de paiement de médicaments distincts faites par des clients distincts au cours d'un seul exercice. Ces taux d'approbation ne sont pas calculés sur la base du nombre total de demandes de paiement d'un médicament, car un client peut présenter une demande de paiement pour un même médicament plusieurs fois au cours d'une seule année.

⁷ Entre 2007 et 2011, on a demandé aux participants à l'ECMS (ou à leurs mandataires) s'ils avaient pris des médicaments prescrits ou administrés par un professionnel de santé, comme un médecin ou un dentiste. Le délai était limité à deux jours avant l'entretien, et les participants à l'étude étaient âgés de 6 à 79 ans inclusivement.

Tableau 5 : Demandes de paiement, demandes et appels concernant les services pharmaceutiques – 2014-2015

Demandes de paiement	Demandes approuvées	Demandes refusées	% d'approbation
Médicaments couverts sans restriction ^a	3 630 148	128 982	96,6 %
Demandes	Demandes approuvées	Demandes refusées	% d'approbation
Médicaments couverts sans restriction	20 920	329	98,4 %
Médicaments à usage restreint ^b	37 253	5 542	87,0 %
Non-inscrits	6 981	1 220	85,1 %
Demandes totales	64 524	7 091	90,1 %
Appels	Appels approuvés	Appels refusés	% d'approbation
Médicaments couverts sans restriction	1	3	25,0 %
Médicaments à usage restreint	5	0	100,0 %
Non-inscrits	241	204	54,2 %
Appels totaux	247	207	54,4 %

Source : Analyses fournies par le Programme des SSNA.

^a Les médicaments couverts sans restriction sont ceux qui figurent dans la Liste des médicaments du Programme des SSNA et pour lesquels il n'existe aucun critère d'admissibilité ou obligation d'autorisation préalable.

^b Les médicaments à usage restreint incluent : les médicaments pour lesquels on a établi des limites quant aux quantités fournies ou à la fréquence d'utilisation, les médicaments pour lesquels certains groupes de clients ont besoin d'une autorisation, et les médicaments qui exigent une autorisation préalable et pour lesquels des critères précis ont été établis.

Les médicaments couverts sans restriction sont approuvés automatiquement par le STRDPSS à un point de service. Ils représentaient plus de 3,6 millions de demandes remboursées en 2014-2015. Parmi les médicaments qui étaient classés comme « à usage restreint » par le Programme des SSNA, le taux d'approbations des demandes était d'environ 87 %, et représentaient approximativement 37 200 approbations. Le taux d'approbations parmi les médicaments qui ont fait l'objet d'une demande, mais qui étaient classés comme « non inscrits » était d'environ 85 %, et représentaient approximativement 7 000 approbations.

Dans l'ensemble, 454 appels ont été comptabilisés en 2014-2015 pour la catégorie des services pharmaceutiques, et pratiquement tous ces appels (98 %) concernaient la catégorie des médicaments « non inscrits » pour lesquels on avait fait une demande de couverture par le Programme des SSNA. Cela représente un taux d'appel de moins de 0,01 % des appels. Les taux d'approbation des appels s'élevaient à environ 54 %.

Difficultés et obstacles concernant l'accès aux services pharmaceutiques

L'évaluation n'a pas révélé des difficultés ou des obstacles importants concernant l'accès aux services pharmaceutiques. Lors des entrevues avec des partenaires, certaines difficultés dans d'autres catégories de services ont été notées, mais la catégorie des services pharmaceutiques était généralement perçue comme accessible.

On entend généralement par accessibilité au Programme le fait que les clients admissibles soient en mesure d'accéder aux prestations et aux services couverts par le Programme des SSNA. L'évaluation a révélé que des préoccupations à l'égard de la couverture sont souvent évoquées comme des « problèmes d'accessibilité » lorsque les clients du Programme des SSNA ne peuvent pas accéder à des prestations ou à des services particuliers qu'ils ont demandés parce que ceux-ci ne sont pas couverts par le Programme. De même, un client peut demander un produit qui n'est pas couvert par le Programme des SSNA et avoir droit à un autre produit ou article couvert. Ces problèmes peuvent être liés au niveau de sensibilisation et de connaissance plus détaillée des clients à l'égard de la couverture précise (inclusions et exclusions) du Programme. Lors des entrevues avec les organisations partenaires et les représentants du Programme, on a donné plusieurs exemples illustrant le fait que les perceptions des clients à l'égard des « problèmes d'accessibilité » du Programme des SSNA pourraient découler de manière plus précise d'un manque de connaissance relativement à ce qui se retrouve spécifiquement dans la couverture.

Sensibilisation des clients à l'égard des services pharmaceutiques

D'après les entrevues et les données documentaires consultées, le niveau *général* de sensibilisation à l'égard du Programme des SSNA et particulièrement à l'égard des services pharmaceutiques est relativement élevé chez les clients des Premières Nations, la plupart des clients ayant entendu parler du Programme des SSNA. Les partenaires des Premières Nations ont indiqué que les clients des Premières Nations sont plus sensibilisés, ce qui peut être attribuable, en partie, au rôle que les navigateurs des SSNA jouent auprès des clients des Premières Nations. Comme il a été mentionné précédemment, il a été difficile de recueillir des données faisant état du point de vue des Inuits (à savoir peu de réponses aux sondages et aux entrevues) en ce qui concerne également la sensibilisation des clients.

L'élaboration du Programme et des politiques de la catégorie des services pharmaceutiques est-elle fondée sur des données probantes?

L'évaluation a révélé que les politiques et la prise de décisions de la catégorie des services pharmaceutiques sont fondées sur des données probantes. La participation du Programme des SSNA au processus du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) FPT, parallèlement à la création du Comité consultatif sur les médicaments et les approches thérapeutiques (CCMAT) et du Centre des exceptions pour médicaments (CEM) du Programme des SSNA, contribuent à la solide approche fondée sur des données probantes concernant les décisions en matière d'inscription à la liste des médicaments couverts, l'élaboration de la politique de couverture et la prise de décisions pour les services pharmaceutiques ayant trait au Programme.

L'évaluation a révélé que les politiques de la catégorie des services pharmaceutiques étaient fondées sur des données probantes. L'adhésion active du Programme des SSNA au processus du PCEM FPT de l'Agence canadienne des médicaments et des

technologies de la santé (ACMTS) constitue une grande démonstration de prise de décisions fondées sur des données probantes. Au moyen du PCEM, l'ACMTS procède à des évaluations rigoureuses et objectives des preuves cliniques, économiques et recueillies auprès des patients sur les médicaments et se sert de cette évaluation pour formuler des recommandations en matière de remboursement et des avis à l'intention des régimes publics d'assurance-médicaments FPT, dont le Programme des SSNA. Comme le précise le site Web de l'ACMTS :

« Lorsqu'elle formule ses recommandations relatives au remboursement des médicaments, l'ACMTS analyse des études qui évaluent l'efficacité clinique, la sécurité et le rapport coût-efficacité des médicaments à l'examen. Elle procède à une comparaison des médicaments par rapport à la thérapie actuellement acceptée afin de déterminer les avantages et les inconvénients thérapeutiques des nouveaux médicaments, elle compare également le rapport coût-efficacité des médicaments par rapport aux options thérapeutiques actuelles. En plus des preuves cliniques et économiques, le processus du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) tient compte des commentaires formulés par des patients, des fabricants de médicaments et des cliniciens. (ACMTS, 2016) [Traduction libre]

Les nouveaux médicaments et les médicaments existants utilisés pour de nouvelles indications sont soumis à des examens. Le PCEM a été établi par les régimes d'assurance-médicaments publics FPT afin de réduire la répétition inutile d'activités lors de l'examen des présentations de médicaments, de tirer parti de l'expertise et des ressources restreintes de façon optimale et d'améliorer l'uniformité et la qualité de l'examen des médicaments, et ce, de manière à contribuer à la qualité et à la durabilité des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada. Le Programme des SSNA et d'autres régimes d'assurance-médicaments prennent des décisions concernant l'inscription à la Liste des médicaments en fonction des recommandations du Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM) (qui participe activement au processus du PCEM) ainsi que d'autres facteurs pertinents, tels que la situation particulière des clients du Programme des SSNA.

En plus de sa participation au processus du PCEM, en 2012, le Programme des SSNA a établi un organe consultatif, le Comité consultatif sur les médicaments et les thérapeutiques (CCMT) du Programme des SSNA. L'élargissement d'une gamme de médicaments qui figure déjà sur la Liste des médicaments, les révisions des classes thérapeutiques et les examens des critères existants d'inscription à la liste sont soumis au CCMT. Le CCMT est composé de professionnels de la santé hautement qualifiés qui fournissent des avis d'experts impartiaux et pratiques de nature médicale et pharmaceutique à l'intention du Programme des SSNA, afin de promouvoir l'amélioration des résultats sur le plan de la santé des clients inuits et des Premières Nations grâce à l'utilisation efficace des produits pharmaceutiques. Le CCMT regroupe des médecins et des pharmaciens exerçant en milieu hospitalier et communautaire, ainsi que des médecins des Premières Nations. L'approche qu'il adopte est fondée sur

des données probantes et les avis exprimés se font l'écho des connaissances médicales et scientifiques, des tendances actuelles en matière d'utilisation, des pratiques cliniques courantes, des méthodes de prestation des soins de santé et des besoins précis des clients du Ministère en matière de soins de santé.

Le troisième volet des services pharmaceutiques ayant trait au Programme qui démontre qu'une approche fondée sur des données probantes dans la prise de décisions est utilisée est le soutien et l'utilisation continu du Centre des exceptions pour médicaments (CEM) du Programme des SSNA. Le CEM du Programme des SSNA a été créé en décembre 1997 pour traiter le plus rapidement possible les demandes des pharmaciens concernant les services pharmaceutiques qui nécessitent une autorisation préalable. Il veille à ce que la politique du Programme des SSNA en matière de couverture de services pharmaceutiques soit appliquée de façon uniforme dans tout le pays et à ce que cette couverture soit fondée sur des données probantes.

Les clients et les fournisseurs de la catégorie des services pharmaceutiques respectent-ils les exigences du Programme?

Les différents niveaux de vérification ont démontré la conformité des clients et des fournisseurs de la catégorie des services pharmaceutiques aux exigences du Programme.

Les processus de vérification avant et après paiement qui comportaient des programmes exhaustifs de vérification des fournisseurs ont démontré la conformité des clients et des fournisseurs de la catégorie des services pharmaceutiques aux exigences du Programme.

Selon le Rapport annuel 2014-2015 du Programme des SSNA, les vérifications de la catégorie des services pharmaceutiques ont pour objectifs de déceler les irrégularités de facturation, de confirmer l'autorisation d'exercer des fournisseurs, de s'assurer que les services pour lesquels un paiement est demandé ont été reçus par les clients admissibles du Programme des SSNA et que les fournisseurs ont conservé les documents à l'appui de chaque demande de paiement. Le Programme de vérification des fournisseurs de la catégorie des services pharmaceutiques comprend les volets suivants : la vérification au lendemain de la présentation des demandes de paiement; la confirmation auprès des clients; l'établissement du profil des fournisseurs; la vérification sur place et la vérification au bureau. Les demandes de paiement qui ne respectent pas les exigences en matière de facturation du Programme des SSNA peuvent faire l'objet d'un recouvrement. Selon le Rapport annuel 2014-2015 du Programme des SSNA, 81 vérifications ont été effectuées en 2014-2015, et celles-ci ont permis au Programme de recouvrer environ 2,1 millions de dollars.

7.2 Catégorie de l'équipement médical et des fournitures médicales

Le Programme des SSNA couvre les coûts de divers types d'EMFM lorsque ces coûts ne sont pas couverts par un autre régime ou programme auquel le client est admissible. La plupart des articles d'EMFM exigent une autorisation préalable du bureau régional de Santé Canada et une ordonnance d'un prescripteur admissible. Comme les demandes de paiement relatives aux services pharmaceutiques et aux soins dentaires, les demandes de paiement relatives aux articles d'EMFM fournis aux clients admissibles des Premières Nations et des Inuits sont traitées par l'intermédiaire du STRDPSS.

L'équipement médical et les fournitures médicales admissibles sont ceux distribués par des pharmacies et des distributeurs autorisés en vue d'une utilisation à la maison ou en milieu ambulatoire. Les lignes directrices relatives à la quantité et au remplacement sont donc établies en fonction des besoins médicaux moyens des bénéficiaires. Les demandes portant sur une quantité ou un remplacement non conforme aux lignes directrices peuvent être autorisées dans certains cas lorsqu'il est démontré que le besoin médical existe (Santé Canada, 2012c).

Les catégories de prestations d'EMFM couvertes incluent les suivantes :

- Matériel d'audiologie (appareils auditifs et fournitures);
- Articles généraux d'EMFM (fournitures pour le soin des plaies, fauteuil roulant, etc.);
- Orthèses et chaussures faites sur mesure;
- Fournitures et dispositifs pour stomisés;
- Appareils et fournitures d'oxygénothérapie;
- Vêtements et orthèses de compression (dispositif de compression et traitement des cicatrices);
- Prothèses (mammaires, oculaires et de membres);
- Appareils et fournitures d'assistance respiratoire.

Les clients ont-ils accès aux prestations d'EMFM?

Les taux d'utilisation annuels au cours de la période visée par l'évaluation sont demeurés stables, à environ 7 % des clients admissibles qui ont eu au moins une demande de paiement d'EMFM réglée au cours d'une année donnée, ce qui représente entre 51 000 et 56 000 personnes chaque année.

Les taux d'utilisation annuels chez les clients des Premières Nations se situaient entre 7 et 8 %. Les taux d'utilisation chez les clients inuits se situaient, pour leur part, entre 5 et 6 % pendant la même période. Le taux d'utilisation est nettement supérieur chez les clients plus âgés (p. ex. 28 % pour les clients de 65 ans et plus en 2014-2015).

Les prestations d'EMFM sont gérées à l'échelle régionale, et les données sur les taux d'approbation et les appels au niveau le plus bas ne sont pas compilés à l'échelle nationale pour cette catégorie. Un petit nombre d'appels au 3^e niveau ont été faits (en moyenne, moins de deux par année).

Les difficultés et les obstacles concernant l'accès aux prestations d'EMFM relevés dans le cadre des entrevues menées auprès des partenaires et des représentants du Programme des SSNA étaient liés davantage à l'accès aux services de santé et aux fournisseurs d'EMFM inscrits, qu'à l'accès aux prestations d'EMFM dans le cadre du Programme.

Comme certaines des autres catégories de services, les taux d'utilisation des prestations d'EMFM sont demeurés relativement stables au cours de la période de six ans visée par la présente évaluation. Comme le montre le tableau 6, alors que le nombre total de personnes dont les demandes de paiement ont été acceptées dans la catégorie d'EMFM a augmenté d'environ 11 %, la population admissible a augmenté de manière assez proportionnelle (16 %) ce qui a entraîné des taux d'utilisation semblables au cours de la période de six ans.

Tableau 6 : Nombre de clients accédant aux prestations d'EMFM et taux d'utilisation

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Croissance globale
Nombre de demandeurs remboursés^a							
Global	50 614	51 449	52 473	53 340	54 930	56 034	-
Premières Nations	48 556	49 459	50 356	51 132	52 448	53 382	-
Inuits	2 058	1 990	2 117	2 208	2 482	2 652	-
Taux de croissance (demandeurs remboursés)							
Global	-	1,6 %	2,0 %	1,6 %	2,9 %	2,0 %	10,7 %
Premières Nations	-	1,8 %	1,8 %	1,5 %	2,5 %	1,7 %	9,9 %
Inuits	-	-3,4 %	6,0 %	4,1 %	11,0 %	6,4 %	28,9 %
Population admissible^b							
Total	680 787	693 676	707 000	753 155	778 665	789 298	-
Taux de croissance	-	1,9 %	1,9 %	6,5 %	3,4 %	1,4 %	15,9 %
Part de la population admissible (taux d'utilisation)							
Global	7,4 %	7,4 %	7,4 %	7,1 %	7,1 %	7,1 %	-
Premières Nations	7,6 %	7,6 %	7,6 %	7,2 %	7,1 %	7,2 %	-
Inuits	5,2 %	5,0 %	5,2 %	5,3 %	5,8 %	6,1 %	-

Sources : Le STRDPSS et le SVS.

^a Décompte individuel des clients qui ont accédé aux services au moins une fois au cours de l'exercice. À l'exclusion des clients qui n'ont pas accédé aux services selon le mode du paiement à l'acte, des enfants en bas âge ainsi que des clients inscrits au registre de la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) en date du 31 mars 2015.

^b Population admissible au 31 mars de chaque année, par exemple, la population comptabilisée pour l'exercice 2009-2010 est celle constatée au 31 mars 2009. La population admissible utilisée pour calculer le taux d'utilisation exclut les membres des communautés d'Akwesasne et de la nation crie de Bigstone en raison de leurs ententes visant à fournir tous les services de santé non assurée directement aux membres de leurs communautés. Les populations indiquées excluent également les clients de la RSPN en fonction de la proportion de la population d'inscrits aux SSNA au 31 mars 2015, appliquée à chaque exercice.

Population : Durant la période d'évaluation, les taux d'utilisation des prestations d'EMFM par les clients des Premières Nations sont demeurés relativement constants, en se maintenant entre 7 et 8 %. Les taux d'utilisation chez les clients inuits sont aussi demeurés relativement constants, en se maintenant entre 5 et 6 %. L'évaluation n'a pas permis de trouver des taux d'utilisation comparables pour la population canadienne générale.

Sexe : Il y a eu beaucoup plus de femmes qui ont eu accès aux prestations d'EMFM (57 % de clientes en 2014-2015) que d'hommes (43 % de clients en 2014-2015). L'écart dans les taux d'utilisation entre les hommes et les femmes était beaucoup plus mince que ceux observés dans les autres catégories, avec une différence de seulement deux points de pourcentage en 2014-2015 (à savoir un taux d'utilisation de 8 % pour les femmes et de 6 % pour les hommes).

Âge : Les taux d'utilisation sont restés relativement faibles (moins de 10 %) pour les clients de 44 ans et moins et ont augmenté de façon constante pour les clients plus âgés (un taux d'utilisation de 10 % pour les clients de 45 à 54 ans, de 16 % pour les clients de 55 à 64 ans et de 28 % pour les clients de 65 ans et plus en 2014-2015).

Tendances générales observées dans l'utilisation des prestations d'EMFM

- Les taux d'utilisation des fournitures sont plus élevés que les taux d'utilisation d'équipement.
- Les taux d'utilisation d'EMFM tendent à augmenter avec l'âge, ce qui est compatible avec le type de produits couverts dans le cadre de cette catégorie de prestations (p. ex. fauteuils roulants, appareils d'aide à la motricité, prothèses auditives).

Appels concernant les prestations d'EMFM

Afin de comprendre la mesure dans laquelle il y a eu des difficultés d'accès pour cette catégorie, les responsables de l'évaluation ont examiné les données portant sur les appels au dernier niveau (3^e niveau⁸) au cours d'une période de cinq ans visée par l'évaluation. La responsabilité de la gestion et de l'offre des prestations d'EMFM est partagée entre l'AC nationale et les bureaux régionaux du Programme des SSNA. Le traitement des demandes et les procédures d'appel (de 1^{er} et 2^e niveaux) concernant les prestations d'EMFM se font à l'échelle régionale, et les données ne sont pas compilées systématiquement à l'échelle nationale.

D'après des données publiées par le Programme, il y a eu un total de sept appels de 3^e niveau pour les prestations d'EMFM durant la période de 2010-2011 à 2014-2015. Sur ces sept appels, un appel a été approuvé et six appels ont été rejetés.

Difficultés et obstacles concernant l'accès aux prestations d'EMFM

L'évaluation a permis de relever quelques difficultés et obstacles concernant l'accès aux prestations d'EMFM. Les principales difficultés recensées lors des entrevues menées avec les partenaires n'étaient pas liées directement à l'accès aux prestations du Programme des SSNA en tant que tel, mais étaient davantage liées à l'accès aux fournisseurs de services de santé qui peuvent poser un diagnostic, puis prescrire et fournir l'EMFM pour répondre aux besoins des clients. Selon les entrevues menées auprès des partenaires, cette situation est particulièrement préoccupante pour les

⁸ Lors d'un appel de 1^{er} niveau, la procédure d'appel commence après la réception de l'ensemble des documents par le gestionnaire de la Division du développement de la politique pharmaceutique. Un client peut choisir de demander une révision au 2^e niveau d'appel s'il est en désaccord avec la décision rendue au 1^{er} niveau d'appel et/ou si de nouveaux renseignements sont disponibles aux fins d'examen depuis le dernier appel (tous les documents sont expédiés au directeur de la Division de la gestion et du service de révision des prestations). Enfin, un client peut choisir de demander une révision au 3^e niveau d'appel s'il est en désaccord avec la décision rendue au 2^e niveau d'appel et/ou si de nouveaux renseignements sont disponibles aux fins d'examen depuis le dernier appel (tous les documents doivent être expédiés au directeur général du Programme des SSNA).

clients du Programme habitant des communautés plus éloignées et isolées. Un aspect à améliorer, relevé au cours des entrevues avec les partenaires, est la nécessité d'accroître le nombre de fournisseurs d'EMFM, notamment parmi ceux qui sont rattachés aux milieux de soins de santé provinciaux, comme les centres d'EMFM dans les hôpitaux.

L'élaboration du Programme et des politiques de la catégorie des EMFM est-elle fondée sur des données probantes?

Le Guide du fournisseur d'équipement médical et de fournitures médicales (EMFM) de 2009 et le document de 2010 intitulé Prestations pharmaceutiques, équipement médical et fournitures médicales – Cadre de travail exposent les objectifs de base et les processus pour la catégorie d'EMFM. L'évaluation a permis de constater que le Guide du fournisseur et le Cadre de travail ont été mis à jour périodiquement tout au long de la période d'évaluation avec des comptes rendus de décisions et des notes de service faisant état de mises à jour et de changements fondés sur des pratiques exemplaires, des normes et des prises de décisions fondées sur des éléments probants.

Le document Prestations pharmaceutiques, équipement médical et fournitures médicales – Cadre de travail (2010) vise à expliquer les politiques générales qui guident l'administration des prestations d'EMFM. Le Guide du fournisseur d'équipement médical et de fournitures médicales (EMFM) (de 2009) offre des renseignements sur les politiques spécifiques du Programme des SSNA s'appliquant aux fournisseurs d'EMFM. Il expose les paramètres de la catégorie d'EMFM du Programme en décrivant les éléments pertinents de chacune des politiques connexes.

Selon le Cadre de travail, l'objectif des prestations d'EMFM est de fournir aux prestataires admissibles d'avoir accès d'une façon juste, équitable et efficiente à l'équipement médical et à des fournitures médicales (EMFM) (Santé Canada, 2010a) :

- qui contribueront à améliorer l'état de santé général des prestataires des Premières nations et Inuits, en tenant compte de leurs besoins particuliers liés à la santé et du contexte de la prestation des services de santé;
- qui couvriront une gamme d'articles d'EMFM offerts sur la base du jugement professionnel, conformément aux pratiques exemplaires courantes en matière de prestation des services de santé et aux normes de soins fondées sur des données probantes.

La liste des articles d'EMFM couverts se répartit en quatre catégories : articles couverts sans restriction, articles devant faire l'objet d'une autorisation préalable, exceptions et exclusions. Les articles devant faire l'objet d'une autorisation préalable et les exceptions exigent l'obtention d'une ordonnance d'un prescripteur reconnu d'EMFM, ainsi que des documents à l'appui d'un professionnel approprié d'EMFM (p. ex. un rapport d'un ergothérapeute pour s'assurer que le fauteuil roulant permettra de répondre aux besoins particuliers du client). Le Cadre de travail énonce clairement que les prestations d'EMFM seront offertes en tenant compte des pratiques exemplaires

courantes, des normes de soins fondées sur des données probantes, du jugement professionnel et d'une justification médicale.

L'évaluation a permis de constater que le Guide du fournisseur d'EMFM et le Cadre de travail ont été actualisés au cours de la période d'évaluation. Un examen de divers comptes rendus de décisions et notes de service à l'intention des sous-ministres adjoints rédigés pendant la période visée par l'évaluation a démontré comment les pratiques exemplaires, les normes et les prises de décisions fondées sur des données probantes sont intégrées dans l'élaboration et la mise en œuvre continues de la politique de couverture de la catégorie d'EMFM.

Les clients et les fournisseurs de la catégorie d'EMFM respectent-ils les exigences du Programme?

Les différents niveaux de vérification ont démontré la conformité des clients et des fournisseurs de la catégorie d'EMFM aux exigences du Programme.

Tout comme la catégorie des services pharmaceutiques, les processus de vérification avant et après paiement qui comportaient des programmes exhaustifs de vérification des fournisseurs ont démontré la conformité des clients et des fournisseurs de la catégorie d'EMFM. Le Programme de vérification des fournisseurs de la catégorie d'EMFM est conçu de la même manière que celui des services pharmaceutiques et comprend les mêmes volets (voir la catégorie sur les services pharmaceutiques). Les demandes de paiement qui ne respectent pas les exigences en matière de facturation peuvent faire l'objet d'un recouvrement. Selon le Rapport annuel 2014-2015 du Programme des SSNA, 13 vérifications ont été effectuées en 2014-2015, et celles-ci ont permis au Programme de recouvrer plus de 738 000 dollars.

7.3 Catégorie des soins dentaires

Le Programme des SSNA couvre une gamme étendue de soins dentaires en vue de répondre aux besoins de santé particuliers de sa clientèle. Les soins dentaires doivent être fournis par un professionnel autorisé des soins dentaires, comme un dentiste, un dentiste spécialiste ou un denturologiste. Certains des soins dentaires admissibles en vertu de la catégorie des soins dentaires du Programme doivent faire l'objet d'un processus de prédétermination avant le début du traitement. Au cours de ce processus, les soins dentaires proposés sont évalués au moyen du Cadre de travail sur les soins dentaires et du Guide concernant les prestations dentaires du Programme des SSNA et ce processus prend en compte l'état de santé buccodentaire du client et ses besoins (Santé Canada, 2016).

La plupart des soins dentaires couverts en vertu de la catégorie des soins dentaires du Programme donnent lieu à des rémunérations à l'acte versées par l'intermédiaire du STRDPSS (88 % des coûts en 2014-2015). D'autres soins sont gérés par le biais d'AC avec des communautés particulières (6 % des coûts en 2014-2015), et dans une faible proportion par le biais de contrats directs avec des professionnels du secteur pour

assurer la prestation de services à des clients de communautés éloignées (4 % des coûts en 2014-2015).

Le Programme des SSNA couvre notamment les soins dentaires suivants :

- les services diagnostiques, comme les examens et les radiographies;
- les traitements préventifs, comme le détartrage, le polissage et l'application de fluorure et de résines de scellement;
- les services de restauration, comme les obturations et la pose de couronnes;
- les services d'endodontie, comme les traitements de canal;
- les soins de périodontie, comme le détartrage en profondeur;
- les services de prosthodontie, notamment ceux qui concernent les prothèses dentaires amovibles;
- la chirurgie buccale, y compris les extractions;
- les services d'orthodontie visant la correction d'anomalies dentaires et maxillaires importantes;
- les services auxiliaires, tels que l'anesthésie générale et la sédation.

Les clients ont-ils accès aux soins dentaires?

Les taux d'utilisation annuels en ce qui concerne les soins dentaires sont demeurés relativement constants au cours de la période visée par l'évaluation oscillant entre 35 et 38 % des clients admissibles qui ont eu au moins une demande de paiement de soins dentaires réglée au cours d'une année donnée, ce qui représente entre 249 000 et 288 000 personnes chaque année. Les taux d'utilisation des soins dentaires couverts par le Programme des SSNA sont probablement inférieurs aux taux globaux de soins dentaires dans l'ensemble de la population admissible étant donné que certains clients ont accès aux soins dentaires par le truchement d'autres programmes (autres programmes de la DGSPNI, programmes provinciaux), de services fournis dans le cadre d'AC, de services fournis par des dentistes ayant conclu un contrat aux clients de communautés éloignées ou de régimes d'assurance privés.

Les taux d'utilisation annuels chez les clients des Premières Nations se situaient entre 36 et 37 % au cours de la période visée par l'évaluation. Les taux d'utilisation chez les clients inuits se situaient, pour leur part, entre 41 et 43 %.

En 2014-2015, le taux d'approbation pour les demandes de paiement de soins dentaires qui ne nécessitaient pas de prédétermination était d'environ 90 %. Dans le cas des services où un autre type de demande a été présentée (p. ex. demande de prédétermination pour les soins de la nomenclature B de la grille, nouvelle demande de prise en considération des services de la nomenclature A de la grille), le taux d'approbation global était d'environ 61 %.

Une difficulté rapportée par les partenaires au sujet des clients qui ont accès aux soins dentaires couverts par le Programme concerne la disponibilité des soins dentaires.

Cette difficulté est résolue en partie dans le cadre du Programme des SSNA grâce à l'embauche de dentistes qui ont conclu un contrat pour assurer la prestation des services dans les communautés éloignées et isolées (ce qui représentait environ 4 % des dépenses en 2014-2015), et grâce à la fourniture de services de TRM aux clients qui doivent se déplacer pour obtenir des soins dentaires. Un autre problème évoqué concerne le manque d'intérêt de certains dentistes à s'inscrire au Programme étant donné qu'ils préfèrent demander aux clients de payer leurs services plutôt que de demander un remboursement au Programme. Cette approche ne donne lieu à aucune interaction entre le fournisseur de soins dentaires d'un cabinet privé et le Programme des SSNA.

Comme c'est le cas avec les services pharmaceutiques et les prestations d'EMFM, les taux d'utilisation des soins dentaires sont demeurés relativement stables au cours de la période de six ans visée par la présente évaluation. Comme le montre le tableau 7 alors que la croissance du nombre total de personnes dont les demandes de paiement ont été acceptées dans la catégorie de soins dentaires était d'environ 16 %, la croissance chez la population admissible était correspondante (16 %) ce qui a entraîné des taux d'utilisation semblables au cours de la période de six ans.

Tableau 7 : Nombre de clients accédant aux soins dentaires et taux d'utilisation

		2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Croissance globale
Nombre de demandeurs remboursés^a								
Global	-	248 888	261 276	264 955	282 761	275 722	288 229	-
Premières Nations		232 820	244 024	247 888	258 805	265 032	270 550	-
Inuits		16 068	17 252	17 067	16 917	17 729	17 679	-
Taux de croissance (demandeurs payés)								
Global			4,7 %	1,4 %	6,3 %	-2,6 %	4,3 %	15,8 %
Premières Nations			4,6 %	1,6 %	4,2 %	2,3 %	2,0 %	16,2 %
Inuits			6,9 %	-1,1 %	-0,9 %	4,6 %	-0,3 %	10,0 %
Population admissible^b								
Total		680 787	693 676	707 000	753 155	778 665	789 298	-
Taux de croissance			1,9 %	1,9 %	6,5 %	3,4 %	1,4 %	15,9 %
Part de la population admissible (taux d'utilisation)								
Global		36,6 %	37,7 %	37,5 %	37,5 %	35,4 %	36,5 %	-
Premières Nations		36,3 %	37,3 %	37,2 %	36,4 %	36,0 %	36,3 %	-
Inuits		40,8 %	43,1 %	41,9 %	40,7 %	41,3 %	40,5 %	-

Sources : Le STRDPSS et le SVS.

^a Décompte individuel des clients qui ont accédé aux services au moins une fois au cours de l'exercice. À l'exclusion des clients qui n'ont pas accédé aux services selon le mode du paiement à l'acte, des enfants en bas âge ainsi que des clients inscrits au registre de la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) en date du 31 mars 2015.

^b Population admissible au 31 mars de chaque année, par exemple, la population comptabilisée pour l'exercice 2009-2010 est celle constatée au 31 mars 2009. La population admissible utilisée pour calculer le taux d'utilisation exclut les membres des communautés d'Akwesasne et de la nation crie de Bigstone en raison de leurs ententes visant à fournir tous les services de santé non assurée directement aux membres de leurs communautés. Les populations indiquées excluent également les clients de la RSPN en fonction de la proportion de la population d'inscrits aux SSNA au 31 mars 2015, appliquée à chaque exercice.

Population : Les taux d'utilisation des soins dentaires par les clients des Premières Nations sont demeurés relativement constants, en se maintenant entre 36 et 37 %. Les taux d'utilisation des soins dentaires chez les clients inuits ont oscillé, pour leur part, entre 41 et 43 % au cours de la même période. L'utilisation des soins dentaires couverts par le Programme n'est pas la même que l'utilisation ou l'accès global aux soins dentaires par la clientèle, qui peuvent être couverts ou offerts par d'autres moyens qui ne relèvent pas du Programme des SSNA. Dans l'ERS 2008/2010, 57 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des Premières Nations indiquent avoir reçu des soins dentaires au cours des 12 mois précédant l'Enquête, et les trois quarts (76 %) des adolescents des Premières Nations rapportent avoir eu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'ERS 2008-2010. Voici certaines raisons possibles expliquant les faibles taux d'utilisation observés dans les données sur le Programme des SSNA : les clients ont accès aux soins dispensés par le biais d'AC, ou par les dentistes ayant conclu un contrat qui travaillent dans les communautés qui participent aux initiatives en matière de santé de la mère et l'enfant; des personnes bénéficient d'une assurance privée; la disponibilité de services de soins

dentaires dans la communauté et la perception du client de ne pas avoir besoin de soins dentaires (comme l'indique l'ESBPN, 2009-2010). Selon l'ECMS, 74 % des Canadiens ont consulté un professionnel de la santé buccodentaire au cours de la dernière année entre 2007 et 2009.

Sexe : Au cours de la période d'évaluation, 56 % des personnes qui ont eu accès à des soins dentaires étaient des femmes et 44 % des hommes, même si la répartition de la population admissible était de 51 % de femmes et de 49 % d'hommes. Tout au long de la période d'évaluation, le taux d'utilisation chez les clientes (40 %) était plus élevé que le taux d'utilisation chez les clients (33 %).

Âge : Les taux d'utilisation se situaient entre 35 et 39 % pour la plupart des groupes d'âge, à l'exception des clients de 65 ans et plus, qui affichaient le taux d'utilisation le plus faible. Néanmoins, les taux d'utilisation chez ces clients plus âgés (groupe d'âge des 65 ans et plus) ont augmenté au cours de la période d'évaluation, pour passer de 22 % en 2009-2010 à 25 % en 2014-2015.

Tendances générales observées dans l'utilisation des soins dentaires

- Contrairement à ce qui a été mentionné concernant les catégories des services pharmaceutiques et d'EMFM, les taux d'utilisation ont tendance à diminuer avec l'âge pour les soins dentaires dans toutes les régions.
- Dans toutes les régions, il y a trois types de soins dentaires où les taux d'utilisation les plus élevés sont atteints : les services diagnostiques, qui incluent les examens; les traitements préventifs, qui incluent le détartrage, le polissage et l'application de fluorure; et les services de restauration, comme les obturations et la pose de couronnes.

Demandes de paiement, demandes et appels concernant les soins dentaires

Pour comprendre la mesure dans laquelle il y a eu des difficultés d'accès dans la catégorie des soins dentaires, les responsables de l'évaluation ont examiné les taux d'approbation des demandes de paiement en combinaison avec les données sur les demandes et les appels pour une année (2014-2015). Comme l'illustre le tableau 8 ci-dessous, la plupart des demandes de paiement traitées par l'intermédiaire du STRDPSS pour les services dentaires de la nomenclature A de la grille ont été approuvées (90 %). Cela représente environ 1,8 million de demandes remboursées en 2014-2015. Le taux d'approbation global pour les interventions pour lesquelles des demandes ont été faites est d'environ 61 %. Dans ce taux global, les taux pour les différents types de demandes varient comme suit : les interventions, services et soins de la nomenclature B (qui requièrent une prédétermination) ont un taux d'approbation d'environ 59 % ou 46 000 approbations; et les services requis, mais classés sous la nomenclature C ou D (qui ne relèvent normalement pas du Programme des SSNA) ont un taux d'approbation d'environ 20 % ou 3 600 approbations.

Une analyse des données d'appel (voir le tableau 8) indique que plus du tiers (35 %) des appels de services dentaires au 1^{er} niveau ont été approuvés, alors qu'une proportion beaucoup plus faible des services orthodontiques au 1^{er} niveau ont été approuvés (5 %). Selon les représentants du Programme, les taux d'approbation des appels de services orthodontiques traduisent le fait que : 1) les décisions initiales concernant la couverture des services orthodontiques sont fondées sur les données cliniques qui doivent être jointes à la demande initiale de couverture; et, 2) les critères de couverture utilisés sont clairs et objectifs. Toutes les demandes liées aux traitements d'orthodontie sont préapprouvées et, dans le cadre de ce processus, les orthodontistes soumettent leurs plans de traitement et les données cliniques à l'appui (p. ex. la radiographie panoramique, les modèles diagnostiques) avant que les cas ne soient examinés, afin que la prise de décision initiale puisse être fondée sur des données cliniques exhaustives qui permettent d'effectuer des mesures détaillées. Pour les autres catégories de services du Programme, lorsque des données cliniques exhaustives ne sont pas requises pour la prise de décision initiale, les taux d'approbation des appels sont considérablement plus élevés, car la procédure d'appel donne au client et à son médecin la possibilité de soumettre des données cliniques et des renseignements contextuels pour justifier la demande de paiement (p. ex. les tests diagnostiques).

Tableau 8 : Demandes de paiement et demandes concernant les soins dentaires – 2014-2015

Demandes de paiement	Demandes approuvées		Demandes refusées		% des demandes réglées à la soumission	
Nomenclature A ^a	1 792 048		190 382		90,4 %	
Demandes	Demandes approuvées		Demandes refusées		% d'approbation	
Nomenclature A	61 113		26 044		70,1 %	
Nomenclature B ^b	46 007		31 411		59,4 %	
Nomenclature C ou D ^c	3 639		14 484		20,1 %	
Demandes totales	110 759		71 939		60,6 %	
	1 ^{er} niveau		2 ^e niveau		3 ^e niveau	
Appels	Nombre total d'appels	% d'approbation	Nombre total d'appels	% d'approbation	Nombre total d'appels	% d'approbation
Soins dentaires	633	34,6 %	71	16,9 %	59	13,6 %
Orthodontie	535	4,5 %	130	1,5 %	34	0,0 %
Appels globaux	1168	20,8 %	201	7,0 %	93	8,6 %

Sources : Analyses fournies par le Programme des SSNA.

^a Nomenclature A : Catégories de services dentaires qui n'exigent pas une prédétermination, mais qui peuvent avoir des limites de fréquence.

^b Nomenclature B : Catégories de services dentaires qui exigent une prédétermination.

^c Nomenclature C ou D : Catégories de services dentaires qui dépassent la portée du Programme des SSNA et ne peuvent, par conséquent, pas faire l'objet d'un appel. Les services de la nomenclature D (exceptions) sont généralement considérés aux fins d'approbation. La couverture d'un service de la nomenclature C (exclusions) ne sera approuvée que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles.

Difficultés et obstacles concernant l'accès aux soins dentaires

Les entrevues menées auprès des partenaires ont permis de noter que l'une des difficultés les plus fréquemment invoquées par rapport à l'accès des clients aux soins dentaires est la disponibilité des services dentaires. Cela inquiète particulièrement les clients du Programme des SSNA des communautés les plus éloignées et isolées, et il s'agit d'une préoccupation particulière des clients inuits. Les responsables du Programme sont conscients de cette difficulté et la surmontent en partie grâce à l'embauche de dentistes ayant conclu un contrat pour assurer la prestation des services de soins dentaires aux clients dans les communautés éloignées (ce qui représentait environ 4 % des dépenses en 2014-2015). Par ailleurs, les personnes qui ont besoin de recourir à des soins dentaires qui ne sont pas offerts dans leur communauté ont droit à des prestations de TRM dans le cadre du Programme.

Un autre problème évoqué concerne le manque d'intérêt de certains dentistes à s'inscrire au Programme des SSNA étant donné qu'ils préfèrent demander aux clients de payer leurs services plutôt que de demander un remboursement au Programme des SSNA. Cette approche ne donne lieu à aucune interaction entre le fournisseur de soins dentaires d'un cabinet privé et le Programme.

L'élaboration du Programme et des politiques de la catégorie des soins dentaires est-elle fondée sur des données probantes?

L'évaluation a révélé que les différentes politiques qui guident les prestations de la catégorie des soins dentaires sont fondées sur des données probantes. Le document intitulé « Prestations dentaires – Cadre de travail » a été mis à jour au cours de la période d'évaluation, et les services dentaires couverts sont passés en revue sur une base continue en s'appuyant sur différentes sources de données probantes, notamment des consultations avec des associations dentaires et des organismes de clients, les résultats de projets d'essais et les analyses documentaires de l'ACMETS. Les politiques actualisées sont communiquées par divers moyens.

Le Cadre de travail sur les prestations dentaires de 2014 précise que l'objectif des prestations dentaires du Programme des SSNA est de fournir aux clients admissibles l'accès aux services de santé buccodentaires d'une manière juste, équitable et rentable qui permettra : 1) de répondre aux besoins en matière de santé buccodentaire des clients admissibles membres des Premières nations ou Inuits, de contribuer à améliorer leur état de santé buccodentaire et 2) de couvrir une gamme de services dentaires offerts sur la base du jugement professionnel et de la santé buccodentaire du client, conformément aux pratiques exemplaires courantes en matière de prestation des services de santé et aux normes de soins fondées sur des résultats probants (Santé Canada, 2014c).

Ainsi qu'il est fait mention dans le Cadre de travail sur les prestations dentaires de 2014, les services dentaires couverts par le Programme des SSNA sont examinés sur une base continue dans le cadre d'une consultation avec les associations de fournisseurs de soins dentaires et des organismes des communautés inuites et des

Premières Nations. Le Programme a recours aux services de l'ACMTS pour obtenir des analyses documentaires de données cliniques qui éclairent les décisions stratégiques relatives à la couverture des soins dentaires. Les responsables du Programme ont également élaboré et mis en œuvre des projets d'essais, au cours de la période d'évaluation, pour éclairer les décisions stratégiques relatives à la couverture des soins dentaires dans des domaines comme l'endodontie. Puisque des ajustements sont apportés au Programme, les fournisseurs de soins dentaires et les clients sont tenus informés par le biais de bulletins des SSNA sur les soins dentaires, de communications des SSNA aux associations de fournisseurs de soins dentaires et des mises à jour apportées au Guide concernant les prestations dentaires des SSNA et à la Grille régionale des soins dentaires du Programme des SSNA.

Les clients et les fournisseurs de la catégorie des soins dentaires respectent-ils les exigences du Programme?

Les différents niveaux de vérification ont démontré la conformité des clients et des fournisseurs de la catégorie des soins dentaires aux exigences du Programme.

L'évaluation a révélé que le Programme d'évaluation des fournisseurs de services dentaires dans le cadre du Programme des SSNA a démontré la conformité des clients et des fournisseurs de la catégorie des soins dentaires aux exigences du Programme. Le programme de vérification est administré par l'entremise du STRDPSS et est conçu de la même manière que celui des services pharmaceutiques (voir la catégorie des services pharmaceutiques).

Selon le Guide concernant les prestations dentaires des SSNA de 2014, les activités de vérification sont de nature administrative et se fondent sur les pratiques industrielles acceptées. Les demandes de paiement non conformes aux exigences en matière de facturation des SSNA peuvent faire l'objet d'un recouvrement. Selon le Rapport annuel 2014-2015 du Programme des SSNA, 49 vérifications ont été effectuées en 2014-2015, et celles-ci ont permis au Programme de recouvrer plus de 799 000 dollars.

7.4 Catégorie du transport pour raison médicale

Les services de TRM du Programme des SSNA sont une aide aux bénéficiaires pour le paiement des frais de transport jusqu'au professionnel de la santé approprié ou à l'établissement de santé le plus près afin d'obtenir des services de santé médicalement nécessaires admissibles qui ne sont pas dispensés dans la réserve ou dans la communauté où ils résident.

Les services de TRM du Programme couvrent notamment :

- les déplacements par voie terrestre (véhicule privé, taxi commercial, véhicule et chauffeur contractuel, véhicule de la bande, autobus, train, motoneige-taxi, ambulance);
- les déplacements par voie aérienne (vol régulier, vol nolisé, hélicoptère et ambulance aérienne);

- les déplacements par voie navigable (embarcation motorisée, bateau-taxi et traversier);
- les frais de subsistance (repas et hébergement);
- les coûts de transport pour les professionnels de la santé qui dispensent des services dans les communautés isolées.

Le transport pour raison médicale peut être fourni aux clients du programme des SSNA, afin qu'ils obtiennent les types de services de santé médicalement nécessaires qui suivent :

- les services médicaux définis comme étant des services assurés par les régimes de santé provinciaux ou territoriaux (p. ex. rendez-vous chez le médecin, soins hospitaliers);
- les tests diagnostiques et les traitements médicaux couverts par les régimes de santé provinciaux ou territoriaux;
- les traitements de l'abus d'alcool, de drogues et de solvants, et les traitements de désintoxication;
- les services offerts par les guérisseurs traditionnels;
- les SSNA (soins de la vue, soins dentaires et services de santé mentale).

Les escortes médicales et non médicales autorisées, qui accompagnent les clients dans leurs déplacements en vue d'accéder à des services de santé médicalement nécessaires, peuvent également obtenir la couverture des services de TRM du Programme des SSNA. En plus des efforts visant à faciliter les déplacements des clients qui se rendent à des rendez-vous médicaux, on s'est employé au cours des dernières années à amener les professionnels de la santé dans les communautés des clients qui vivent dans les régions mal desservies ou éloignées et isolées.

Les bureaux régionaux assurent la gestion des opérations des services de TRM du Programme des SSNA. Ces services peuvent aussi être administrés par les autorités sanitaires ou d'autres organisations des Premières Nations et des Inuits, ou par les gouvernements territoriaux qui, en vertu d'accords de contribution, ont convenu d'administrer et de couvrir eux-mêmes les services de TRM offerts aux clients admissibles. Selon le Rapport annuel 2014-2015 du Programme des SSNA, 486 AC pour le TMD étaient en vigueur en 2014-2015, ce qui représente environ 46 % des dépenses liées au TRM pour cet exercice.

Les clients ont-ils accès aux services de TRM?

Étant donné l'insuffisance des données à l'échelle nationale, l'évaluation s'est concentrée sur l'analyse des taux d'utilisation du TRM dans deux régions : le Manitoba et la Saskatchewan. On a constaté une grande variabilité des taux d'utilisation calculés au Manitoba au cours de la période visée par l'évaluation, mais cette variabilité est probablement davantage attribuable aux pratiques de saisie de données qu'aux taux d'utilisation réels. En 2014-2015, l'année au cours de laquelle la saisie de données était comparable, le taux d'utilisation était d'environ 19 % pour chacune des deux régions.

Les entrevues menées auprès des partenaires ont fait ressortir l'importance des services du TRM pour les clients, ainsi que l'existence de certaines difficultés à obtenir ces services en raison des délais de traitement des approbations et des remboursements et de certains problèmes liés à la variabilité de l'interprétation de la politique de couverture d'une escorte autorisée des services du TRM dans certaines régions.

Les évaluateurs ont déployé des efforts considérables pour réunir et analyser les données administratives utilisées pour surveiller et assurer la prestation des services de TRM dans le cadre du Programme des SSNA et en rendre compte. Après l'achèvement des différentes analyses et en consultation avec les représentants du Programme, on a déterminé que les difficultés rencontrées concernant les lacunes dans les données lorsqu'on les compile à l'échelle nationale excluaient la possibilité de les utiliser pour évaluer avec précision bon nombre des résultats immédiats escomptés de la catégorie du TRM à l'échelle médicale (p. ex. les taux d'utilisation qui indiquent l'accès). L'approche adoptée pour la prestation des services de TRM (une gestion opérationnelle par les régions assortie de nombreux AC) accentue les difficultés rencontrées pour la compilation d'un profil national exact des clients du Programme des SSNA qui utilisent ces services.

Les deux sources de données transactionnelles sur le TRM sont le Système de consignment des transports pour raison médicale (SCTRM) et le Magasin de données sur le transport pour raison médicale (MDTRM). Le SCTRM est utilisé pour suivre l'évolution des données transactionnelles à l'échelle régionale, toutefois, l'Ontario et l'Alberta utilisaient leurs propres systèmes pendant la durée de l'évaluation et les données provenant de ces régions étaient donc exclues des extractions faites à l'aide du SCTRM⁹. De plus, les données sur le TRM couvert par le biais d'AC sont recueillies de différentes façons et ne sont pas systématiquement saisies dans le SCTRM¹⁰. Selon les représentants du Programme, il arrive souvent que les données sur les AC ne soient pas déclarées en gardant intacts les identificateurs des clients qui permettraient d'analyser le niveau d'accessibilité des clients. Il s'agit d'un problème hérité du passé lié au niveau de détails que les bénéficiaires d'AC sont tenus de fournir. Cela aboutit à une représentation très limitée de l'activité du TRM dans le système, car il y avait 486 AC pour le TMD en place, ce qui représente environ 46 % des dépenses liées au TRM (Santé Canada, 2014a). Les représentants du Programme ont indiqué que les fonds fournis par le biais des AC devraient augmenter dans l'avenir, conformément au mandat du Programme des SSNA de faciliter la prise en charge des services par les Premières Nations et les Inuits, au moment et au rythme qui leur conviennent. Enfin, les montants

⁹ Des efforts ont été déployés dans les régions pour adapter le SCTRM. En conséquence, durant la période de l'évaluation, l'Alberta et l'Ontario ont commencé à migrer vers le SCTRM.

¹⁰ Par exemple, tous les services du TRM fournis par le biais d'AC dans la région de l'Atlantique sont saisis dans le SCTRM, alors qu'une partie seulement de ceux-ci sont saisis par le Québec et la Saskatchewan.

des dépenses saisis dans le SCTRM sont constitués d'un mélange de dépenses réelles et de dépenses prévues¹¹.

Depuis 2005, les responsables du Programme travaillent à l'élaboration du MDTRM dans le but de centraliser et de normaliser l'ensemble des données régionales sur le TRM. Le MDTRM 1.0 contient des données qui remontent à l'exercice 2007-2008; il s'agit toutefois d'un système qui ne fait pas de distinction entre les données opérationnelles et les données associées aux AC sur les services du TRM et qui ne permet pas la production de rapports complexes. Le MDTRM 2.0 a été déployé en 2013-2014 et il contient des données sur différentes années selon la région, comme l'illustre le tableau 9. Après avoir évalué s'il était intéressant d'utiliser le MDTRM comme source de données pour cette analyse, les représentants du Programme ont confirmé qu'il y aurait des difficultés semblables à celles éprouvées avec le SCTRM, car les principales données stockées contiennent de l'information sur les dépenses de fonctionnement liées au TRM, qui représentent environ la moitié de toutes les activités du Programme. Qui plus est, la période d'analyse serait réduite uniquement à l'exercice 2013-2014, car il s'agissait du seul exercice pour lequel les données étaient disponibles pour toutes les régions. De plus, l'accent mis sur l'extraction des données était porté à l'origine sur le calcul des coûts moyens, qui s'avère un exercice d'établissement de rapport complexe qui ne peut être produit à l'aide du MDTRM.

¹¹ Les responsables du Programme envisagent la possibilité de conclure un contrat pour l'élaboration d'un nouveau système qui offrirait un maximum de flexibilité dans la reconnaissance des divers arrangements de transport utilisés par les différentes communautés qui ont conclu des AC.

Tableau 9 : Disponibilité des données opérationnelles sur le TRM par région

Région	Source	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Atlantique	SCTRM	x	X	x	x	x	x
	MDTRM 2.0	-	-	-	-	x	Avril à février
Québec	SCTRM	x	X	x	x	x	x
	MDTRM 2.0	-	-	-	-	x	Avril à février
Ontario	SCTRM	-	-	-	-	-	
	MDTRM 2.0	-	-	x	x	x	x
Manitoba	SCTRM	x	X	x	x	x	x
	MDTRM 2.0	-	-	-	-	x	Avril à février
Manitoba (services urgents)	SCTRM	-	-	-	-	-	Nov. à Mars
	MDTRM 2.0	-	-	x	x	x	Avril à février
Saskatchewan	SCTRM	x	X	x	x	x	x
	MDTRM 2.0	-	-	-	-	x	Avril à février
Alberta	SCTRM	-	-	-	-	-	
	MDTRM 2.0	x	X	x	x	x	Avril à décembre
Alberta (services urgents)	SCTRM	-	-	-	-	-	Août à mars
	MDTRM 2.0	-	-	x	x	x	Avril à février
Nord	SCTRM	x	X	x	x	x	x
	MDTRM 2.0	-	-	-	-	x	Avril à février

Source : Analyse fournie par le Programme des SSNA (juin 2015).

Après consultation avec les représentants du Programme des SSNA, l'équipe d'évaluation a décidé de concentrer l'analyse d'un certain nombre de demandes de paiement et de demandeurs liés au TRM sur les données disponibles pour deux régions : le Manitoba et la Saskatchewan. Cela s'explique par le fait que les données pour l'Ontario et l'Alberta n'étaient pas disponibles dans le SCTRM, ni l'incidence sur la représentativité des données en raison de la grande partie des dépenses liées au TRM attribuées par le biais des AC. Selon le Rapport annuel 2013-2014 du Programme des SSNA, au cours de cet exercice, le Manitoba et la Saskatchewan ont représenté respectivement environ 32 % et 12 % des dépenses annuelles liées au TRM du Programme, et la part des dépenses de fonctionnement en tant que pourcentage des dépenses régionales totales liées au TRM (à savoir les dépenses de fonctionnement et les dépenses par voie de contribution) a été de 77 % dans chacune des provinces.

Dans le **tableau 10**, on présente le nombre de clients du Manitoba ventilé par l'accès aux services urgents et non urgents. En ce qui a trait au changement prononcé dans les taux d'utilisation du transport médical en cas d'urgence en 2014-2015, il faut noter qu'il s'explique par le changement effectué en 2014 dans les pratiques de saisie de donnée dans la région du Manitoba (afin d'améliorer l'intégrité des données). Plus précisément, avant 2014, le Manitoba avait l'habitude de saisir les données sur le TRM d'urgence dans le SCTRM seulement si des repas et un hébergement étaient offerts. Depuis 2014, toutes les données sur le TRM d'urgence du Manitoba sont saisies dans le SCTRM, ce qui explique le changement observé dans le nombre de demandeurs remboursés : une hausse marquée pour passer d'environ 3 400 en 2013-2014 à plus de 10 000 en 2014-2015 ou 474 %. Ce changement a également eu une incidence sur la croissance globale du nombre de demandeurs remboursés dans la région, qui sont passés d'environ 13 500 en 2009-2010 à 26 700 en 2014-2015 ou 98 %.

Tableau 10 : Nombre de clients accédant aux services de TRM et taux d'utilisation – MANITOBA

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Croissance globale
Nombre de demandeurs remboursés^a							
Global	13 519	14 735	16 136	16 422	19 628	26 750	-
Services urgents ^b	1 779	2 570	3 195	2 391	3 433	10 217	-
Services non urgents	11 740	12 165	12 941	14 031	16 195	16 533	-
Taux de croissance (demandeurs remboursés)							
Global	-	8,3 %	8,7 %	1,7 %	16,3 %	26,6 %	97,9 %
Services urgents ²	-	44,5 %	24,3 %	-25,2 %	43,6 %	197,6 %	474,3 %
Services non urgents	-	3,6 %	6,4 %	8,4 %	15,4 %	2,1 %	40,8 %
Part de la population admissible (taux d'utilisation)^c							
Global	10,3 %	11,0 %	11,8 %	11,6 %	13,6 %	18,5 %	-
Services urgents ²	1,4 %	1,9 %	2,3 %	1,7 %	2,4 %	7,1 %	-
Services non urgents	8,9 %	9,1 %	9,4 %	10,0 %	11,2 %	11,4 %	-

Source : Le SCTRM

^a Décompte individuel des clients qui ont reçu des services au moins une fois au cours de l'exercice. À l'exclusion des clients qui n'ont pas accédé aux services par le biais d'AC, ainsi que des enfants en bas âge. Néanmoins, les données peuvent inclure certains clients bénéficiant d'AC en raison d'erreurs de saisie de données.

^b Bien que les services de TRM urgents et non urgents soient inclus, avant 2014, le Manitoba ne saisissait les données d'urgence dans le SCTRM que si le transport impliquait la fourniture de repas et d'hébergement. Depuis novembre 2014, le Manitoba fait la saisie de toutes les données d'urgence dans le SCTRM.

^c Le dénominateur est la population admissible au 31 mars de chaque année, par exemple, la population comptabilisée pour l'exercice 2009-2010 est celle constatée au 31 mars 2009.

Dans le cas de la Saskatchewan, dont les données sont présentées au tableau 11, le taux de croissance observé dans le nombre de clients au cours de la période visée par l'évaluation est de 13 %, même si on constate une certaine variation inexplicée dans le nombre de demandeurs remboursés qui ont eu accès à des services non urgents. En 2014-2015, exercice où les pratiques de saisie des données dans les deux régions étaient similaires, les taux d'utilisation globaux ont été comparables pour les deux régions, à environ 19 %.

Tableau 11 : Nombre de clients accédant aux services de TRM et taux d'utilisation – SASKATCHEWAN

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Croissance globale
Nombre de demandeurs remboursés^a							
Global	22 869	20 808	19 386	19 797	25 361	25 733	-
Services urgents	11 867	12 476	12 525	12 718	12 995	13 327	-
Services non urgents	11 002	8 332	6 861	7 079	12 366	12 406	-
Taux de croissance (demandeurs remboursés)							
Global	-	-9,9 %	-7,3 %	2,1 %	21,9 %	1,4 %	12,5 %
Services urgents	-	5,1 %	0,4 %	1,5 %	2,2 %	2,6 %	12,3 %
Services non urgents	-	-24,3 %	-17,7 %	3,2 %	74,7 %	0,3 %	12,8 %
Part de la population admissible (taux d'utilisation)^b							
Global	18,3 %	16,3 %	14,9 %	14,8 %	18,5 %	18,4 %	-
Services urgents	9,5 %	9,8 %	9,6 %	9,5 %	9,5 %	9,5 %	-
Services non urgents	8,8 %	6,5 %	5,3 %	5,3 %	9,0 %	8,9 %	-

Source : Le SCTRM

^a Décompte individuel des clients qui ont reçu des services au moins une fois au cours de l'exercice. À l'exclusion des clients qui n'ont pas accédé aux services par le biais d'AC, ainsi que des enfants en bas âge. Néanmoins, les données peuvent inclure certains clients bénéficiant d'AC en raison d'erreurs de saisie de données.

^b Le dénominateur est la population admissible au 31 mars de chaque année, par exemple, la population comptabilisée pour l'exercice 2009-2010 est celle constatée au 31 mars 2009.

Demandes de paiement, demandes et appels concernant les services de TRM

Le Programme des SSNA n'établit pas les taux d'approbation ni une compilation des données sur les appels de manière systématique à l'échelle nationale.

Difficultés et obstacles concernant l'accès aux services de TRM

La catégorie de TRM a été un sujet principal de discussion dans bon nombre des entrevues menées avec les partenaires et les représentants du Programme des SSNA, des informateurs clés. Les trois principaux thèmes qui sont ressortis des entrevues menées auprès des groupes d'informateurs clés étaient les suivants :

- Le haut niveau d'importance de la catégorie des TRM étant donné les difficultés extrêmes souvent rencontrées dans l'accès aux services de santé pour de nombreuses communautés éloignées et isolées;

- Le caractère facilitant des services de TRM en ce qui a trait aux autres services de santé; on nous a fait remarquer que les services de TRM n'offrent pas de services médicaux directs comme tels, mais qu'ils sont essentiels pour faciliter l'accès à d'autres catégories de services et à divers services de santé assurés.
- Les importantes dépenses, les nombreuses difficultés et les nombreux obstacles associés à la prestation des services de TRM.

Des membres des Premières Nations et des Inuits de nombreuses communautés éprouvent des difficultés d'accès aux services de santé pour diverses raisons, notamment les obstacles d'ordre géographique (communautés éloignées et isolées offrant des services limités), les changements apportés aux modèles de prestation des soins de santé (p. ex. la centralisation des services de santé des PT dans les grands centres urbains), les difficultés de s'y retrouver dans les systèmes de santé complexes, les obstacles économiques et culturels et le racisme.

Les besoins liés au TRM varient considérablement et vont des soins médicaux d'urgence, des soins de santé maternelle, des visites chez le dentiste, des consultations médicales, des tests et des diagnostics, de la dialyse, de la chimiothérapie au transport de professionnels de la santé pour une suppléance dans les communautés. Pour avoir accès aux différents services de santé, de nombreux membres des Premières Nations et Inuits habitant dans des communautés éloignées ou rurales doivent se déplacer loin de chez eux, parfois pendant de longues périodes selon les traitements.

Compte tenu de ces nombreux facteurs, les bureaux régionaux du Programme des SSNA (et, dans certains cas, les bénéficiaires d'AC) sont confrontés à une tâche difficile pour régler les différents aspects de la couverture des services du TRM destinés aux clients. En particulier, les personnes qui doivent se déplacer depuis des régions éloignées et isolées pour avoir accès à des services de santé non seulement ont de plus grandes distances à parcourir pour avoir accès aux services de santé assurés des PT et à d'autres services de santé, mais les modes de transport disponibles peuvent également être limités et susceptibles d'être touchés par des facteurs comme le mauvais temps. La nature complexe de l'organisation des déplacements de clients vivant dans des régions géographiquement éloignées ou isolées a incité certains bureaux régionaux du Programme à mettre sur pied des centres d'appels spécialisés pour planifier et coordonner les divers aspects des services de TRM en tenant compte des spécificités locales particulières dans une multitude de communautés. Certaines des difficultés rencontrées à l'égard des déplacements du Nord en particulier ont amené les responsables du Programme à mettre en place des unités de transport dans certaines régions.

D'autres facteurs échappant au contrôle du Programme sont liés à l'emplacement du professionnel de la santé ou de l'établissement de santé approprié le plus proche (p. ex. l'emplacement des services médicaux ou spécialisés assurés par la province et des bureaux des professionnels de santé exerçant en pratique privée ou selon le principe de rémunération à l'acte, comme les dentistes ou les professionnels de la santé mentale). En plus de faciliter les déplacements des clients à ces rendez-vous médicaux,

les responsables du Programme se sont employés à amener les professionnels de la santé dans les communautés mal desservies et/ou éloignées et isolées.

Au cours des entrevues, différents partenaires et représentants du Programme des SSNA ont fait état de difficultés particulières en ce qui a trait à l'accès aux services de TRM, notamment :

- L'approbation d'un accompagnement par une escorte est perçue comme variable et comme manquant d'uniformité. En tant que Programme reposant sur un besoin médical, la couverture d'escortes n'est offerte que lorsque les clients ont un besoin documenté sur le plan médical ou juridique d'être accompagnés lors d'un déplacement. On a néanmoins noté certains problèmes éventuels en ce qui a trait à la couverture d'escortes dans des situations particulières telles que les suivantes :
 - Personnes âgées : les clients de plus de 65 ans ne sont pas couverts d'office pour un accompagnement d'escorte, à moins qu'un besoin sur le plan médical ou juridique soit documenté.
 - Besoins linguistiques ou d'interprète : la couverture d'une escorte est actuellement offerte par le Programme lorsqu'il existe une barrière linguistique à l'accès à un service de santé médicalement nécessaire; toutefois, des partenaires ont signalé que les escortes utilisées pour des raisons linguistiques peuvent être renvoyés à la maison si des services d'interprétation sont offerts à l'hôpital ou à l'endroit où le service de santé est offert.
 - Parents adolescents : dans la plupart des cas, lorsqu'un client d'un programme prénatal est mineur, il existe une exigence juridique que ce client soit accompagné par un parent ou un tuteur dans l'éventualité où ce dernier devrait consentir à une procédure médicale dont a besoin le premier. Toutefois, si le père de l'enfant est également mineur, par exemple, il ne serait pas en mesure de fournir un tel consentement, il n'aurait pas non plus l'âge légal pour signer pour la location d'un hébergement (p. ex. une chambre d'hôtel). Plusieurs partenaires étaient d'avis que la couverture des frais liés au recours à deux escortes pour un déplacement dans ces circonstances devrait être approuvée pour permettre, par exemple, au père d'un bébé d'être présent à sa naissance.
 - Durée du séjour – le Cadre de travail sur le transport pour raison médicale des SSNA de 2005 indique ce qui suit : « L'escorte doit retourner dans la communauté le plus rapidement possible à moins qu'une raison d'ordre médical ou juridique ne l'oblige à prolonger sa présence ou que cela soit financièrement plus avantageux ». Certains partenaires affirment que, dans certains cas, la couverture de l'escorte doit être prolongée afin de permettre à l'escorte de demeurer avec le client pour une période prolongée.
- Les retards et les longs délais avant d'obtenir les approbations et les remboursements.

Malgré les rapports faisant état de longs délais pour l'approbation des déplacements, les données du SCTRM indiquent que de 2009-2010 à 2014-2015, le nombre moyen de jours (calculés annuellement) pour permettre au personnel régional d'approuver le déplacement médical et de faire les réservations nécessaires pour le client du Programme des SSNA au Manitoba et en Saskatchewan variaient de deux à cinq jours. Il convient de souligner que les délais pour l'approbation de la couverture ne s'appliquent pas aux situations d'urgence (les services d'urgence sont contactés directement dans ces situations, et les dispositions pour l'approbation de la couverture et le paiement sont prises ultérieurement).

L'élaboration du Programme et des politiques de la catégorie du TRM est-elle fondée sur des données probantes?

Les services de TRM facilitent l'accès aux services de santé qui ne peuvent pas être dispensés dans les communautés des clients. Les données probantes requises pour l'élaboration d'une politique de couverture pour cette catégorie diffèrent donc substantiellement des autres catégories du Programme fondées sur une intervention médicale qui utilisent des données médicales pour orienter les activités vers l'atteinte de résultats spécifiques désirés en matière de santé.

Les entrevues menées auprès des représentants des régions et des partenaires ont permis de constater que l'amélioration des données administratives et opérationnelles de la catégorie du TRM aiderait à élaborer des analyses de rentabilité et des propositions plus détaillées et plus précises d'autres méthodes de prestation des services de TRM à l'échelle des communautés et des régions qui pourraient contribuer à accroître l'efficacité.

Le Cadre de travail sur le transport pour raison médicale des SSNA de 2005 définit les modalités selon lesquelles le programme des SSNA offre une couverture de services de TRM MT aux clients admissibles à obtenir des services de santé médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts dans la réserve ou dans la communauté où ils résident. Le Guide des opérations concernant le transport pour raison médicale de 2012 se veut un cadre commun qui orientera les décideurs dans l'application des politiques du Cadre en fonction des circonstances propres à chaque situation. Ce Guide a été élaboré par les gestionnaires régionaux des SSNA en collaboration avec le personnel de l'AC des SSNA. Il sera mis à jour suivant les besoins par le biais de collaborations semblables entre les Régions et l'AC. Les mises à jour des politiques sont consignées dans divers comptes rendus de décisions.

À la différence des cadres de travail sur la couverture des autres catégories des SSNA, on ne mentionne pas précisément de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes ni de normes professionnelles dans le Cadre de travail de 2005 et dans le Guide des opérations concernant le transport pour raison médicale de 2012. Cela est probablement attribuable à la nature de ces services qui est substantiellement différente de celle des autres catégories de services du Programme fondées sur une intervention

médicale. Les services du TRM peuvent se concevoir davantage comme un service facilitateur pour les clients, plutôt que comme une procédure, un service ou un dispositif fondé sur une intervention médicale qui est une caractéristique des autres catégories de services.

Les entrevues menées auprès des partenaires et des représentants régionaux du Programme des SSNA ont permis de constater que la prise de décisions au sein de la catégorie du TRM pourrait être facilitée grâce à l'amélioration des données administratives et opérationnelles. Ces données aideraient à élaborer des analyses de rentabilité et des propositions d'autres méthodes de prestation des services de TRM à l'échelle des communautés et des régions (p. ex. l'achat d'hébergement, le recrutement de fournisseurs de services de santé pour desservir les communautés, le transport collectif) qui pourraient contribuer à accroître l'efficacité.

Les clients et les fournisseurs des services de TRM respectent-ils les exigences du Programme?

Des progrès dans l'obtention du respect des exigences du Programme par les clients et les fournisseurs ont été accomplis au cours de la période de six ans visée par l'évaluation. Durant la majeure partie de cette période, il n'y a pas eu de programme systématique et intégré de vérification pour la catégorie du TRM; des vérifications externes et internes ont toutefois été effectuées dans cette catégorie de services.

En 2015, le Bureau du vérificateur général (BVG) a noté qu'il y avait des problèmes liés à la documentation qui était insuffisante pour démontrer que les prestations de TRM étaient administrées conformément aux principes sélectionnés du Cadre de travail sur le transport pour raison médicale concernant la déclaration des besoins médicaux et la confirmation de leur présence. Santé Canada a donné suite à la recommandation en convenant de modifier ses lignes directrices en conséquence. Des recommandations ont également été faites à la suite de vérifications internes pour que d'autres rapports financiers soient publiés par les signataires d'AC concernant les services de TRM, et que les rôles et responsabilités du personnel responsable de la procédure de vérification des demandes de remboursement soient clarifiés pour assurer la conformité des fournisseurs et des clients. Une vérification interne de suivi effectuée en 2012 a permis de constater que ces recommandations avaient été mises en œuvre. Depuis 2014, les responsables du Programme ont conclu un contrat pour effectuer des vérifications dans les régions pour les prestations de TRM gérées conformément aux processus opérationnels et, à ce jour, 13 vérifications ont été effectuées.

En 2015, le BVG a déclaré dans un rapport de vérification sur le TRM que « la documentation conservée par Santé Canada était insuffisante pour démontrer que les prestations de transport pour raison médicale étaient administrées conformément aux principes sélectionnés du Cadre de travail sur le transport pour raison médicale (2005) » (BVG, 2015). Santé Canada a souscrit à la recommandation et s'est engagé à modifier ses lignes directrices en vigueur afin de mieux les adapter aux pratiques fonctionnelles courantes associées à la déclaration des besoins médicaux et à la

confirmation de leur présence. De plus, Santé Canada a pris l'engagement de communiquer à son personnel des directives claires concernant le traitement et la conservation des dossiers transitoires requis pour l'attribution de prestations.

La vérification interne de 2010 effectuée par le Bureau de la vérification et de la responsabilisation concernant le TRM a permis de constater qu'en ce qui a trait aux prestations gérées par les secteurs opérationnels, dans une ou deux régions, la procédure de vérification des demandes de remboursement devait être clarifiée en ce qui concerne les rôles et responsabilités et la consignation des étapes de vérification menées par le personnel. La vérification de suivi effectuée en 2012 a permis de constater que l'on avait pleinement donné suite à cette recommandation.

En ce qui concerne l'offre des prestations de TRM au moyen d'AC, la vérification interne de 2010 a permis de constater que les bénéficiaires d'AC étaient tenus de faire état de leurs dépenses annuelles réelles pour le TRM. La vérification a révélé que les renseignements communiqués aux gestionnaires du Programme des SSNA n'étaient pas suffisants pour évaluer si les fonds ont été dépensés de façon adéquate pour le TRM ou pour cerner les causes fondamentales de déficits. Cela a donné lieu à des recommandations additionnelles dans la vérification de suivi effectuée en 2012 afin de réviser les modèles d'AC afin d'exiger des rapports financiers annuels détaillés sur les dépenses du TRM par catégorie de coût et de veiller à ce que les agents du Programme des SSNA officialisent les pratiques liées aux prestations de TRM et utilisent les modèles élaborés par l'AC du Programme des SSNA, y compris les rapports de visites sur les lieux. Depuis 2014, les responsables du Programme ont conclu un contrat pour effectuer des vérifications dans les régions pour les prestations de TRM gérées conformément aux processus opérationnels et, à ce jour, 13 vérifications du TRM ont été effectuées.

7.5 Catégorie des soins de la vue

Les prestations pour soins de la vue sont couvertes conformément aux politiques énoncées dans le *Cadre de travail sur les soins de la vue des SSNA*. Les catégories de prestations de soins de la vue suivantes sont couvertes :

- les examens de la vue, lorsqu'ils ne sont pas assurés par la province ou le territoire (p. ex. dans certaines provinces ou certains territoires, les examens de la vue pour les enfants, les aînés et les clients diabétiques);
- les lunettes prescrites par un fournisseur de soins de la vue;
- les réparations de lunettes;
- les autres soins de la vue, selon les besoins médicaux particuliers du client.

La catégorie des soins de la vue est gérée conjointement par l'AC nationale et les bureaux régionaux du Programme des SSNA. Les membres du personnel régional sont responsables de la plupart des aspects de l'administration et de l'exploitation des prestations pour soins de la vue. Les responsabilités de l'AC comprennent l'élaboration d'une politique nationale de couverture des prestations et de documents de communications, la coordination des groupes de travail nationaux et des relations avec

les intervenants et les fournisseurs, des vérifications de prestations et de la gestion du 3^e niveau d'appel. L'administration centrale soutient les régions dans la négociation d'accords avec les fournisseurs, lorsque de tels accords existent.

La majorité des prestations de soins de la vue sont versées suivant un modèle de rémunération à l'acte dans le cadre duquel des professionnels de soins de la vue indépendants (c.-à-d. en pratique privée) assurent la prestation des services aux clients du Programme à leur lieu de travail habituel. Les soins de la vue sont offerts par un fournisseur reconnu du Programme des SSNA. Un fournisseur des soins de la vue (à savoir un optométriste, un opticien ou un ophtalmologiste) doit détenir un permis/certificat professionnel, qui est autorisé et qui est en règle avec l'organisme de réglementation de la province ou du territoire où il exerce. Les fournisseurs peuvent s'inscrire auprès du Programme afin d'être payés directement par celui-ci pour des produits et des services admissibles qui sont offerts aux clients admissibles du Programme des SSNA. Certains clients paient eux-mêmes leurs services de soins de la vue (principalement des services reçus de fournisseurs non inscrits) et demandent un remboursement au Programme des SSNA.

Les clients ont-ils accès aux prestations de soins de la vue?

Les taux d'utilisation des prestations des soins de la vue sont difficiles à calculer étant donné que ces prestations sont gérées à l'échelle nationale, avec les régions qui utilisent différents systèmes de gestion des données des soins de la vue pour la collecte des données administratives au cours de la période visée par l'évaluation. Selon des données récemment compilées par le Programme des SSNA, environ 127 000 (en 2012-2013) à 132 000 (en 2014-2015) clients ont obtenu des prestations des soins de la vue (sans compter ceux qui ont reçu des prestations en vertu d'AC). Les taux d'utilisation combinés des deux exercices pour les prestations liées aux lunettes pour adultes dans ce sous-groupe sur une période de deux ans (2013-2014 à 2014-2015) variaient de 28 à 41 %.

D'après les entrevues menées auprès des partenaires, le niveau de sensibilisation à l'égard des prestations de soins de la vue du Programme des SSNA chez les clients des Premières Nations est relativement élevé. L'évaluation n'a pas permis de constater de difficultés importantes en ce qui concerne l'accès des clients à ces prestations, bien que certains problèmes liés à la couverture aient été observés en ce qui a trait aux types de lentilles couvertes (p. ex. bifocales vs progressives), aux coûts des montures couvertes et aux critères d'admissibilité pour les lentilles cornéennes. Il convient également de noter que, selon des représentants du Programme, après la période d'évaluation, la couverture des soins de la vue du Programme des SSNA a été actualisée et élargie pour inclure la couverture des lentilles progressives.

Selon les données compilées par le Programme des SSNA pour le processus d'examen conjoint de l'APN-SNNA en cours, environ 127 000 et 132 000 clients du Programme

des SSNA ont obtenu des prestations des soins de la vue en 2012-2013 et 2014-2015, respectivement. Ces chiffres ne tiennent pas compte des prestations offertes par le biais d'AC (soit environ 12 % des dépenses en 2014-2015).

Pour le processus d'examen conjoint de l'APN-SNNA, le Programme a calculé les taux d'utilisation combinés des deux exercices pour les deux services les plus courants (examens oculaires et lunettes) par groupe d'âge pour les clients du Programme des SSNA qui reçoivent des services de soins de la vue (sans compter les services fournis par le biais d'AC). Les taux d'utilisation pour les examens oculaires variaient de 1 à 3 % chez les enfants (0 à 19 ans), et de 16 à 34 % chez les adultes. Les taux d'utilisation pour les lunettes variaient de 7 à 30 % chez les enfants (0 à 19 ans), et de 28 à 41 % chez les adultes. Des représentants du Programme ont indiqué que la proportion de clients qui obtiennent des services de soins de la vue est influencée par la disponibilité d'autres programmes publics de soins de la vue qui donnent accès à des services similaires, particulièrement des examens oculaires. La plupart des provinces couvrent les examens de la vue pour les enfants et les aînés, d'où des taux d'utilisation plus bas pour les examens oculaires chez ces groupes d'âge.

Difficultés et obstacles concernant l'accès aux prestations de soins de la vue

Lors des entrevues menées auprès des partenaires, on a noté que les clients du Programme des SSNA sont relativement bien au courant des prestations des soins de la vue dans leur ensemble, bien que certains détails de la couverture soient moins bien connus, sauf lorsque le client a recours à un fournisseur de services inscrit ou directement au Programme pour obtenir une approbation ou formuler une demande de paiement particulière. Des partenaires ont indiqué que les clients n'ont généralement pas beaucoup de difficultés à accéder aux soins de la vue assurés par le Programme des SSNA. Bien que ce ne soit pas directement un problème d'accès, au cours des entrevues, quelques partenaires ont fait état de certaines difficultés en ce qui concerne la couverture, y compris les types de lentilles couvertes, le montant couvert pour les montures et certains des critères d'admissibilité pour les lentilles cornéennes. Selon des représentants du Programme, après la période d'évaluation, la couverture des soins de la vue du Programme des SSNA a été actualisée et élargie pour inclure la couverture des lentilles progressives.

L'élaboration du Programme et des politiques de la catégorie des soins de la vue est-elle fondée sur des données probantes?

Le Cadre de travail sur les prestations des soins de la vue des SSNA a été mis à jour en 2012, et le Guide concernant les soins de la vue en 2013. Le Cadre précise que les prestations et services sont offerts sur la base du jugement professionnel, conformément aux pratiques exemplaires courantes en matière de prestation des services de santé et aux normes de soins fondées sur des données probantes.

Selon le Cadre de travail sur les prestations des soins de la vue de 2012, l'objectif des prestations des soins de la vue du Programme des SSNA est de fournir aux clients

admissibles l'accès aux prestations et services des soins de la vue d'une manière juste, équitable et rentable qui permettront :

- de contribuer à améliorer l'état de santé général des clients des Premières nations et des Inuits en reconnaissant leurs besoins particuliers en matière de santé et en tenant compte du contexte relatif aux soins de santé;
- de couvrir une gamme définie de soins de la vue offerts sur la base du jugement professionnel, conformément aux pratiques exemplaires courantes en matière de prestation des services de santé et aux normes de soins fondées sur des données probantes.

L'interprétation des politiques et processus particuliers est définie dans le Guide concernant les soins de la vue de 2013.

Le Programme des SSNA retient les services d'un professionnel des soins de la vue sous contrat (soit un optométriste ou un ophtalmologiste), dont la principale fonction opérationnelle est d'examiner les cas d'exception liés aux prestations pour s'assurer que les décisions concernant les demandes sont en conformité avec les pratiques cliniques et les lignes directrices établies (il s'agit généralement de demandes de paiement pour des lunettes hautement spécialisées permettant de corriger des problèmes de vision moins courants). Le Programme fait également appel à ce professionnel pour formuler des conseils à l'appui de l'élaboration d'une politique de couverture des soins de la vue. Par exemple, le professionnel des soins de la vue du Programme a été consulté en soutien à l'élaboration de la Liste des prestations des soins de la vue de 2012, pour s'assurer que les articles couverts et les critères énoncés pour les exceptions courantes étaient fondés sur les pratiques cliniques et les lignes directrices établies.

Les clients et les fournisseurs de la catégorie des soins de la vue respectent-ils les exigences du Programme?

Des progrès dans l'obtention du respect des exigences du Programme par les clients et les fournisseurs ont été accomplis au cours de la période de six ans visée par l'évaluation. Contrairement aux prestations du Programme des SSNA dont l'offre est plus centralisée (à savoir les services pharmaceutiques, les soins dentaires et l'EMFM), durant la majeure partie de la période visée par l'évaluation (2009-2010 à 2014-2015), il n'y avait pas de programme de vérification systématique et centralisée de la catégorie des soins de la vue. Au cours de cette période, une seule vérification interne de la catégorie des soins de la vue a été effectuée. En ce qui a trait à la conformité des clients et des fournisseurs, cette vérification a permis de constater que le cadre de vérification des fournisseurs de soins de la vue n'avait pas été pleinement mis en œuvre. En 2014, le Programme a donc établi un calendrier continu de deux ans d'audits à entreprendre à l'échelle nationale pour cette catégorie. Un nouveau processus normalisé d'inscription des fournisseurs de soins de la vue à l'échelle nationale a été mis en œuvre au début de 2015 afin d'amener les fournisseurs à mieux comprendre et respecter les exigences du Programme.

La vérification interne de la catégorie des soins de la vue effectuée en 2014 par le Bureau de la vérification et de la responsabilisation de Santé Canada a permis de constater que, malgré un cadre de vérification bien documenté des prestations, il n'y avait pas de preuve de l'existence d'un plan d'audit des fournisseurs structurés par l'AC ou par les régions. Bien que le cadre propose le calcul de la taille de l'échantillon et la sélection d'un échantillon aléatoire, l'audit a permis de constater que le Programme a effectué au plus un ou deux audits par an sur la base de recommandations provenant des régions. Cette constatation a abouti à une recommandation de mettre pleinement en œuvre le cadre de vérification des fournisseurs des soins de la vue.

Pour donner suite à cette recommandation, en 2014, le Programme a établi un calendrier continu de deux ans d'audits à entreprendre à l'échelle nationale pour cette catégorie. De plus, un nouveau processus normalisé d'inscription des fournisseurs de soins de la vue à l'échelle nationale a été mis en œuvre au début de 2015 afin d'amener les fournisseurs à mieux comprendre et respecter les exigences du Programme des SSNA.

7.6 Catégorie des services d'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme (SISMSCCT)

La catégorie des SISMSCCT¹² du Programme des SSNA vise à assurer la couverture des services de counseling en santé mentale en situation de crise lorsqu'aucun autre service de santé mentale n'est disponible et/ou offert. Ce service vise à appuyer la prestation de soins psychologiques et affectifs immédiats aux personnes en grande détresse afin de stabiliser leur état, d'atténuer les traumatismes potentiels découlant d'événements aigus et, le cas échéant, d'aiguiller ces personnes vers d'autres services d'aide en santé mentale.

La catégorie des SISMSCCT couvre jusqu'à un maximum de 15 heures de counseling (plus cinq heures additionnelles, si nécessaire, pour la transition du client vers d'autres services) par crise en santé mentale sur une période de vingt (20) semaines. Les services admissibles pouvant être facturés comprennent :

- l'évaluation initiale (maximum de deux heures, qui s'ajoutent aux 15 heures de counseling) effectuée par un fournisseur inscrit;
- les séances de counseling (consultation individuelle, familiale ou de groupe);

L'accès aux prestations des SISMSCCT se fait de trois façons :

- La rémunération à l'acte et les contrats : À l'échelle nationale, les ententes de rémunération à l'acte et les contrats sont à l'origine de la plupart des dépenses de prestation des SISMSCCT (environ 70 %). Les fournisseurs inscrits sont des professionnels en santé mentale indépendants qui offrent des services à leur lieu de travail habituel ou qui se rendent dans les communautés des Premières Nations et facturent les services offerts à chaque client au Programme des

¹² Cette catégorie de prestations est maintenant nommée Service de counseling en santé mentale (CSM) des SSNA.

SSNA selon le principe de rémunération à l'acte. En Ontario, dans l'Atlantique, au Québec et au Yukon, ce modèle compte pour la majorité des services fournis. La plupart des clients communiquent directement avec un fournisseur, mais pour trouver un fournisseur inscrit auprès du Programme des SSNA, les clients ou le personnel de santé communautaire peuvent communiquer avec le bureau régional des SSNA afin d'obtenir la liste des fournisseurs inscrits de leur région. Les deux heures de l'évaluation initiale n'exigent aucune autorisation préalable. Après l'évaluation initiale, les fournisseurs de services de counseling en santé mentale doivent obtenir l'autorisation préalable du bureau régional du Programme pour confirmer la couverture des coûts et continuer à offrir les services. Le personnel régional du Programme traite toutes les autorisations préalables et demandes de remboursement pour les services offerts selon le principe de rémunération à l'acte. Dans la région de l'Alberta, Santé Canada conclut des contrats avec les fournisseurs inscrits qui ont manifesté l'intérêt de se déplacer dans les communautés pour offrir des SISMSCCT. Les directeurs de la santé contribuent à la sélection des conseillers en santé mentale appropriés et agissent à titre de point de contact de leur communauté avec les fournisseurs. Les fournisseurs sont remboursés selon une indemnité journalière et les frais liés aux déplacements sont compris. Le contrat stipule le nombre minimum de jours (par semaine ou par mois) pendant lesquels le fournisseur offrira les services dans la communauté, et d'autres jours peuvent être ajoutés avec une autorisation préalable. Les clients communiquent habituellement avec leur centre de santé local pour prendre rendez-vous.

-
- Les AC : À l'échelle nationale, environ 30 % des dépenses associées aux SISMSCCT sont effectuées par l'entremise des AC pour la prestation des services gérés par les communautés des Premières Nations ou des organisations qui embauchent des professionnels de la santé mentale ou concluent des contrats avec eux, et qui permettent aux communautés d'adapter les services de santé mentale pour répondre à leurs besoins précis. Les AC peuvent être permanents ou à court terme en réponse à une situation particulière qui survient dans la communauté et qui augmente le besoin de SISMSCCT.

•

Pour facturer leurs services au Programme des SSNA, les fournisseurs de services en santé mentale doivent être inscrits auprès du Programme. Pour être admissibles à titre de fournisseur des SISMSCCT du Programme des SSNA, les fournisseurs de services de counseling en santé mentale doivent être inscrits auprès d'un organisme de réglementation professionnelle constitué en vertu d'une loi et pouvoir exercer de manière indépendante dans la province ou le territoire où les services sont fournis. Les fournisseurs admissibles de services de counseling en santé mentale comprennent les psychologues et travailleurs sociaux spécialisés en counseling clinique. Dans des circonstances exceptionnelles, d'autres fournisseurs de counseling en santé mentale qui ne satisfont pas ces critères peuvent être acceptés.

Les clients ont-ils accès aux prestations des SISMSCCT?

Les taux d'utilisation des prestations des SISMSCCT sont difficiles à calculer étant donné la façon dont ces prestations sont gérées (à l'échelle régionale et par le biais d'AC). Sur la base de données récemment compilées par le Programme des SSNA, environ 10 000 clients ont eu accès à ces services selon la formule de rémunération à l'acte en 2014-2015, ce qui représentait environ 70 % des dépenses consacrées aux prestations des SISMSCCT.

Des partenaires ont indiqué que la sensibilisation des clients aux prestations des SISMSCCT est faible, mais ont précisé qu'ils n'ont constaté aucune grande difficulté liée à l'obtention des prestations.

Comme une grande partie de la prestation de ces services aux clients est assurée par le biais d'AC, il n'est pas possible de calculer les taux d'utilisation réels des prestations des SISMSCCT pour l'évaluation parce. Selon les données compilées par le Programme des SSNA pour le processus d'examen conjoint de l'APN-SNNA en cours, environ 10 000 clients du Programme des SSNA ont obtenu des prestations des SISMSCCT suivant un modèle de rémunération à l'acte en 2014-2015. Ces chiffres ne tiennent pas compte des prestations offertes par le biais d'AC (soit environ 30 % des dépenses). Étant donné que le dénominateur de la population admissible ne peut pas être déterminé pour ces chiffres, les taux d'utilisation ne peuvent pas être calculés pour la présente évaluation.

Difficultés et obstacles concernant l'accès aux prestations des SISMSCCT

D'après les entrevues menées auprès des partenaires, le niveau de sensibilisation à l'égard des prestations des SISMSCCT est relativement faible chez les clients. Les partenaires n'ont toutefois constaté aucune grande difficulté liée à l'obtention des prestations.

L'élaboration du Programme et des politiques de la catégorie des SISMSCCT est-elle fondée sur des données probantes?

Le Cadre de travail des SISMSCCT et le Guide concernant les prestations des SISMSCCT ont été mis à jour en 2013. Le Guide mentionne le recours à des pratiques exemplaires et à des normes fondées sur des données probantes dans l'élaboration de la politique de couverture associée à la catégorie des SISMSCCT. L'évaluation initiale n'exige pas d'autorisation préalable, mais une telle autorisation doit être obtenue pour la couverture d'un traitement continu. Les services de professionnels de la santé mentale réglementés par les provinces, couverts dans le cadre de ces prestations, sont mis en place en tant que pont de gestion de crise à court terme jusqu'au traitement à plus long terme, si cela s'avère nécessaire.

Le Cadre de travail des SISMSCCT a été mis en œuvre en 2013, tout comme le Guide concernant les prestations des SISMSCCT. Selon le Guide concernant les prestations des SISMSCCT de 2013, les prestations sont fournies selon le jugement d'un professionnel de la santé, conformément aux pratiques exemplaires en ce qui a trait aux prestations des services de santé et aux normes de soins fondées sur des résultats probants. Au cours de la période visée par l'évaluation, Santé Canada a recueilli des plans de traitement dans le cadre du processus d'autorisation préalable. Depuis 2015, l'autorisation préalable est fondée sur l'affirmation par le fournisseur que les services offerts au client le sont pour les raisons énoncées dans le Guide, en tant que pont de gestion de crise à court terme jusqu'au traitement à plus long terme si nécessaire.

Les clients et les fournisseurs de la catégorie des SISMSCCT respectent-ils les exigences du Programme?

Des progrès dans l'obtention du respect des exigences du Programme par les clients et les fournisseurs ont été accomplis au cours de la période de six ans visée par l'évaluation. Contrairement aux prestations du Programme des SSNA dont l'offre est plus centralisée (à savoir les services pharmaceutiques, les soins dentaires et l'EMFM), durant la majeure partie de la période visée par l'évaluation (2009-2010 à 2014-2015), il n'y avait pas de programme de vérification systématique et centralisée de la catégorie des SISMSCCT. Au cours de cette période, une seule vérification interne de la catégorie des SISMSCCT a été effectuée. En ce qui a trait à la conformité des clients et des fournisseurs, cette vérification a permis de constater que le cadre de vérification des fournisseurs de SISMSCCT n'avait pas été pleinement mis en œuvre. En 2014, le Programme a donc établi un calendrier continu de deux ans d'audits à entreprendre à l'échelle nationale pour cette catégorie. Un nouveau processus d'inscription des fournisseurs de SISMSCCT normalisé à l'échelle nationale a été mis en œuvre au début de 2015 afin d'amener les fournisseurs à mieux comprendre et respecter les exigences du Programme.

La vérification interne de la catégorie des SISMSCCT effectuée en 2014 par le Bureau de la vérification et de la responsabilisation de Santé Canada a permis de constater que, malgré un cadre de vérification bien documenté des prestations, il n'y avait pas de preuve de l'existence d'un plan d'audit des fournisseurs structurés par l'AC ou par les régions. Bien que le cadre propose le calcul de la taille de l'échantillon et la sélection d'un échantillon aléatoire, aucun résultat de vérification des SISMSCCT n'a été fourni aux vérificateurs au cours de la période demandée. Cette constatation a abouti à une recommandation de mettre pleinement en œuvre le cadre de vérification des fournisseurs des SISMSCCT. Pour donner suite à cette recommandation, un calendrier continu de deux ans d'audits a été entrepris à compter de 2014. De plus, un nouveau processus d'inscription des fournisseurs de services de counseling en santé mentale normalisé à l'échelle nationale a été mis en œuvre au début de 2015. Le but de ce processus d'inscription est d'amener les fournisseurs à mieux comprendre et respecter les exigences du Programme des SSNA.

7.7 Collaboration

De quelle façon la collaboration a-t-elle eu une incidence sur la prestation des services?

Bien que les collaborations des représentants du Programme des SSNA avec différents partenaires semblent s'améliorer, on note certaines difficultés au chapitre de la coordination et de la collaboration qui ont une incidence sur la prestation des services du Programme. Ces difficultés contribuent probablement à d'autres problèmes relevés, comme la sensibilisation des clients à l'égard de préoccupations particulières concernant la couverture et l'accès signalées par des intervenants pour certaines catégories. Malgré ces difficultés, une part importante des demandes de paiement pour les soins dentaires et les services pharmaceutiques a été coordonnée en collaboration avec des tiers payeurs (soit entre 9 et 13 % selon l'exercice et la catégorie).

Les provinces

L'évaluation a révélé que la principale difficulté concernant la collaboration entre le Programme des SSNA et les provinces réside dans la coordination des prestations de santé supplémentaires. Lors des entrevues, les partenaires et les représentants du Programme des SSNA ont indiqué que le manque de coordination des programmes publics de prestations de santé supplémentaires présente des difficultés pour le Programme. Ils ont souligné que le Programme des SSNA est, conformément à la politique, le « payeur de dernier recours »; toutefois, la plupart des provinces n'offrent pas de couverture pour les clients du Programme des SSNA en vertu de leurs régimes de prestations supplémentaires pour des populations particulières.

D'après des informateurs clés, notamment des fournisseurs de services, des représentants régionaux du Programme des SSNA et des communautés et organisations des Premières Nations, les difficultés relatives à la coordination entre le Programme des SSNA et divers programmes de prestations de santé supplémentaires provinciaux peuvent contribuer au stress, à la frustration et, finalement, à l'absence d'accès aux prestations pour certains clients en raison de leur incapacité à naviguer avec succès dans le système.

Selon des représentants du Programme, dans le cadre du mandat du Programme, lorsqu'un client confirme que sa couverture – d'un régime d'assurance public ou privé – a été modifiée, le Programme des SSNA s'emploie à faciliter son accès aux prestations admissibles. Les représentants du Programme ont indiqué que, bien qu'il y ait eu quelques difficultés concernant les régimes publics dans les provinces et territoires au fil du temps, celles-ci ne constituaient pas un problème généralisé nuisant aux opérations quotidiennes du Programme et étaient en lien avec des différences dans les programmes PT et leur couverture destinée à des populations particulières, comme les clients vivant dans des foyers de soins personnels et les personnes atteintes du VIH/sida ou du cancer. Les représentants du Programme des SSNA ont signalé qu'une fois détectés, ces problèmes ont été résolus, parce que le Programme des SSNA a

offre une couverture ou parce que les programmes PT ont continué à offrir une couverture aux membres des Premières Nations et aux Inuits en tant que résidents de la province ou du territoire concerné.

La coordination du paiement avec des payeurs tiers par le Programme des SSNA a augmenté au cours de la période visée par l'évaluation. Selon des analyses fournies par le Programme, la proportion des demandes de paiement pour soins dentaires qui a été coordonnée avec des payeurs tiers est passée d'environ 9 % en 2012 à 11 % en 2015. La proportion des demandes de paiement pour services pharmaceutiques qui a été coordonnée avec des payeurs tiers a augmenté pour passer d'environ 10 % en 2012 à 13 % en 2015. Cela représentait approximativement de 13 à 15 % de tous les clients de la catégorie des soins dentaires et environ de 9 à 12 % de tous les clients de la catégorie des services pharmaceutiques ayant des demandes de paiement coordonnées entre 2012 et 2015¹³. La majorité de ces demandes de paiement ont été coordonnées automatiquement par l'entremise du STRDPSS, sans que les clients ou les fournisseurs aient à prendre d'autres mesures que la soumission des demandes.

Les fournisseurs de services

Lors des entrevues auprès de groupes de fournisseurs de services concernés, certains répondants ont mentionné qu'ils ont connu des difficultés concernant différents aspects, comme :

- la coordination des prestations;
- le fardeau administratif associé aux autorisations préalables, à la prédétermination et aux appels;
- les faibles taux de remboursement pour des services spécifiques des catégories des services pharmaceutiques, des soins dentaires et de l'EMFM;
- certaines incohérences liées à l'approbation de certaines prestations, tant entre les régions qu'à l'intérieur d'une même région.

Si certains répondants étaient d'avis que les négociations et les consultations se sont avérées difficiles, ils ont aussi constaté des améliorations dans ces domaines, au cours des dernières années. Certaines associations de fournisseurs de services ont souligné que les représentants du Programme des SSNA ont été plus réceptifs à écouter leurs doléances à l'égard du Programme et, dans certains cas, à procéder à des ajustements ou à mettre à l'essai de nouveaux processus (p. ex. ne plus exiger de plans de traitement en santé mentale et éliminer l'exigence de prédétermination de certaines interventions dentaires).

L'évaluation a permis de relever une lacune potentielle dans les communications du Programme des SSNA avec les fournisseurs de services de santé concernés. Au cours des entrevues avec les partenaires, il a été noté que, puisque les médecins ne sont pas des fournisseurs de services en vertu du Programme des SSNA, les échanges avec les

¹³ Ces chiffres incluent les clients du Programme des SSNA.

associations de médecins, tant sur le plan national que régional, sont limitées. Cela peut sembler paradoxal, étant donné le rôle fondamental que jouent les médecins auprès des clients du Programme des SSNA qui ont accès à un grand nombre des catégories de services (p. ex. pour la détermination de la nécessité médicale et la prescription de médicaments).

Les communautés et organisations autochtones nationales

Bien qu'on ait signalé quelques problèmes, les informateurs clés ont souligné qu'il y a eu des améliorations considérables ces dernières années dans les efforts de collaboration entre les représentants du Programme des SSNA, de l'APN et de l'ITK. Les principales contributions aux améliorations comprenaient l'adoption d'une approche plus collaborative par l'équipe du Programme des SSNA à l'AC (bureau national), en favorisant la communication et la discussion sur une base continue, et la mise en place de processus d'examen conjoints avec l'APN et l'ITK.

Les communautés des Premières Nations ont perçu l'élaboration et la mise en œuvre de ces services fournis par les navigateurs des SSNA très favorablement dans l'ensemble. Les entrevues réalisées avec les partenaires et les représentants du Programme des SSNA ont révélé que certaines régions avaient besoin de plus de navigateurs des SSNA. Certains navigateurs des SSNA ont fait remarquer que la sensibilité à la culture et la compétence culturelle des membres du personnel du Programme pourraient être améliorées. Des partenaires ont également indiqué qu'il existe un besoin continu d'un appui et d'un engagement envers la formation pour les navigateurs des SSNA. Il n'y a actuellement pas de navigateurs des SSNA inuits, pourtant la création de tels postes était en cours au moment de la rédaction du présent rapport.

Enfin, des partenaires des Premières Nations ont indiqué qu'à leur avis, il est depuis longtemps nécessaire de régler le problème de méfiance des clients envers le Programme des SSNA qui s'est amplifié au fil du temps.

8. Rendement : Enjeu n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité) – Résultat à long terme

Le Programme des SSNA contribue-t-il à l'amélioration de l'état de santé de ses clients ?

Comme le souligne le Plan stratégique de la DGSPNI, l'état de santé global des populations des Premières Nations et des Inuits, tel qu'il a été mesuré selon les principaux indicateurs de santé, demeure inférieur à celui de la population canadienne en général. Étant donné que ces écarts « proviennent de divers facteurs historiques, politiques, culturels, géographiques et liés à la compétence ». (Santé Canada, 2012d) et de la multiplicité des facteurs qui influent sur l'état de santé de ces populations, il reste difficile d'isoler les répercussions du Programme des SSNA. Néanmoins,

l'évaluation a trouvé des preuves de liens logiques entre les prestations fondées sur des éléments probants couvertes par le Programme des SSNA et leurs contributions à l'amélioration de l'état de santé des clients des Premières Nations et des Inuits à long terme.

Le Plan stratégique de la DGSPNI de 2012 indique comment l'état de santé général des membres des Premières Nations et des Inuits demeure inférieur à celui des autres Canadiens, et combien de ces écarts « proviennent de divers facteurs historiques, politiques, culturels, géographiques et liés à la compétence » (Santé Canada, 2012d). Si on associe ces facteurs au fait qu'il est entendu que l'état de santé est multidimensionnel, avec divers déterminants, il est difficile de déterminer les répercussions particulières d'un seul programme. Dans ce contexte, l'évaluation a établi des liens logiques entre le Programme des SSNA et ses contributions probables à l'état de santé.

L'évaluation a permis de faire une brève analyse des lignes directrices et des directives de pratique clinique des diverses organisations qui régissent les professionnels de la santé qui interviennent dans les catégories de services du Programme des SSNA. Cette analyse visait à établir un lien possible entre les SSNA et l'amélioration de l'état de santé des clients inuits et des Premières Nations. L'hypothèse invoquée était que si les lignes directrices et les directives de pratique clinique étaient fondées sur des données probantes associées à des liens scientifiques vers l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé pour ces populations, alors le Programme des SSNA qui respecte ces lignes directrices peut être considéré comme contribuant à l'amélioration de l'état de santé des membres des Premières Nations et des Inuits, en supposant que les clients ont recours aux prestations, au besoin. Les principales constatations tirées de cette analyse étaient que presque la totalité des lignes directrices examinées a démontré l'importance des directives validées par des données scientifiques. Cela indique que les professionnels qui fournissent des services dans le cadre du Programme des SSNA suivent des lignes directrices fondées sur des données probantes et contribuent donc à l'amélioration de l'état de santé. On a constaté qu'il n'y a pas toujours de normes ou de lignes directrices « nationales » pour bon nombre des professions médicales, étant donné que le processus de mise en œuvre de la réglementation pour plusieurs d'entre elles se fait à l'échelle PT.

De façon générale, les répondants aux entrevues menées auprès des informateurs clés ont affirmé qu'il y avait un lien entre le Programme des SSNA et l'état de santé de ses clients. Même si de nombreux marqueurs de l'état de santé (p. ex. les taux de maladies chroniques) ne s'étaient pas améliorés au cours de la période visée par l'évaluation, les répondants ont précisé que, sans le Programme des SSNA, bon nombre de ses clients n'auraient pas été en mesure d'avoir accès à des prestations supplémentaires, et leur état de santé aurait pu se détériorer davantage. Les informateurs clés ont aussi indiqué que, bien que le Programme ait contribué à l'amélioration de l'état de santé, cette contribution variait selon les niveaux de sensibilisation et d'accessibilité, et les divers besoins des clients.

9. Rendement : Question 5 : Démonstration d'efficacité et d'économie

La Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada et les directives contenues dans le document Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux (2013) définissent la démonstration d'efficacité et d'économie à titre de mesure d'évaluation de l'utilisation des ressources par rapport à la production des extrants et des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés. Dans le cadre de cette évaluation, les programmes sont censés avoir des systèmes de mesure du rendement normalisés en place, et les données relatives aux dépenses, qui proviennent des systèmes financiers des programmes, peuvent être liées à des résultats attendus, des intrants, des activités et des extrants précis.

L'évaluation a permis de dégager des observations sur l'efficacité et l'économie d'après les constatations tirées de l'analyse documentaire, de l'examen des données administratives (y compris des données financières disponibles), de l'exercice d'analyse comparative et des entrevues avec les informateurs clés.

Habituellement, les évaluations effectuées en vertu de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada analysent dans quelle mesure les budgets des programmes reflètent les dépenses dans les différentes catégories et composantes. L'évaluation actuelle n'a pas permis de faire une comparaison directe, étant donné les différences dans la façon dont les budgets et les dépenses sont saisis pour le Programme des SSNA. Le budget total du Programme au cours de la période d'évaluation était d'environ 6,0 milliards de dollars. Les budgets annuels tout au long de la période d'évaluation sont résumés au **Error! Reference source not found.** Le budget du Programme a connu un accroissement annuel pour passer d'environ 864,2 millions de dollars en 2009-2010 à environ 1,1 milliard de dollars en 2014-2015.

Tableau 12 : Budget annuel du Programme des SSNA (en M\$)^a

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Total
Budget de base	864,2 \$	911,2 \$	993,5 \$	1 044,7 \$	1 068,4 \$	1 104,0 \$	5 986,0 \$
Taux de croissance	--	5,4 %	9,0 %	5,2 %	2,3 %	3,3 %	--

Source : Direction générale du contrôleur ministériel, Santé Canada

^a Le budget exclut la région de la C.-B. et la RSPN.

Les données fournies par la Direction générale du dirigeant principal des finances de Santé Canada ont constitué la principale source d'information financière du Programme des SSNA utilisée pour cette évaluation. Les représentants du Programme des SSNA ont mentionné que ces données ne reflètent pas toujours nécessairement l'information présentée dans les rapports annuels du Programme, compte tenu des ajustements

apportés en fin d'exercice et de la clarification des erreurs de codage potentielles provenant des régions.

Les dépenses du Programme sont incluses à la section 2.4. Étant donné la structure du système financier, il n'a pas été possible d'exclure les dépenses associées à la RSPN avant le transfert de responsabilité en 2013-2014. Les dépenses du Programme des SSNA, sans prise en compte des clients de la RSPN, ont donc été estimées en excluant toutes les dépenses associées à la région de la C.-B.

9.1 Efficacité du traitement des demandes de paiement

Le traitement des demandes de paiement est-il efficace?

Même s'il ne s'agit pas d'une mesure directe d'efficacité, les augmentations des dépenses du Programme au cours de la période visée par l'évaluation étaient conformes aux augmentations proportionnelles de la population admissible et du nombre de demandes de paiement réglées. Globalement, le taux de croissance annuelle des dépenses du Programme des SSNA a été de 3 à 5 %, ce qui s'est traduit par un taux de croissance globale d'environ 20 % au cours de la période de six ans visée par l'évaluation (de 2009-2010 à 2014-2015). En comparaison, la population admissible du Programme des SSNA a connu une croissance générale de 16 % au cours de la même période. De même, le nombre de demandes de paiement traitées dans les deux catégories des services pharmaceutiques et des soins dentaires gérées centralement (qui comptent ensemble pour environ 60 % des dépenses) a augmenté d'environ 36 % et 16 % respectivement.

L'évaluation a révélé que le coût administratif par demande de paiement pour les prestations des services pharmaceutiques et des soins dentaires est demeuré constant au cours de la période d'évaluation, indiquant un maintien de l'efficacité. Cela s'explique principalement en raison des coûts fixes par demande de paiement traitée, qui sont négociés à des taux différents pour les demandes de paiement sur support électronique par rapport aux demandes de paiement sur support papier. Le coût moyen de traitement des demandes de paiement pour soins dentaires semble indiquer que les clients continuent d'utiliser le support papier, ce qui peut avoir une incidence sur l'efficacité. Cette utilisation marquée du support papier pourrait être attribuable au choix du fournisseur et/ou à l'infrastructure disponible aux fournisseurs dans certaines régions éloignées. On a aussi constaté que le ratio des frais administratifs par rapport aux dépenses totales du Programme des SSNA était faible en comparaison avec d'autres régimes et qu'il se situait certainement dans la plage de 4 à 12 % relevée à la suite de l'exercice d'analyse comparative. Divers politiques et accords ont été mis en œuvre pendant la période visée par l'évaluation pour réduire les coûts, comme l'approvisionnement à court terme.

En ce qui concerne les dépenses en prestation, la catégorie des SISMSCCT a connu la plus forte croissance (32 %) suivie par la catégorie du TRM (27 %), la catégorie des

soins dentaires (21 %), la catégorie des soins de la vue (18 %) et la catégorie des services pharmaceutiques (12 %, incluant la catégorie d'EMFM). Le coût par demande de paiement et le coût par personne peuvent être facilement déterminés pour les services pharmaceutiques, les soins dentaires et l'EMFM à l'aide des données des Services des renseignements et de traitement des demandes de paiement pour les services de santé (SRTDPSS). Néanmoins, les données pour les prestations du TRM, des soins de la vue et des SISMSCCT sont incomplètes et sont extraites de différents systèmes de technologies de l'information (TI) sous une forme qui empêche leur analyse de la même manière. Il a donc été impossible de déterminer si le coût par client ou le coût par demande de paiement a augmenté dans ces catégories au cours de la période d'évaluation.

Comme l'illustre le **Error! Reference source not found.**, les dépenses pour l'ensemble des catégories de services ont augmenté depuis l'exercice 2009-2010. La catégorie des SISMSCCT a connu la plus forte croissance au cours de cette période, en effet, elle est passée de 11,5 millions de dollars en 2009-2010 à 15,2 millions de dollars en 2014-2015, soit un taux de croissance de 32 %¹⁴. La catégorie du TRM a connu la deuxième plus forte croissance, avec un taux d'accroissement global de 27 % au cours de la période d'évaluation. Toutefois, en termes de dollars, les dépenses de la catégorie du TRM représentaient la plus forte augmentation, avec des dépenses qui ont augmenté pour passer de 281,2 millions de dollars en 2009-2010 à 357,3 millions de dollars en 2014-2015.

¹⁴ Cette augmentation est liée au Programme de soutien en santé – résolution des questions de pensionnats indiens qui a été mise en corrélation avec une baisse précédente des dépenses pour les SISMSCCT pendant des années.

Tableau 13 : Dépenses du Programme des SSNA^a, taux de croissance annuel et distribution par catégorie

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Total
Dépenses (en M\$)							
Services pharmaceutiques	368,3 \$	370,3 \$	388,4 \$	392,3 \$	391,9 \$	413,0 \$	2 324,2 \$
Soins dentaires	165,9 \$	185,3 \$	190,0 \$	193,0 \$	198,4 \$	201,4 \$	1 134,0 \$
TRM	281,2 \$	288,5 \$	308,2 \$	325,5 \$	338,8 \$	357,3 \$	1 899,5 \$
Soins de la vue	24,5 \$	25,9 \$	26,3 \$	28,9 \$	29,0 \$	29,0 \$	163,6 \$
SISMSCCT	11,5 \$	11,1 \$	11,5 \$	12,9 \$	13,2 \$	15,2 \$	75,4 \$
Cotisations ^b	0,1 \$	0,1 \$	0,1 \$	0,3 \$	0,1 \$	0,1 \$	0,8 \$
Services de vérification ^c	10,2 \$	10,4 \$	11,4 \$	10,3 \$	9,3 \$	9,6 \$	61,2 \$
Supervision ^d	24,7 \$	24,5 \$	24,2 \$	26,2 \$	39,4 \$	38,7 \$	177,7 \$
Total	886,4 \$	916,1 \$	960,1 \$	989,4 \$	1 020,1 \$	1 064,3 \$	5 836,4 \$
Taux de croissance annuel							Global
Services pharmaceutiques	--	0,5 %	4,9 %	1,0 %	-0,1 %	5,4 %	12,1 %
Soins dentaires	--	11,7 %	2,5 %	1,6 %	2,8 %	1,5 %	21,4 %
TRM	--	2,6 %	6,8 %	5,6 %	4,1 %	5,5 %	27,1 %
Soins de la vue	--	5,7 %	1,5 %	9,9 %	0,3 %	0,0 %	18,4 %
SISMSCCT	--	-3,5 %	3,6 %	12,2 %	2,3 %	15,2 %	32,2 %
Cotisations	--	0,0 %	0,0 %	200,0 %	-66,7 %	0,0 %	0,0 %
Services de vérification	--	2,0 %	9,6 %	-9,6 %	-9,7 %	3,2 %	-5,9 %
Surveillance	--	-0,8 %	-1,2 %	8,3 %	50,4 %	-1,8 %	56,7 %
Total	--	3,4 %	4,1 %	3,1 %	3,1 %	4,3 %	20,1 %
Distribution							
Services pharmaceutiques	41,6 %	40,4 %	40,5 %	39,7 %	38,4 %	38,8 %	--
Soins dentaires	18,7 %	20,2 %	19,8 %	19,5 %	19,4 %	18,9 %	--
TRM	31,7 %	31,5 %	32,1 %	32,9 %	33,2 %	33,6 %	--
Soins de la vue	2,8 %	2,8 %	2,7 %	2,9 %	2,8 %	2,7 %	--
SISMSCCT	1,3 %	1,2 %	1,2 %	1,3 %	1,3 %	1,4 %	--
Cotisations	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	--
Services de vérification	1,2 %	1,1 %	1,2 %	1,0 %	0,9 %	0,9 %	--
Surveillance	2,8 %	2,7 %	2,5 %	2,6 %	3,9 %	3,6 %	--

Sources : Direction générale du contrôleur ministériel, Santé Canada

- ^a Les dépenses rapportées excluent celles liées à la région de la C.-B., à la RSPN, au régime d'avantages sociaux des employés (RASE) et aux coûts salariaux incontrôlables.
- ^b Cotisations : en 2014-2015, il n'y a pas eu d'allocation budgétaire pour les cotisations. Depuis le 1^{er} janvier 2009, le Programme des SSNA couvre uniquement les cotisations pour les clients inuits admissibles de la région de la C.-B.; par conséquent, avec le transfert à la RSPN des membres des Premières Nations admissibles qui demeurent en C.-B., il y a également eu un transfert de responsabilité des cotisations des régimes d'assurance-santé pour ces clients. La plupart des cotisations ont été transférées en 2013-2014 et le reste a été transféré en 2014-2015.
- ^c Services de vérification : ces services incluent des fonds pour les audits, ainsi que des fonds pour les TI (p. ex. la demande de changement liée au SRTDPSS).
- ^d Les dépenses de surveillance de l'AC nationale des SSNA, de Santé Canada liées à l'administration. Les modifications dans le traitement comptable qui ont commencé en 2013-2014 ont eu pour effet d'augmenter les dépenses en raison de l'inclusion des coûts indirects.

9.1.1 Nombre de demandes

Le nombre de demandes de paiement pour les catégories de prestations principales a augmenté au cours de la période d'évaluation (36 %, 20 % et 16 % pour les services pharmaceutiques, l'EMFM et les soins dentaires, respectivement).

Les changements dans le volume des demandes de paiement sont liés aux changements dans les tendances d'utilisation des clients (p. ex. les changements dans le nombre total de clients admissibles et dans l'application et la connaissance des prestations du Programme) et reflètent la demande des prestations de santé. De plus, le volume des demandes de paiement peut aider à évaluer l'efficacité du traitement des demandes de paiement, si les changements résultent de politiques orientées vers l'efficacité et/ou de nouveaux processus opérationnels. Le volume des demandes de paiement peut également varier à cause de changements apportés dans les processus administratifs, dans la politique de couverture et dans les caractéristiques de la population (p. ex. l'état de santé des clients, la proportion ayant accès à une couverture d'un régime de prestations privées ou autres). De plus, les augmentations dans le volume des demandes de paiement ont une incidence sur les coûts de traitement des demandes de paiement, et elles peuvent avoir une incidence sur la charge de travail (selon le degré d'automatisation) et donc sur les frais administratifs. Plus précisément, dans le cas du Programme des SSNA, le nombre de demandes de paiement traitées au cours d'une année est influencé par les facteurs suivants :

- Les procédures opérationnelles utilisées pour déterminer comment une demande de paiement est entrée dans le système, étant donné qu'une ligne de demande n'équivaut pas à une ordonnance : Les ordonnances répétées sont consignées dans le système comme autre ligne de demande chaque fois qu'une ordonnance est renouvelée : « Ainsi, de nombreuses lignes de demande peuvent être associées à une seule ordonnance qui est renouvelée à de multiples reprises au cours d'une année. Certains médicaments (p. ex. la méthadone) sont fournis quotidiennement, ce qui fait augmenter le nombre de lignes de demande par personne. » (Santé Canada, 2014a, p. 85).

- Les politiques qui définissent la manière dont les demandes de paiement devraient être gérées : Des politiques ont été mises en place pour préciser le montant de la rémunération des fournisseurs pour des médicaments spécifiques (p. ex. un pharmacien imposant des honoraires d'exécution d'ordonnance lors de l'exécution de quantités pour un approvisionnement de moins de 28 jours ou de 7 jours)¹⁵. Ces politiques contribuent à réduire les honoraires pour services professionnels facturés à court terme ainsi que pour de petits volumes de demandes.

En ayant ces considérations à l'esprit, le nombre de demandes de paiement par catégorie et les taux de croissance annuels sont résumés au tableau 14. En 2009-2010, plus de 11 millions de demandes de paiement de services pharmaceutiques ont été traitées et remboursées, et ce nombre a augmenté à 15 millions en 2014-2015, pour un taux de croissance global de 36 %. Le nombre de demandes de paiement de soins dentaires traitées et remboursées a augmenté pour passer de 1,7 million en 2009-2010 à près de 2 millions en 2014-2015, et atteindre un taux de croissance global de 16 %. Enfin, le nombre de demandes de paiement de prestations d'EMFM traitées et remboursées a augmenté de 20 % au cours de la période d'évaluation, pour passer d'environ 185 500 en 2009-2010 à un peu plus de 223 200 en 2014-2015.

Tableau 14 : Nombre de demandes de paiement remboursées et croissance annuelle en pourcentage par catégorie

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Croissance globale
Nombre de demandes de paiement remboursées^a							
Services pharmaceutiques	11 000 590	11 824 274	12 710 434	13 454 232	14 050 395	15 001 770	--
Soins dentaires	1 696 677	1 820 768	1 801 448	1 847 483	1 899 500	1 959 388	--
EMFM	185 535	189 179	198 149	202 349	215 496	223 231	--
Taux de croissance annuel							
Services pharmaceutiques	--	7,0 %	7,0 %	5,5 %	4,2 %	6,3 %	36,4 %
Soins dentaires	--	6,8 %	-1,1 %	5,2 %	-2,8 %	5,7 %	15,5 %
EMFM	--	1,9 %	4,5 %	2,1 %	6,1 %	3,5 %	20,3 %

Sources : Le STRDPSS

^a À l'exclusion des demandes des clients qui n'ont pas obtenu les services selon le mode de rémunération à l'acte et des clients inscrits au registre de la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) en date du 31 mars 2015. Les demandes visant des enfants en bas âge sont incluses.

9.1.2 Coût par ligne de demande traitée

¹⁵ Approvisionnement à court terme groupe A : Politique visant à limiter la rémunération des fournisseurs pour des médicaments spécifiques lorsque les quantités sont exécutées pour un approvisionnement de moins de 28 jours. Mise en œuvre de la politique : le 9 septembre 2008. Mise en œuvre du système : le 18 février 2009.
 Approvisionnement à court terme groupe A : Politique visant à limiter la rémunération des fournisseurs pour des médicaments spécifiques lorsque les quantités sont exécutées pour un approvisionnement de moins de 7 jours. Mise en œuvre de la politique : le 15 juillet 2012. Mise en œuvre du système : le 28 septembre 2012.

Le coût administratif par demande de paiement pour les prestations des services pharmaceutiques et des soins dentaires est demeuré constant au cours de la période d'évaluation, indiquant un maintien de l'efficacité. Cela s'explique principalement en raison des coûts fixes par demande de paiement traitée, qui sont négociés à des taux différents pour les demandes de paiement sur support électronique par rapport aux demandes de paiement sur support papier. Le coût moyen de traitement des demandes de paiement pour soins dentaires indiquerait qu'une partie importante des demandes de paiement sont traitées sur support papier, ce qui est moins efficace qu'un traitement sur support électronique. Les données concernant l'EMFM, bien qu'elles indiquent un accroissement important, n'ont pas été jugées fiables.

Les frais administratifs du traitement des demandes de paiement de 2010-2011 à 2014-2015 ont été examinés. À partir du nombre de lignes de demande déclaré, le coût moyen par ligne de demande a été calculé. Les lignes de demande incluent les demandes de paiement remboursées, annulées et rejetées¹⁶. Pendant toute la période d'évaluation, le coût moyen par ligne de demande pour les services pharmaceutiques était très proche de celui des demandes traitées électroniquement. En ce qui concerne les demandes de paiement pour soins dentaires, le coût moyen par ligne de paiement, pendant toute la période d'évaluation, laissait supposer qu'un plus grand nombre de ces demandes étaient sur support papier. Cette utilisation marquée du support papier pourrait être attribuable au choix du fournisseur et/ou à l'infrastructure disponible aux fournisseurs dans certaines régions éloignées. Les données concernant l'EMFM, bien qu'elles indiquent un accroissement important, n'ont pas été jugées fiables.

9.1.3 Ratio des frais administratifs par rapport aux dépenses totales

Le ratio des frais administratifs par rapport aux dépenses totales oscillait entre 3 et 4 % au cours de la période d'évaluation. Globalement, par rapport à d'autres régimes, le ratio des frais administratifs par rapport aux dépenses totales du Programme des SSNA semblait faible.

Comme l'indique le Tableau 15, la catégorie de dépenses la plus importante était celle des prestations fournies par le Programme des SSNA (837,2 millions de dollars en 2014-2015). Ces paiements ont été effectués directement ou indirectement (par le biais d'un tiers en sous-traitance) à des fournisseurs de services pour des prestations offertes aux clients inuits et des Premières Nations. La deuxième catégorie de dépenses en importance concerne les services offerts par le biais d'AC (191,4 millions de dollars en 2014-2015). Il s'agissait de paiements de transfert conditionnels aux bénéficiaires pour la prestation des services du Programme, qui pourraient avoir inclus une ou plusieurs prestations.

¹⁶ Les demandes de paiement remboursées sont celles qui ont été approuvées et pour lesquelles des fonds ont été versés. Les demandes de paiement annulées sont celles qui ont déjà été remboursées et qui ont été annulées par la suite par le fournisseur avec une nouvelle ligne de demande produite indiquant « demande de paiement annulée ». Les demandes de paiement rejetées n'ont pas été approuvées et aucun fonds n'a été versé.

Tableau 15 : Dépenses du Programme des SSNA^a, taux de croissance annuel et distribution par type de dépense

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Dépenses (en M\$)						
Salaires et autres rémunérations	24,2 \$	23,9 \$	23,8 \$	24,9 \$	33,9 \$	31,7 \$
F et E	4 \$	2,7 \$	3,3 \$	2,8 \$	3,9 \$	4,0 \$
Prestations (SSNA)	705,6 \$	735,2 \$	771,8 \$	792,4 \$	799,3 \$	837,2 \$
Prestations (AC)	152,6 \$	154,2 \$	161,1 \$	169,3 \$	183 \$	191,4 \$
Dépenses en immobilisations	0 \$	0,1 \$	0,1 \$	0 \$	0 \$	0,0 \$
Poids	886,4 \$	916,1 \$	960,1 \$	989,4 \$	1 020,1 \$	1 064,3 \$
Taux de croissance annuel						
Salaires et autres rémunérations	--	-1,2 %	-0,4 %	4,6 %	36,1 %	-6,5 %
F et E	--	-32,5 %	22,2 %	-15,2 %	39,3 %	2,6 %
Prestations (SSNA)	--	4,2 %	5,0 %	2,7 %	0,9 %	4,7 %
Prestations (AC)	--	1,0 %	4,5 %	5,1 %	8,1 %	4,6 %
Dépenses en immobilisations ^b	--	--	--	--	--	--
Distribution						
Salaires et autres rémunérations	2,7 %	2,6 %	2,5 %	2,5 %	3,3 %	3,0 %
F et E	0,5 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %
Prestations (SSNA)	79,6 %	80,3 %	80,4 %	80,1 %	78,4 %	78,7 %
Prestations (AC)	17,2 %	16,8 %	16,8 %	17,1 %	17,9 %	18,0 %
Dépenses en immobilisations	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Source : Direction générale du dirigeant principal des finances, Santé Canada; les renseignements sur les dépenses de la RSPN ont été fournis par le Programme des SSNA.

^a Les dépenses rapportées excluent celles liées à la région de la C.-B., à la RSPN, au RASE et aux coûts salariaux incontrôlables.

^b Les modifications dans le traitement comptable, qui ont commencé en 2013-2014, ont eu pour effet d'augmenter les dépenses en raison de l'inclusion des coûts indirects.

Sur la base des renseignements fournis dans le Tableau 15, il a été possible d'estimer la part des frais administratifs par rapport aux dépenses totales. Les frais administratifs pris en compte dans ce calcul comprenaient les salaires et les autres formes de rémunération (p. ex., salaires de base, heures supplémentaires, primes) ainsi que les dépenses de fonctionnement et d'entretien (F et E) à l'appui de l'exécution du programme, y compris, entre autres, les frais de déplacement, les fournitures, certains équipements et les contrats. Les résultats de ce calcul sont résumés dans le tableau 16 et montrent que la part des frais administratifs variait de 3 à 4 % au cours de la période d'évaluation. Il est important de noter que les estimations des frais administratifs peuvent exclure certains ou l'ensemble des coûts associés au traitement des demandes de paiement (p. ex. les coûts associés au STRDPSS), étant donné que ces coûts n'étaient pas présentés séparément dans les données relatives aux dépenses fournies.

De plus, les dépenses de F et E, qui incluent généralement les contrats, semblaient faibles par rapport aux frais administratifs totaux des demandes de paiement. Les données administratives ne fournissaient pas de plus amples renseignements pour concilier ces chiffres.

Tableau 16 : Frais administratifs du Programme des SSNA (en M\$)

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Frais administratifs	28,2 \$	26,6 \$	27,1 \$	27,7 \$	37,8 \$	35,7 \$
Total des dépenses ^a	886,4 \$	916,1 \$	960,1 \$	989,4 \$	1 020,1 \$	1 064,3 \$
Part des frais administratifs	3,2 %	2,9 %	2,8 %	2,8 %	3,7 %	3,4 %

Source : Les estimations sont réalisées sur la base des données fournies par la Direction générale du dirigeant principal des finances, de Santé Canada; les renseignements sur les dépenses de la RSPN ont été fournis par le Programme des SSNA.

^a Les dépenses rapportées excluent celles liées à la région de la C.-B., à la RSPN, au RASE et aux coûts salariaux incontrôlables.

Il a été impossible d'obtenir des données sur la part des frais administratifs pour les régimes publics au cours de l'exercice d'analyse comparative, car les différences dans les approches de prestations, dans la couverture et dans les définitions utilisées pour faire le suivi des données n'ont pas permis de faire une comparaison. Néanmoins, lors des entrevues, les représentants de régimes d'assurance privés et à but non lucratif ont indiqué que les frais administratifs pouvaient varier en fonction de la taille, de la complexité et de la prestation d'un programme, et qu'ils pouvaient s'échelonner entre un minimum de 3,5 % et un maximum de 12 %.

9.2 Gestion durable du Programme

Le Programme est-il à même de mieux évaluer la gestion des prestations et de prédire les pressions financières nouvelles ou changeantes en matière de dépenses et d'y réagir?

Le Programme des SSNA a mis en œuvre des processus et des systèmes détaillés visant à assurer une surveillance mensuelle et trimestrielle des dépenses dans la plupart des catégories de services. Cela contribue au renforcement de la capacité du Programme d'assurer la surveillance des budgets en cours d'exercice, de les mettre à jour rapidement et d'apporter les modifications nécessaires. Le Programme a eu tendance à assurer un fonctionnement dont les fluctuations par rapport aux dépenses budgétées et prévues se situaient entre -2 et 6 % au cours de la période visée par l'évaluation. L'évaluation a révélé qu'il était difficile pour le Programme des SSNA de faire des prévisions précises au-delà d'un an, compte tenu du grand nombre de facteurs de coût potentiels et de leur volatilité. L'administration du Programme travaille à l'élaboration et à la mise en place d'un modèle prévisionnel quinquennal qui tient compte des facteurs de coût et qui combine ces données avec des modèles de dépenses historiques entre les catégories de services particulières.

Surveillance en cours d'exercice

Comme indicateur de la mesure dans laquelle le Programme des SSNA peut évaluer la gestion des prestations et réagir aux pressions nouvelles ou changeantes en matière de dépenses à court terme, dans le cadre de cette évaluation, on a examiné la surveillance en cours d'exercice des dépenses du Programme. Au cours de la période de six ans visée par cette évaluation, le Programme des SSNA avait de nombreuses politiques et procédures en place pour surveiller les dépenses courantes des diverses catégories de services, à savoir :

- Exercice mensuel de prévision des demandes de paiement relatives aux services pharmaceutiques et soins dentaires rémunérés à l'acte au moyen d'un système de traitement des demandes de paiement : L'AC du Programme des SSNA est chargée de préparer une prévision mensuelle pour ces fonds, qui représentent environ 55 % de l'ensemble de l'enveloppe budgétaire des prestations du Programme des SSNA. Deux méthodologies distinctes sont utilisées pour prévoir ces fonds, selon la période de l'exercice fiscal considérée. Dans les périodes du début de l'exercice¹⁷ (du troisième au cinquième mois), la prévision mensuelle de services rémunérés à l'acte est calculée en utilisant les dépenses réelles à ce jour divisées par la proportion des dépenses de l'exercice précédent pour cette même période. Cette méthode proportionnelle sert à s'ajuster aux fluctuations historiques d'une période, comme le décalage annuel constant des dépenses pendant les mois d'été. De la période de six mois et au-delà, la prévision mensuelle des services rémunérés à l'acte est calculée en utilisant les dépenses réelles à ce jour multipliées par le nombre de jours pondérés avant la fin de l'exercice. Les calculs des jours pondérés tiennent compte des jours ouvrables de la semaine comparativement aux jours de fin de semaine et aux jours fériés de l'année civile, par région.
- Prévisions régionales : Les régions présentent leurs prévisions mensuelles pour les prestations gérées au niveau régional pour les périodes allant du troisième au onzième mois. Les prestations gérées au niveau régional représentent environ 45 % de l'enveloppe budgétaire des prestations du Programme des SSNA. Une fois que les régions ont présenté leurs prévisions, l'AC du Programme examine les valeurs régionales et apporte des ajustements aux prévisions, le cas échéant. La capacité et la précision relatives à la préparation des prévisions mensuelles varient selon la région, de telle sorte que certaines régions prévoient ce qu'elles pensent qu'elles vont dépenser, alors que d'autres effectuent simplement une prévision des fonds qui leur sont alloués.

Une autre indication de la surveillance en cours d'exercice du Programme des SSNA a trait à l'évaluation de la mesure dans laquelle le Programme peut gérer les dépenses conformément aux budgets établis au début de chaque exercice. Pour les deux dernières années de la période d'évaluation (2013-2014 et 2014-2015), l'évaluation a révélé que les dépenses du Programme des SSNA correspondaient à peu près au budget annuel de chacune de ces deux années. Comme il est illustré dans le

¹⁷ Chaque période correspond à un des mois de l'exercice financier, commençant en avril et se terminant en mars de l'année civile suivante.

tableau 17, pour ces deux exercices combinés, les dépenses étaient inférieures au budget d'environ 3 %.

Tableau 17 : Budget annuel (en M\$), dépenses (en M\$) du Programme des SSNA et écart

	2013-2014	2014-2015	Total
Budget total	1 068,40 \$	1 103,95 \$	2 172,35 \$
Dépenses totales	1 026,90 \$	1 070,70 \$	2 097,60 \$
Écart entre le budget et les dépenses	41,50 \$	33,25 \$	74,75 \$
Pourcentage de l'écart	4 %	3 %	3 %

Source : Direction générale du contrôleur ministériel, Santé Canada

Les budgets et les dépenses excluent les écarts liés à la région de la C.-B et à la RSPN, mais incluent ceux du RASE.

Les responsables du Programme des SSNA ont fourni à l'équipe d'évaluation des données sur les écarts internes en ce qui a trait à la précision d'une série d'exercices de prévision en cours d'exercice. Même si les valeurs utilisées ne correspondaient pas aux dépenses et aux budgets fournis à l'équipe d'évaluation par la Direction générale du dirigeant principal des finances de Santé Canada, en raison sans doute des différents ensembles d'inclusions et d'exclusions utilisés avec chacune des deux sources, les résultats des analyses du Programme indiquaient que, pour la période couverte par l'évaluation, les dépenses en cours d'exercice étaient très proches du montant prévu en début d'exercice. Comme il est indiqué dans le Tableau 18, les dépenses totales, selon les propres analyses du Programme, étaient de 6,25 milliards de dollars, ce qui était assez près des 6,35 milliards de dollars prévus dans le cadre d'une prédiction annuelle ou représentait un écart positif d'environ 2 % pour toute la période couverte par l'évaluation. Globalement, la catégorie qui a obtenu le niveau d'écart le plus élevé était le TRM, qui a affiché un écart positif d'environ 6 %.

Tableau 18 : Dépenses annuelles (en milliers de dollars) et prévues (en milliers de dollars) du Programme des SSNA et écart

Catégorie	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Total
Dépenses par catégorie (en milliers de dollars)^a							
TRM	301 673 \$	311 760 \$	333 304 \$	351 424 \$	352 036 \$	356 610 \$	2 006 807 \$
Services pharmaceutiques	435 097 \$	440 768 \$	459 359 \$	462 699 \$	416 165 \$	421 895 \$	2 635 983 \$
Soins dentaires	194 918 \$	215 796 \$	219 057 \$	222 706 \$	207 179 \$	201 886 \$	1 261 542 \$
Soins de la vue	27 779 \$	29 219 \$	29 780 \$	32 167 \$	31 459 \$	29 151 \$	179 555 \$
Cotisations	17 110 \$	18 428 \$	19 868 \$	21 257 \$	5 406 \$	0 \$	82 069 \$
Autres soins de santé	12 516 \$	12 083 \$	12 936 \$	14 337 \$	14 152 \$	19 483 \$	85 507 \$
Total	989 094 \$	1 028 053 \$	1 074 304 \$	1 104 591 \$	1 026 397 \$	1 029 025 \$	6 251 464 \$
Dépenses prévues par catégorie (en milliers de dollars)¹							
TRM	292 191 \$	320 599 \$	465 912 \$	361 417 \$	346 723 \$	355 123 \$	2 141 965 \$
Services pharmaceutiques	431 487 \$	448 799 \$	338 506 \$	499 581 \$	432 056 \$	416 952 \$	2 567 381 \$
Soins dentaires	190 216 \$	205 853 \$	238 324 \$	239 064 \$	212 100 \$	205 823 \$	1 291 380 \$
Soins de la vue	26 925 \$	28 685 \$	30 682 \$	31 987 \$	31 412 \$	31 044 \$	180 735 \$
Cotisations	16 774 \$	18 247 \$	19 127 \$	21 443 \$	5 722 \$	0 \$	81 313 \$
Autres soins de santé	11 593 \$	13 645 \$	12 541 \$	13 742 \$	15 107 \$	18 249 \$	84 877 \$
Total	969 185 \$	1 035 827 \$	1 105 092 \$	1 167 234 \$	1 043 120 \$	1 027 191 \$	6 347 649 \$
Différence en pourcentage entre les prévisions et les dépenses							
TRM	-3,1 %	2,8 %	39,8 %	2,8 %	-1,5 %	-0,4 %	6,3 %
Services pharmaceutiques	-0,8 %	1,8 %	-26,3 %	8,0 %	3,8 %	-1,2 %	-2,7 %
Soins dentaires	-2,4 %	-4,6 %	8,8 %	7,3 %	2,4 %	2,0 %	2,3 %
Soins de la vue	-3,1 %	-1,8 %	3,0 %	-0,6 %	-0,2 %	6,5 %	0,7 %
Cotisations	-2,0 %	-1,0 %	-3,7 %	0,9 %	5,8 %	--	-0,9 %
Autres soins de santé	-7,4 %	12,9 %	-3,1 %	-4,2 %	6,8 %	-6,3 %	-0,7 %
Total	-2,0 %	0,8 %	2,9 %	5,7 %	1,6 %	-0,2 %	1,5 %

Source : Programme des SSNA

^a Cela exclut le traitement de l'hépatite C.

Le tableau exclut également les dépenses de la RSPN de 2013-2014 et 2014-2015.

Prévisions

L'évaluation a révélé que les facteurs qui contribuent aux fluctuations dans les dépenses du Programme des SSNA et dans leur taux de croissance sont nombreux et peuvent être difficiles à prévoir avec exactitude en raison de leur volatilité et/ou des données limitées disponibles. Cela fait en sorte qu'il est difficile de prévoir les coûts du Programme au-delà d'un an. En se fondant sur l'examen des documents, les entrevues menées auprès des représentants de l'industrie et les discussions avec des représentants du Programme, l'équipe d'évaluation a établi une liste des facteurs de

coût potentiels qui pourraient avoir une incidence substantielle dans les différentes catégories de services. Comme l'illustre le Tableau 19 ci-après, la plupart des facteurs de coût potentiels peuvent avoir une incidence positive ou négative sur les coûts du Programme des SSNA. L'ampleur de l'incidence de la plupart des facteurs de coût peut également varier considérablement en fonction de nombreux facteurs qui sont loin de relever du contrôle du Programme des SSNA. Mis à part quelques-uns des facteurs dont la croissance est la plus constante (p. ex. les changements démographiques), des difficultés importantes se posent pour prédire avec précision leur orientation et l'ampleur exacte de l'incidence des coûts du Programme des SSNA lors des prévisions dans une perspective de cinq ou dix ans.

Tableau 19 : Les facteurs de coût et leurs incidences sur les coûts du Programme des SSNA

Facteurs de coût potentiels	Incidences sur les coûts
Les lois ou les décisions judiciaires qui ont une incidence sur l'accès au Programme des SSNA et les clients qui y sont admissibles	↑
Les changements apportés aux politiques du Programme des SSNA qui ont une incidence sur l'accès	↑ ou ↓
Les changements apportés aux politiques du Programme des SSNA qui ont une incidence sur la couverture	↑ ou ↓
Les changements apportés aux politiques du Programme des SSNA qui ont une incidence sur la mise en œuvre ¹⁸	↑ ou ↓
Les changements apportés aux politiques d'autres programmes de prestation (p. ex. l'accès ou la couverture fournis par des régimes provinciaux ou des régimes privés)	↑ ou ↓
Les changements dans d'autres programmes du gouvernement fédéral (p. ex. le programme des pensionnats indiens, les initiatives sur la santé buccodentaire)	↑ ou ↓
Les données démographiques : croissance et vieillissement de la population	↑
Les changements dans les taux de diverses maladies (p. ex. les maladies chroniques, les maladies transmissibles)	↑ ou ↓
Les changements dans les taux d'utilisation au sein de la population admissible	↑ ou ↓
Les nouvelles thérapies et les nouveaux traitements approuvés (p. ex. hépatite C, cholestérol)	↑
Les nouveaux appareils et équipements médicaux disponibles	↑
L'introduction de médicaments génériques	↓
Les ententes sur les listes de produits	↓
L'utilisation des technologies de l'information pour la gestion du Programme (rapport coût-efficacité)	↑ ou ↓
Les changements dans les honoraires des fournisseurs de services	↑
Les frais de déplacement (déplacement, emplacement des services assurés dans les PT, hébergement, repas)	↑ ou ↓
Télémédecine	↑ ou ↓
Les professionnels de la santé dans les communautés	↑ ou ↓
Les conditions économiques	↑ ou ↓

¹⁸ Par exemple, la mise en œuvre de la Politique d'approvisionnement à court terme du Programme des SSNA en 2008-2009.

Le Programme des SSNA élabore actuellement un modèle de prévision quinquennal pour l'ensemble des catégories de services. Selon la documentation fournie par le Programme, l'approche consiste à mettre l'accent tant sur la croissance récente des dépenses que sur la croissance de la population admissible (la croissance de la clientèle du Programme des SSNA est près du double de celle de la population canadienne en général). La méthodologie a été conçue de manière à intégrer des facteurs historiques qui ont favorisé la croissance des dépenses au cours des deux années précédentes, tout en contrôlant également la variabilité des dépenses causée par des changements dans les politiques de prix des médicaments PT, des retards dans le traitement des demandes de paiement ou le recours à des pratiques comptables qui peuvent influencer sur les résultats de fin d'exercice.

Le Programme est-il géré de manière rentable et durable?

Le Programme des SSNA a connu un taux de croissance des dépenses annuel moyen d'environ 4 % au cours de la période de l'évaluation, ce qui est comparable aux taux de croissance des dépenses publiques en santé, selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Le ratio des frais administratifs par rapport aux dépenses consacrées aux prestations du Programme des SSNA a été évalué à environ 3 % en 2014-2015. Ce ratio se situe dans le seuil inférieur de la fourchette lorsqu'on le compare à divers régimes du secteur privé qui ont présenté une variabilité des frais administratifs en fonction de la taille, de la complexité et de la prestation du régime.

La mesure dans laquelle le Programme est géré de manière rentable et durable est liée à une mesure de l'efficacité effectuée tout en atteignant les résultats et en maîtrisant les coûts. Dans le cadre de l'évaluation, on a tenté de répondre à cette question avec deux principaux indicateurs : la croissance des dépenses par rapport à d'autres régimes et aux tendances canadiennes, et le ratio des frais administratifs par rapport aux dépenses consacrées aux prestations en comparaison avec les références de l'industrie. Les comparateurs des taux de croissance et les références de l'industrie n'étaient pas facilement disponibles auprès des sources consultées pour l'évaluation (p. ex. examens des documents, entrevues auprès des représentants de l'industrie).

Comme il est mentionné précédemment à la section 9.1, le taux de croissance annuel moyen était d'environ 4 % pour les dépenses du Programme des SSNA, variant entre 3 et 5 %. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une comparaison directe, selon les estimations de l'ICIS, la croissance annuelle moyenne dans les dépenses publiques de santé a été de 7 % entre 2000 et 2010, elle a baissé à 2,9 % entre 2010 et 2013, puis a atteint 3,1 % en 2014 (ICIS, 2015). Cela indiquerait que la croissance des dépenses affichée par le Programme des SSNA se situe dans la fourchette d'autres dépenses publiques de santé.

Le ratio des frais administratifs par rapport aux dépenses consacrées aux prestations du Programme des SSNA a été évalué à environ 3 % en 2014-2015. Les données sur

la part des frais administratifs des régimes publics n'étaient pas disponibles aux fins de l'évaluation, car les différences dans les approches de prestations, dans la couverture et dans les définitions utilisées pour faire le suivi des données entre les divers régimes n'ont pas permis de faire une comparaison. Les représentants de régimes d'assurance privés et à but non lucratif ont indiqué que les frais administratifs pourraient varier en fonction de la taille, de la complexité et de la prestation d'un programme, et que la part cotée des coûts totaux pourrait s'échelonner entre un minimum de 3,5 % et un maximum de 12 %

Lors des discussions et des entrevues avec des représentants du Programme des SSNA, plusieurs domaines et processus ont été soulignés comme éléments de contribution à la gestion des coûts et à la rentabilité globale du Programme au cours de la période visée par l'évaluation. En autres exemples, l'intégration systématique des opérations de certaines des catégories de services, l'augmentation du niveau d'automatisation du traitement des demandes de paiement, la négociation des honoraires appliqués aux services pharmaceutiques, l'établissement de grilles de cotisations régionales pour les fournisseurs de soins dentaires et la réduction des exigences relatives à l'autorisation préalable et à la prédétermination pour les procédures ayant des taux de satisfaction très élevés. Les politiques et les ententes ont également été soulignées comme éléments de contribution à la gestion des coûts, comme les politiques d'approvisionnement à court terme mises en œuvre au cours de la période visée par l'évaluation et les différentes ententes relatives à l'inscription des produits à compter de 2010, qui permettent au Programme des SSNA d'offrir aux clients un accès plus ouvert à des médicaments plus récents et au coût plus élevé.

On a noté qu'une caractéristique unique du Programme des SSNA, par rapport à d'autres régimes, est l'accent qu'il met sur divers aspects de la sécurité des clients. Les processus mis en œuvre pour préconiser la sécurité des clients peuvent contribuer initialement aux coûts, mais peuvent également améliorer l'efficacité globale en ce qui a trait aux résultats, comme l'amélioration de la santé et du bien-être. Diverses procédures ont été mises en œuvre dans des domaines comme l'ordonnance des opiacés et la fréquence des ordonnances.

9.3 Comparaisons avec d'autres programmes et régimes

Comment le Programme se compare-t-il à d'autres régimes publics ou privés similaires?

Par rapport aux autres régimes examinés pour l'évaluation, le Programme des SSNA est unique par rapport au fait qu'il n'exige pas de quote-part. La couverture des prestations des services pharmaceutiques, de l'EMFM et des soins de la vue du Programme est comparable à celle offerte par d'autres régimes publics. Ces régimes sont toutefois destinés spécifiquement à des groupes considérés comme des populations vulnérables (p. ex. les bénéficiaires de l'aide sociale, les personnes handicapées, les personnes âgées et les enfants), et ne sont pas offerts à la population canadienne en général. La couverture des soins dentaires du Programme

des SSNA est généralement supérieure à celle que l'on retrouve dans d'autres régimes publics. L'approche du Programme pour le traitement des plaintes est semblable à celle de bon nombre d'autres régimes, avec un recours accru à la présentation des demandes de paiement par voie électronique, à la vérification intégrée et aux algorithmes d'approbation. Il est cependant difficile de comparer la couverture du Programme des SSNA avec les régimes privés, étant donné la grande variété de ces derniers.

Il s'est avéré difficile de comparer le Programme des SSNA directement avec d'autres régimes, car il existe une vaste gamme d'options tant à l'intérieur des différents régimes qu'entre eux. Il n'a pas été possible non plus de faire des comparaisons adéquates pour le TRM, car cette catégorie n'est pas normalement couverte en tant que prestation individuelle dans les régimes privés et dans les régimes publics. De même, il est difficile de comparer la catégorie des SISMSCCT en raison de la couverture limitée de ces types de services par les autres régimes publics et de la variation des services de counseling et de psychothérapie offerts dans le cadre des régimes privés. L'équipe d'évaluation a donc choisi d'analyser quelques dimensions comparatives pour quatre catégories du Programme des SSNA, à savoir les services pharmaceutiques, les soins dentaires, l'EMFM et les soins de la vue.

Services pharmaceutiques

Tel qu'il est indiqué dans le Tableau 20, les principales différences entre les services pharmaceutiques du Programme des SSNA et d'autres régimes de prestations étaient les suivantes :

- Les clients du Programme des SSNA n'ont pas à payer de quote-part pour une partie des prestations. La majorité des autres régimes examinés avaient un certain niveau de quote-part.
- La couverture du Programme des SSNA inclut certains médicaments vendus sans ordonnance. Les autres régimes examinés n'offraient pas de couverture pour les médicaments vendus sans ordonnance.

Les prestations des services pharmaceutiques du Programme des SSNA ne diffèrent pas énormément de celles des autres régimes examinés en ce qui concerne le traitement des demandes de paiement ou les exigences relatives à l'autorisation préalable.

Tableau 20 : Comparaison des types de régimes d'assurance-médicaments et de prestations de services pharmaceutiques

Dimensions	Programme des SSNA	Régimes d'avantages sociaux et d'assurance privés	Régimes publics couvrant des populations cibles
Admissibilité	Membre des Premières Nations inscrit en vertu de la <i>Loi sur les Indiens</i> , Inuit reconnu par une organisation inuite de revendication territoriale ou un enfant de moins d'un an dont le parent est admissible.	Inscription au régime.	Habituellement un membre d'un groupe potentiellement vulnérable (p. ex. personne âgée, retraité, personne handicapée, bénéficiaire de l'aide sociale).
Couverture	Elle est fondée sur la liste des médicaments admissibles, et inclut les médicaments d'ordonnance et certains médicaments vendus sans ordonnance; cette liste est fondée sur l'ACMTS.	Variable : inclut des médicaments assujettis ou non à la liste de médicaments admissibles. Les répondants ont indiqué une tendance vers un renoncement des régimes à formulaire ouvert.	Les listes des médicaments admissibles provinciaux sont habituellement fondées sur l'ACMTS. Dans certains cas, les politiques d'un coût maximum admissible et d'une solution de rechange à moindre coût s'appliquent.
Quote-part	Pas de quote-part.	La plupart ont un certain niveau de quote-part.	La plupart ont un certain niveau de quote-part.
Traitement des demandes	La norme est le traitement électronique, souvent à l'aide d'un système appliquant un processus fondé sur des règles et intégrant des politiques et des audits.	La norme est le traitement électronique, souvent à l'aide d'un système appliquant un processus fondé sur des règles et intégrant des politiques et des audits.	La norme est le traitement électronique, souvent à l'aide d'un système appliquant un processus fondé sur des règles et intégrant des politiques et des audits.
Autorisation préalable	Autorisation préalable des prestations à usage limité et des exceptions. Les exclusions requièrent le renouvellement de l'approbation.	Les clients peuvent payer leurs médicaments pour ensuite demander un remboursement jusqu'à concurrence d'un montant annuel maximum. Habituellement, une quote-part ou un déductible est requis. Autorisation préalable de certains médicaments exigée en raison d'un coût élevé ou de l'existence d'une autre option à essayer d'abord.	Variable : une autorisation préalable est habituellement exigée pour les médicaments à usage restreint et les médicaments non inclus sur la liste de médicaments admissibles.

Soins dentaires

Tel qu'il est indiqué dans le Tableau 21, les principales différences entre les prestations des soins dentaires du Programme des SSNA et d'autres régimes de prestations étaient les suivantes :

- Les clients du Programme des SSNA n'ont pas à payer de quote-part pour une partie des prestations. Les prestations du Programme des SSNA ne sont pas établies avec des déductibles ou des allocations annuelles maximales. La majorité des autres régimes examinés avaient au moins un certain niveau de quote-part, de déductible, d'allocation annuelle maximale ou les deux.
- La couverture du Programme des SSNA est beaucoup plus large que celle des régimes publics examinés.
- Le processus de prédétermination du Programme des SSNA se fait surtout sur support papier, alors que les autres régimes ont tendance à recourir à un processus électronique pour la prédétermination.

Les prestations des soins dentaires du Programme des SSNA ne différaient pas énormément de ceux des autres régimes examinés en ce qui concerne le recours à la prédétermination et aux barèmes et grilles tarifaires pour orienter les montants réclamés.

Tableau 21 : Comparaison des types de régimes de prestations de soins dentaires

Dimensions	Programme des SSNA	Régimes d'avantages sociaux et d'assurance privés	Régimes publics couvrant des populations cibles
Admissibilité	Membre des Premières Nations inscrit en vertu de la <i>Loi sur les Indiens</i> , Inuit reconnu par une organisation inuite de revendication territoriale ou un enfant de moins d'un an dont le parent est admissible.	Inscription au régime.	Habituellement un membre d'un groupe potentiellement vulnérable (p. ex. personne âgée, retraité, personne handicapée, bénéficiaire de l'aide sociale).
Couverture	Inclut les traitements préventifs, les services de restauration, diagnostiques, de prosthodontie et de prothèses amovibles, la chirurgie buccale, les services parodontaux, d'endodontie, d'orthodontie et les services complémentaires (les services d'orthodontie sont fondés sur la notion de nécessité médicale). Aucun montant maximal annuel sur les dépenses totales.	Fortement variable : selon le répondant du régime. Il y a souvent des allocations annuelles maximales.	La couverture des adultes est principalement centrée sur les interventions d'urgence. Les programmes destinés aux enfants incluent les traitements préventifs et les services de restauration. Il n'y a pas de régime public qui couvre les services d'orthodontie (mis à part la fente labiale et la fente palatine).
Quote-part	Pas de quote-part	La plupart ont un certain niveau de quote-part.	La plupart ont un certain niveau de quote-part.
Traitement des demandes	La norme est le traitement électronique, souvent à l'aide d'un système appliquant un processus fondé sur des règles et intégrant des politiques et audits. Le processus de prédétermination se fait sur support papier et est régi par des politiques.	La norme est le traitement électronique, souvent à l'aide d'un système appliquant un processus fondé sur des règles et intégrant des politiques et audits. Le processus de prédétermination se fait sur support électronique (et parfois par télécopieur).	La norme est le traitement électronique, souvent à l'aide d'un système appliquant un processus fondé sur des règles et intégrant des politiques et audits. Le processus de prédétermination se fait sur support électronique (et parfois par télécopieur).
Prédétermination	La prédétermination est requise pour divers traitements (principalement pour des interventions de pointe).	La prédétermination est souvent requise pour des interventions dont le coût excède un certain montant (p. ex. 500 \$), ou une série d'interventions.	Données non disponibles auprès des sources consultées.
Grilles tarifaires	Grilles tarifaires régionales.	Il y a souvent un barème en place et des différences régionales.	Données non disponibles auprès des sources consultées.

Prestations d'EMFM

Tel qu'il est indiqué dans le tableau 22, les principales différences entre les prestations d'EMFM du Programme des SSNA et d'autres régimes de prestations étaient les suivantes :

- Les clients du Programme des SSNA n'ont pas à payer de quote-part pour une partie des prestations. La majorité des autres régimes examinés avaient au moins un certain niveau de quote-part.
- La couverture de ces prestations se retrouve sous le Programme des SSNA, alors que bon nombre des régimes publics semblent très spécifiques à certains besoins (p. ex. les aides à la vie autonome).
- Le traitement des demandes de paiement du Programme des SSNA se fait principalement sur support électronique, alors que les régimes publics, en comparaison, semblent avoir un mode de traitement davantage axé sur le support papier.

Les prestations d'EMFM du Programme des SSNA ne différaient pas énormément de celles des autres régimes examinés en ce qui concerne l'exigence d'une autorisation préalable pour de nombreux articles, en particulier l'équipement.

Tableau 22 : Comparaison des types de régimes de prestations d'EMFM

Dimensions	Programme des SSNA	Régimes d'avantages sociaux et d'assurance privés	Régimes publics couvrant des populations cibles
Admissibilité	Membre des Premières Nations inscrit en vertu de la <i>Loi sur les Indiens</i> , Inuit reconnu par une organisation inuite de revendication territoriale ou un enfant de moins d'un an dont le parent est admissible.	Inscription au régime.	Habituellement un membre d'un groupe potentiellement vulnérable (p. ex. enfant, retraité, personne handicapée, bénéficiaire de l'aide sociale).
Couverture	Une large couverture touchant plusieurs domaines; la catégorie d'EMFM considérée comme une nécessité médicale; des restrictions s'appliquent aux fournisseurs, à la fréquence et aux modèles.	Fortement variable : selon le répondant du régime. Il y a souvent des montants maximums alloués par domaine.	Couverture dans plusieurs domaines. La couverture dans certains domaines tend à être alignée avec un programme particulier, plutôt qu'avec un régime global (p. ex. les aides à la vie autonome).
Quote-part	Pas de quote-part.	La plupart ont un certain niveau de quote-part.	La plupart ont un certain niveau de quote-part.
Traitement des demandes	La norme est le traitement électronique, souvent à l'aide d'un système appliquant un processus fondé sur des règles et intégrant des directives et audits.	La norme est le traitement électronique, souvent à l'aide d'un système appliquant un processus fondé sur des règles et intégrant des directives et audits.	Variable : semble être un mélange de traitement électronique et de traitement sur support papier.
Autorisation préalable	Une ordonnance rédigée par un spécialiste reconnu est requise. La plupart des articles doivent être préalablement autorisés par le bureau régional du Programme.	Variable : Les répondants ont indiqué une tendance plus marquée vers la nécessité d'une autorisation préalable pour l'équipement plus volumineux ou dont le prix est plus élevé.	La plupart des articles doivent être préalablement autorisés; en particulier l'équipement.

Soins de la vue

Tel qu'il est indiqué dans le Tableau 23, les principales différences entre les prestations de soins de la vue du Programme des SSNA et d'autres régimes de prestations étaient les suivantes :

- Les clients du Programme des SSNA n'ont pas à payer de quote-part pour une partie des prestations. La majorité des autres régimes examinés avaient au moins un certain niveau de quote-part.
- Le traitement des demandes de paiement du Programme des SSNA se fait principalement sur support papier, alors que les régimes d'assurance privés, en comparaison, semblent avoir un mode de traitement davantage axé sur le support électronique.
- Le Programme des SSNA exige une autorisation préalable, alors que les régimes d'assurance privés ont tendance à ne pas dépasser un montant maximum de couverture.

Les prestations de soins de la vue du Programme des SSNA ne différaient pas énormément de celles des autres régimes publics examinés en ce qui concerne les restrictions liées à la fréquence des examens et aux modèles de lunettes.

Tableau 23 : Comparaison des types de régimes de prestations des soins de la vue

Dimensions	Programme des SSNA	Régimes d'avantages sociaux et d'assurance privés	Régimes publics couvrant des populations cibles
Admissibilité	Membre des Premières Nations inscrit en vertu de la <i>Loi sur les Indiens</i> , Inuit reconnu par une organisation inuite de revendication territoriale ou un enfant de moins d'un an dont le parent est admissible.	Inscription au régime.	Habituellement un membre d'un groupe potentiellement vulnérable (p. ex. enfant, retraité, personne handicapée, bénéficiaire de l'aide sociale).
Couverture	Lunettes sous ordonnance, réparations, examens de la vue lorsqu'ils ne sont pas couverts, autres services en fonction de ce qui est médicalement nécessaire. Des restrictions quant à la fréquence et au modèle.	Variable : selon le répondant du régime. Habituellement le plafond de couverture décrit.	Variable : des restrictions fréquentes quant à la fréquence, au modèle et au coût.
Quote-part	Pas de quote-part.	La plupart ont un certain niveau de quote-part.	Données non disponibles auprès des sources consultées.
Traitement des demandes	Le traitement se fait sur support papier.	Variable : selon le régime.	Variable : le traitement semble se faire tant sur support papier que sur support électronique.
Autorisation préalable	Une ordonnance est exigée. La plupart des articles doivent être approuvés par le bureau régional du Programme.	Habituellement non exigée – couverture jusqu'à un maximum annuel.	La plupart des articles doivent être approuvés.

Les secteurs privé et à but non lucratif progressent vers un plus grand degré de personnalisation dans la couverture de services de soins de santé (p. ex. compte de frais médicaux, bien-être, prévention et services paramédicaux).

Au cours de l'exercice d'analyse comparative, l'évaluation a révélé que les régimes d'assurance-maladie du secteur privé et à but non lucratif sont favorables à la personnalisation de la couverture (à savoir des promoteurs de régimes qui choisissent le régime le plus approprié pour les membres). De plus, les promoteurs de régimes (p. ex. les employeurs) peuvent choisir d'offrir aux membres du régime (p. ex. les employés) un régime fixe ou un régime souple ou modulaire doté d'options. Il semble y avoir une certaine personnalisation selon les programmes du secteur public (p. ex. modèles de prestation décentralisés, types de couverture); toutefois, les régimes fixes semblent plus courants au sein des organisations du secteur public. En comparaison, le Programme des SSNA établit des cadres politiques nationaux afin d'appuyer le mandat du Programme qui est d'offrir des prestations transférables et uniformes à l'échelle nationale. Dans le cas des catégories de services gérées à l'échelle régionale, les bureaux régionaux du Programme travaillent à l'intérieur de ces cadres pour mettre en place la couverture d'une manière qui reflète les différences d'une région à l'autre et à l'intérieur d'une même région (p. ex. au chapitre de la couverture PT, de l'emplacement des services de santé PT, de l'offre des services par le biais d'un AC et/ou d'un fournisseur ayant conclu un contrat au besoin).

On a également constaté que donner l'option aux membres du régime de disposer d'un compte de gestion santé est une pratique de plus en plus courante parmi les régimes d'assurance-maladie privés et à but non lucratif. Il est ressorti d'une analyse des prestations de santé effectuée par le Conference Board du Canada que 65 % des organisations publiques offrent un compte de gestion santé aux membres de leur régime.

En lien avec la personnalisation et l'adaptation de la couverture, l'évaluation a révélé que les assureurs privés et à but non lucratif tendent de plus en plus à élaborer une couverture fondée sur une approche holistique des soins de santé qui englobe le bien-être, la prévention et les services paramédicaux; l'offre de services paramédicaux est toutefois un facteur de coût pour de nombreux régimes. Certains programmes financés par le gouvernement offrent des services paramédicaux. En comparaison, le Programme des SSNA n'offre pas de couverture pour les services paramédicaux ni pour les services de santé mentale autres que ceux dispensés en situation de crise.

Le recours aux TI est une pratique courante parmi les régimes privés et à but non lucratif (p. ex. traitement électronique, utilisation accrue des applications mobiles pour diffuser l'information et gérer les prestations, et de sites Web conçus avec l'information classée par type de client et de couverture).

Le traitement électronique est une pratique courante parmi les compagnies d'assurance privées et sans but lucratif et les programmes d'assurance-maladie complémentaires du gouvernement, particulièrement pour les services de médicaments et de soins

dentaires, et cette pratique est mise en œuvre pour d'autres prestations. Sinon, ceux-ci ont recours au télécopieur et au téléphone et ont très peu recours au support papier. En comparaison, bien que le Programme des SSNA ait recours au traitement électronique pour les prestations de services pharmaceutiques et de soins dentaires, le traitement de la prédétermination et des autorisations préalables s'appuie largement sur les documents sur support papier, ce qui peut avoir une incidence sur l'efficacité. Selon les représentants du Programme, cette exigence est fondée sur une politique gouvernementale liée aux exigences en matière de protection des renseignements personnels pour la transmission de renseignements personnels en matière de santé.

Les compagnies d'assurance privées et sans but lucratif utilisent de plus en plus les applications mobiles pour diffuser l'information et gérer les prestations. Ces applications ne sont pas utilisées par le Programme des SSNA, alors qu'elles pourraient contribuer à préciser l'admissibilité des services aux clients.

Les compagnies d'assurance privées et sans but lucratif disposent de sites Web bien conçus avec l'information classée par type de client et de couverture. L'information sur le site Web du Programme des SSNA est généralement difficile à trouver ou manque de précision. La plupart des partenaires interrogés ont critiqué l'information et les bulletins à l'intention des clients du Programme des SSNA offerts sur le Web. Alors que la présente évaluation était en cours, des renseignements clés sur les SSNA sur le site Web de Santé Canada ont fait l'objet d'une révision et d'une migration vers le nouveau site du gouvernement du Canada, dans le but d'améliorer l'accès à l'information sur le Programme présenté sur le Web et la clarté de celle-ci.

La prédétermination et l'autorisation préalable deviennent de plus en plus courantes dans les régimes d'assurance privés et sans but lucratif afin de limiter les coûts, et, bien que la rapidité soit une mesure du rendement, la coordination avec les autres prestations est une priorité.

La prédétermination et l'autorisation préalable deviennent de plus en plus courantes dans les secteurs privé et sans but lucratif afin de limiter les coûts. En comparaison, les difficultés observées avec le Programme des SSNA sont liées à la complexité du processus d'autorisation, au grand nombre de services qui doivent être prédéterminés ou faire l'objet d'une autorisation préalable par rapport à d'autres régimes, et l'automatisation ou la disponibilité limitées du traitement électronique dans certaines catégories de services.

La rapidité est considérée comme une mesure de rendement dans les régimes privés et sans but lucratif. En comparaison, le Programme des SSNA publie des normes de services pour les prestations des soins dentaires et des SISMSCCT, alors que pour les autres prestations, des mesures internes du Programme sont disponibles.

Veiller à ce que d'autres sources de couverture d'assurance soient prises en compte avant de payer pour obtenir des prestations constitue une priorité pour les régimes privés et à but non lucratif. Bien que le Programme des SSNA soit présenté comme un

« payeur de dernier recours », il est considéré comme premier payeur par la plupart des programmes provinciaux de prestations de santé supplémentaires et certains régimes privés. Lors des entrevues auprès des partenaires et des représentants du Programme des SSNA, on a fait remarquer que les clients du Programme peuvent être réticents à déclarer la couverture d'assurance d'un régime privé pour diverses raisons (p. ex. parce qu'ils considèrent les prestations du Programme comme un droit ou en raison des difficultés à rétablir des prestations du Programme une fois qu'un régime privé est déclaré). Il est difficile de déterminer comment et dans quelle mesure se posent les problèmes de coordination avec les régimes d'assurance privés par rapport à la perception que ces problèmes sont en jeu.

Règle générale, la surveillance accrue des fournisseurs de service par tous les régimes est le résultat direct des efforts déployés pour limiter les coûts. Les régimes d'assurance privés et sans but lucratif mettent l'accent sur la fidélisation, la satisfaction et la part de marché. Les programmes publics mettent l'accent sur les taux d'utilisation et les mesures financières. Les résultats en matière de santé présentent un intérêt pour certains régimes à but non lucratif.

Les différents objectifs des régimes privés, à but non lucratif et publics sont exprimés dans les mesures du rendement liées à l'intérêt. Les régimes d'assurance privés et à but non lucratif mettent l'accent sur la fidélisation, la satisfaction et la part de marché dans leurs mesures. Des représentants des régimes ont également mentionné les mesures financières et la rapidité du service. Les résultats en matière de santé présentent un intérêt pour certains régimes à but non lucratif. Les régimes publics mettent l'accent sur les taux d'utilisation et les mesures financières. En comparaison, le Programme des SSNA a tendance à mettre l'accent sur diverses catégories des dépenses découlant de l'utilisation des prestations (mesures financières) et la sécurité des clients.

10. Conclusions¹⁹

10.1 Conclusions sur la pertinence

Besoin continu

Le Programme des SSNA demeure nécessaire et important, compte tenu des inégalités en santé entre la population canadienne non autochtone et celle des Inuits et des membres des Premières nations. Le Programme répond aux besoins établis en matière de santé, en offrant des prestations et des services qui pourraient ne pas être offerts à ses clients s'il n'existait pas.

Sans ce programme, la majorité de la population admissible n'aurait pas accès aux mesures de soutien, aux prestations et aux services essentiels dont elle a besoin pour améliorer ou maintenir son état de santé. Compte tenu de la prévalence élevée de maladies chroniques et de maladies aiguës chez les membres des Premières Nations et les Inuits, à laquelle s'ajoute les difficultés liées à l'accès à des services de soins de santé adaptés à la culture et aux conditions socioéconomiques dans de nombreuses communautés, les services et les prestations offerts par le Programme des SSNA sont un élément essentiel des efforts continus visant à réduire les fortes inégalités en santé que connaissent à l'heure actuelle les membres des Premières Nations et les Inuits par rapport au reste de la population canadienne.

Harmonisation avec les priorités du gouvernement

¹⁹ On trouvera un résumé des constatations à l'annexe 3.

Il ne fait aucun doute que le Programme des SSNA est harmonisé aux grandes priorités du gouvernement fédéral, ainsi qu'aux résultats stratégiques de Santé Canada.

Harmonisation avec les responsabilités et les rôles du gouvernement fédéral

Santé Canada, par l'intermédiaire de la DGSPNI, offre des programmes et des services de santé aux membres des Premières nations et aux Inuits en fonction des énoncés de politique et du mandat approuvés par le Cabinet et de la mission du Ministère. L'amélioration de la santé des Autochtones est une responsabilité partagée entre les gouvernements FPT et les partenaires autochtones. Dans les cas où un service est assuré par un autre régime, l'un des principes directeurs veut que le Programme des SSNA serve d'intermédiaire principal et coordonne le paiement, afin d'assurer que l'autre régime respecte ses obligations et d'éviter que le client se voie refuser le service.

10.2 Conclusions relatives au rendement

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Les taux d'utilisation du Programme des SSNA sont demeurés relativement constants au cours de la période visée par l'évaluation, dans les catégories qui ont pu être analysées grâce à des données administratives (c.-à-d. services pharmaceutiques, soins dentaires et EMFM). En 2014-2015, le Programme a permis à plus de 825 000 clients admissibles d'accéder à des prestations. Au cours de la même année, environ les trois quarts (72 %) des clients admissibles ont reçu au moins une prestation liée aux services pharmaceutiques, aux soins dentaires et/ou à l'EMFM. La catégorie des services pharmaceutiques est celle qui présente les taux annuels d'utilisation les plus élevés : de 63 à 66 % des clients admissibles ont reçu au moins un paiement pour des services pharmaceutiques au cours d'une année donnée (entre 441 000 et 499 000 personnes par année), suivi des services dentaires : de 35 à 38 % des clients admissibles (entre 249 000 et 288 000 personnes par année) et de l'EMFM : 7 % des clients admissibles (entre 51 000 et 56 000 personnes par année).

Certains des clients ayant accès à des prestations du Programme des SSNA ont rencontré des difficultés et des obstacles variés. Des difficultés citées pour chaque catégorie de prestations, bon nombre de celles-ci étaient attribuables à des problèmes d'information sur les inclusions/exclusions plutôt qu'à des problèmes d'accès aux prestations. Des difficultés relatives à la coordination des prestations entre les SSNA et les régimes provinciaux ont été citées comme exemple de situation que Santé Canada est en mesure de régler. Le financement de navigateurs du Programme des SSNA, qui aident les clients à accéder aux prestations du Programme des SSNA, a contribué à améliorer la coordination.

Les décisions et les politiques qui concernent les services pharmaceutiques sont celles qui s'appuient le plus fortement sur des éléments probants, tandis que celles qui concernent les catégories des soins dentaires et de l'EMFM utilisent activement et intègrent des données scientifiques. La nature des décisions qu'on est contraint de

prendre pour chaque catégorie de prestations diffère, étant donné que ces trois catégories (services pharmaceutiques, soins dentaires et EMFM) sont largement assujetties aux preuves scientifiques pour l'administration efficace des prestations. Les données administratives, telles que les données sur l'utilisation, sont incomplètes pour certaines catégories de prestation. De telles difficultés minent la capacité du Programme d'analyser ces données et d'utiliser les résultats afin de contribuer aux activités de planification, d'élaboration de politiques et d'amélioration des programmes. C'est particulièrement le cas dans la catégorie du TRM, dont une part importante est gérée par l'entremise d'AC.

La conformité fait l'objet d'un suivi efficace dans trois des six catégories de prestations : services pharmaceutiques, soins dentaires et EMFM. Les trois autres catégories, bien qu'elles n'aient pas un programme systématique et centralisé de vérification, ont fait l'objet de vérifications internes ou externes au cours de la période visée par l'évaluation. Les vérifications ont donné lieu à la formulation de recommandations d'améliorations afin de s'assurer de la conformité des clients et des fournisseurs. Le Programme a pris des mesures pour donner suite aux diverses recommandations (p. ex. vérifications régionales du TRM, processus nationaux d'inscription des fournisseurs de soins de la vue et de SISMSCCT).

Globalement, il est difficile de rendre compte de l'atteinte des résultats attendus dans certaines catégories, en raison de problèmes liés aux données administratives (p. ex. TRM, SISMSCCT, soins de la vue), en particulier l'exhaustivité et l'uniformité des données. Dans deux des catégories les plus vastes (services pharmaceutiques et soins dentaires), les services sont majoritairement fournis à partir de l'administration centrale nationale, ce qui contribue à une collecte plus systématique des données administratives servant à mesurer et à suivre les extrants et les résultats. Bien que la catégorie du TRM compte pour environ le tiers des dépenses du Programme, les données administratives incomplètes nuisent à la mesure et à la surveillance systématiques des extrants et des résultats.

Démonstration d'efficience et d'économie

Le Programme des SSNA est vaste et complexe. Il porte sur plusieurs catégories de services et comporte divers systèmes de prestation des services, en plus d'être influencé par d'importants facteurs de coût qui peuvent être instables et qui, pour la plupart, échappent au contrôle du Programme. Ces facteurs de coût peuvent faire augmenter considérablement les dépenses et accentuent les difficultés liées à la gestion d'un programme aussi vaste et d'une telle complexité. Malgré cette réalité, au cours de la période visée par l'évaluation, le Programme a réussi à maintenir la croissance de ses dépenses globales dans la fourchette de croissance de la population générale admissible.

Des indicateurs de rentabilité précis, comme les frais administratifs par demande, démontrent que les catégories dont l'unification administrative est la plus marquée (services pharmaceutiques, soins dentaires et, dans une certaine mesure, EMFM)

maintiennent leur rentabilité. Certains des facteurs qui contribuent au maintien de la rentabilité comprennent des frais administratifs négociés, des grilles tarifaires établies, un système de transactions intégré et l'accessibilité des données qui peuvent servir à la surveillance et à l'évaluation efficace de la rentabilité des activités de gestion des demandes dans ces catégories. Dans les catégories présentant une unification administrative moindre (transport pour raison médicale, soins de la vue et SISMSCCT), il est difficile de déterminer le niveau de rentabilité en raison de données administratives incomplètes sur les extrants pouvant être associées aux coûts. Ainsi, on pourrait éventuellement envisager l'accroissement des fonctions administratives pour certaines de ces catégories.

11. Recommandations

Recommandation 1

Examiner les procédures et les pratiques de coordination des services du Programme des services de santé non assurés et les harmoniser avec d'autres régimes de soins de santé complémentaires publics et privés pour assurer la clarté, limiter les retards et faciliter l'accès aux services par les clients.

L'évaluation a permis de constater que les processus de coordination des services du Programme des SSNA avec ceux des autres régimes publics et privés de prestations de santé supplémentaires causent des difficultés aux clients et aux partenaires. L'ambiguïté des procédures de coordination des prestations est, en partie, attribuable au manque de clarté du rôle du Programme des SSNA, comme « payeur de dernier recours » parmi les régimes de prestations, ce qui peut occasionner des délais inutiles et de la confusion chez les clients qui désirent obtenir des prestations. En déployant des efforts supplémentaires pour clarifier et rationaliser les procédures de coordination des services et les communications connexes, le Programme pourrait améliorer et clarifier la prestation des services aux membres des Premières nations et aux Inuits.

Recommandation 2

Envisager de mener une analyse stratégique dans des régions géographiques précises afin de soutenir l'amélioration des services de santé locaux pour améliorer l'accès aux soins et réduire progressivement les dépenses du TRM lorsque cela est possible.

Contrairement aux autres catégories, qui peuvent être directement associées à l'état de santé et aux besoins en traitements d'une personne, la catégorie du TRM dépend davantage du lieu de résidence de la personne que de son état de santé et de ses besoins en traitements. D'une façon similaire, les facteurs de coût, les fournisseurs et la nature des services fournis dans cette catégorie sont relativement uniques par comparaison avec les autres catégories du Programme des SSNA, et peut-être plus difficiles à unifier sur un plan administratif. Ces différences, combinées avec certains des problèmes d'intégrité des données qui nuisent à la surveillance et à la mesure du

rendement des services dans la catégorie du TRM, laissent croire qu'il y aurait lieu d'explorer d'autres modèles de gestion de cette catégorie.

Recommandation 3

Envisager de normaliser davantage la collecte de données administratives liées au TRM, aux soins de la vue et aux SISMSCCT à l'échelle des régions afin d'améliorer la surveillance et la présentation des résultats des programmes individuels, comme les résultats concernant l'accès (par exemple les taux d'utilisation, les approbations, les refus et les appels).

Même si l'on recueille une grande quantité de données dans le cadre du Programme des SSNA, l'intégrité des données est problématique dans trois des catégories, soit le TRM, les soins de la vue et les SISMSCCT. Il est nécessaire d'améliorer la collecte de données sur ces trois catégories dans toutes les régions, afin que l'administration du Programme puisse surveiller et présenter les résultats du Programme, en particulier en ce qui concerne l'accessibilité des prestations. L'amélioration de la collecte de données sur la catégorie du TRM est une priorité, compte tenu de la croissance considérable qu'elle a connue au cours de la période visée par l'évaluation et de la portion importante des dépenses totales du Programme qu'elle représente pour cette même période.

Annexe 1 – Modèle logique

Groupe visé	Membres inscrits des Premières Nations et Inuits reconnus vivant au Canada				
Thèmes	Prestation des services (services fournis)	Renforcement des capacités	Collaboration et participation des intervenants	Collecte de données, analyse et surveillance	Élaboration de politiques et partage des connaissances
Extrants	<ul style="list-style-type: none"> Les clients reçoivent des services de santé nécessaires (services pharmaceutiques, EMFM, soins dentaires, TRM, soins de la vue, SISMSCCT) Les prestations offertes et assurées conformément aux politiques du Programme des SSNA Les demandes de paiement de prestations traitées 	<ul style="list-style-type: none"> Les accords de contribution Les ententes de cogestion Le soutien pour la planification de la santé communautaire et l'établissement des priorités 	<ul style="list-style-type: none"> Les communications des clients; les connaissances et les opinions des intervenants concernant les politiques du Programme Les séances d'information, les ateliers et les visites dans les communautés Les projets conjoints (p. ex. AC consolidés, plan de travail, groupes de travail, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Les systèmes de saisie de données (STRDPSS, SVS, SCTRM/MDTRM) L'analyse des tendances et des coûts/les prévisions de dépenses La surveillance/les mesures et l'analyse de la sécurité des clients Le Programme de vérification des fournisseurs de services Les examens et l'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Les politiques et les critères d'admissibilité du Programme Des politiques et des cadres des prestations rentables et s'appuyant sur des données probantes
Résultats immédiats	Accès des clients admissibles à des SSNA transférables de façon uniforme, à l'échelle nationale (répondant à leurs besoins particuliers en matière de santé)				
Politique des prestations et élaboration des programmes fondées sur des données probantes (conforme aux pratiques exemplaires de la prestation de services de santé)					
Traitement efficace des demandes de paiement dans le cadre du Programme des SSNA (dans les régions et à l'AC)					
Respect des exigences du Programme par le client et le fournisseur					
Relations de collaboration avec les partenaires et les intervenants afin de faciliter la prestation de service					
Résultat intermédiaire	Gestion économique et durable du programme des SSNA				

Résultat à long terme	Services de santé non assurés contribuant à l'amélioration de l'état de santé des membres des Premières Nations et des Inuits.
------------------------------	--

Annexe 2 – Résumé des constatations

Cotation des constatations

Les cotations ont été fournies pour indiquer la mesure dans laquelle chaque question et enjeu de l'évaluation a été abordé.

Symboles de cotation de la pertinence et signification

Un résumé de la cotation de la pertinence est présenté dans le tableau 1 ci-dessous, alors qu'une description des cotations est donnée dans la légende.

Tableau 1 : Cotes relatives à la pertinence

Questions d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Nécessité continue du programme			
<ul style="list-style-type: none"> Le Programme répond-il toujours à un besoin manifeste? Le Programme est-il réceptif aux besoins de sa population cible? 	<ul style="list-style-type: none"> L'incidence et la prévalence des besoins en matière de santé relevés chez les clients et l'harmonisation avec les SSNA Les points de vue des partenaires sur l'utilité, l'accessibilité et la portée du Programme Les points de vue des clients sur l'utilité, l'accessibilité et la portée du Programme 	Élevée	<ul style="list-style-type: none"> Le Programme continue de répondre à un besoin démontrable. Le Programme est réceptif aux besoins de sa population cible.
Conformité avec les priorités du gouvernement			
<ul style="list-style-type: none"> Le Programme correspond-il aux priorités du gouvernement fédéral? Le Programme cadre-t-il avec les résultats stratégiques du Ministère? 	<ul style="list-style-type: none"> Des données probantes confirmant la conformité avec les priorités du gouvernement fédéral Des données probantes confirmant la conformité avec les résultats stratégiques de SC 	Élevée	<ul style="list-style-type: none"> Le Programme est conforme aux priorités du gouvernement fédéral ainsi qu'aux résultats stratégiques du Ministère.

Questions d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral			
<ul style="list-style-type: none"> Le Programme est-il conforme aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral? 	<ul style="list-style-type: none"> Des données probantes confirmant la conformité du Programme avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral dans le contexte des SSNA des Premières Nations et des Inuits Des données probantes confirmant les différences par rapport aux régimes publics et privés et la complémentarité avec eux 	Faible	<ul style="list-style-type: none"> Le programme s'harmonise avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral. <ul style="list-style-type: none"> Le Programme des SSNA est souvent perçu par les provinces comme un remplacement plutôt que comme un complément de ce qui est inclus dans la couverture des services de santé provinciaux supplémentaires. Cela peut contribuer aux difficultés pour certains clients du Programme des SSNA en raison de leur incapacité à naviguer avec succès dans le système.

Cote globale

Élevé Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.

Partielle Il y a un besoin partiel pour les activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.

Faible Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Symboles de cotation du rendement et signification

Un résumé de la cotation de la pertinence est présenté au tableau 2 ci-dessous, alors qu'une description des cotations est donnée dans la légende.

Tableau 2 : Cotes relatives au rendement

Questions d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Dans quelle mesure les résultats immédiats ont-ils été atteints?			
<ul style="list-style-type: none"> • Accès des clients admissibles à des SSNA transférables de façon uniforme, à l'échelle nationale • Politique des prestations et élaboration du Programme fondées sur des données probantes (conforme aux pratiques exemplaires de la prestation de services de santé) • Respect des exigences du Programme par le client et le fournisseur 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et pourcentage des clients ayant accès à chaque catégorie annuellement • Pourcentage des dépenses liées au TRM destinées aux communautés éloignées • Nombre et pourcentage des politiques mises à jour annuellement à la suite de nouvelles données probantes ou de pratiques exemplaires • Résultats des activités liées à l'établissement de profils des fournisseurs et des clients; vérifications sur place effectuées par an 	Résultats atteints	<ul style="list-style-type: none"> • Catégorie des services pharmaceutiques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Accès : Les taux d'utilisation sont demeurés relativement constants. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le niveau de sensibilisation à l'égard des services pharmaceutiques chez les clients des Premières Nations est relativement élevé, mais la connaissance détaillée d'une couverture particulière est plus faible. Les navigateurs des SSNA jouent un rôle important. ○ Élaboration fondée sur des données probantes : Une approche solide fondée sur des données probantes concernant les décisions en matière d'inscription à la liste des médicaments couverts, l'élaboration de la politique de couverture et les prises de décisions liées au Programme fondées sur la consultation et les processus internes. ○ Conformité : la conformité est constamment démontrée par des vérifications à différents niveaux.

Questions d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
		Résultats atteints	<ul style="list-style-type: none"> • Catégorie d'EMFM : <ul style="list-style-type: none"> ○ Accès : Les taux d'utilisation sont demeurés relativement stables. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les données sur les taux d'approbation et les appels (à l'exception des appels du dernier et 3^e niveau) ne sont pas systématiquement compilées à l'échelle nationale. ○ Élaboration fondée sur des données probantes : Elle est soutenue par une documentation faisant état de mises à jour et de changements fondés sur des pratiques exemplaires, des normes et des prises de décisions fondées sur des éléments probants. ○ Conformité : la conformité est constamment démontrée par des vérifications à différents niveaux.
		Résultats atteints	<ul style="list-style-type: none"> • Catégorie des soins dentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Accès : Les taux d'utilisation sont demeurés relativement constants. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les préoccupations liées à l'accès sont davantage liées à la disponibilité des soins dentaires et sont résolues grâce à l'embauche de dentistes ayant conclu un contrat et au TRM. ○ Élaboration fondée sur des données probantes : Elle est soutenue par une consultation, des projets d'essais et aux examens externes de la preuve clinique. ○ Conformité : la conformité est constamment démontrée par des vérifications à différents niveaux.

Questions d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
		<p>Peu de progrès; attention prioritaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Catégorie du TRM : <ul style="list-style-type: none"> ○ Accès : Des difficultés liées au manque de données à l'échelle nationale. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des préoccupations liées à l'accès ont été relevées en lien avec les délais de traitement des approbations et des remboursements, ainsi qu'avec la variabilité de l'interprétation de la politique de couverture d'une escorte des services du TRM dans certaines régions. ○ Élaboration fondée sur des données probantes : On dispose d'un cadre de travail et d'un guide des opérations qui sont actualisés si nécessaire au moyen de processus conjoint entre les régions et l'AC. Les mises à jour des politiques sont consignées dans divers comptes rendus de décisions. L'amélioration des données administratives et opérationnelles aiderait à élaborer d'autres méthodes de prestation des services. ○ Conformité : Il n'y a pas de programme systématique et intégré de vérification. L'administration du Programme s'est engagée à modifier ses lignes directrices afin de mieux les adapter aux pratiques fonctionnelles associées à la déclaration des besoins médicaux et à la confirmation de leur présence. Elle a aussi mis en œuvre une initiative de vérification régionale en 2014.

Questions d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
		<p>Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Catégorie des soins de la vue : <ul style="list-style-type: none"> ○ Accès : On effectue le suivi à l'échelle régionale des données transactionnelles, y compris du nombre de demandes de paiement et de demandeurs remboursés, grâce à l'utilisation de différents systèmes de données; il est difficile d'effectuer le calcul des taux d'utilisation. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les clients sont relativement bien au courant des prestations des soins de la vue, bien que certains détails de la couverture soient moins bien connus. De façon générale, il n'y a pas de problème d'accès. ○ Élaboration fondée sur des données probantes : Les prestations et les services sont fournis d'après le jugement des professionnels, conformément aux normes de soins fondées sur des données probantes et aux pratiques exemplaires actuellement suivies dans la prestation des services de santé. Le Programme compte sur les conseils d'un professionnel de la santé pour soutenir l'élaboration d'une politique de couverture des soins de la vue. ○ Conformité : Il n'y a pas de programme systématique et intégré de vérification. Le Programme a établi (en 2014) un calendrier continu de deux ans d'audits à entreprendre à l'échelle nationale ainsi qu'un processus normalisé d'inscription des fournisseurs de soins de la vue (en 2015).

Questions d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
		<p>Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Catégorie des SISMSCCT : <ul style="list-style-type: none"> ○ Accès : On effectue le suivi à l'échelle régionale des données transactionnelles, y compris du nombre de demandes de paiement et de demandeurs remboursés; il est difficile d'effectuer le calcul des taux d'utilisation. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le niveau de sensibilisation à l'égard des prestations est relativement faible chez les clients. Aucune grande difficulté constatée liée à l'accès aux prestations. ○ Élaboration fondée sur des données probantes : Les prestations sont fournies d'après le jugement des professionnels, conformément aux normes de soins fondées sur des données probantes et aux pratiques exemplaires actuellement suivies dans la prestation des services de santé. ○ Conformité : Il n'y a pas de programme systématique et intégré de vérification. Le Programme a établi (en 2014) un calendrier continu de deux ans d'audits à entreprendre à l'échelle nationale ainsi qu'un processus normalisé d'inscription des fournisseurs de soins de la vue (en 2015).
<ul style="list-style-type: none"> • Traitement efficace des réclamations pour les SSNA (dans les régions et à l'administration centrale) 	<ul style="list-style-type: none"> • Variation annuelle en % du coût du service de traitement des demandes de paiement par catégorie • Nombre de demande de paiements annuelles et variation en % par catégorie 	<p>Démonstration de l'efficacité et de l'économie</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Relations de collaboration avec les partenaires et les intervenants afin de faciliter la prestation de service 	<ul style="list-style-type: none"> • Éléments probants et résultats des réunions, des communications avec les OAN et les organisations des intervenants et des fournisseurs 	<p>Peu de progrès; attention prioritaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les relations avec les divers partenaires se sont améliorées, mais il subsiste certaines difficultés au chapitre de la coordination et de la collaboration (p. ex. la coordination des prestations de santé supplémentaires, le fardeau administratif associé aux autorisations préalables, à la prédétermination et aux appels, les incohérences régionales liées à l'approbation de certaines prestations).

Dans quelle mesure les résultats intermédiaires ont-ils été atteints?			
<ul style="list-style-type: none"> Gestion économique et durable du programme des SSNA 	<ul style="list-style-type: none"> Dépenses annuelles liées aux prestations et variation annuelle en % par rapport à d'autres régimes ou tendances canadiennes Ratio des frais administratifs par rapport aux dépenses consacrées aux prestations en comparaison avec les références de l'industrie 	Démonstration de l'efficacité et de l'économie	
Dans quelle mesure le résultat à long terme a-t-il été atteint?			
<ul style="list-style-type: none"> Services de santé non assurés contribuant à l'amélioration de l'état de santé des membres des Premières Nations et des Inuits. 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de clients admissibles et variation annuelle en pourcentage Nombre et % des clients qui ont eu accès à au moins une prestation annuellement (par catégorie et ensemble) Éléments probants que l'offre des prestations contribue à l'amélioration de la santé 	Résultats atteints	<ul style="list-style-type: none"> L'évaluation a révélé l'existence de liens logiques entre le Programme des SSNA et sa contribution à l'amélioration de l'état de santé des clients inuits et des Premières Nations, bien qu'il soit difficile de déterminer l'ampleur de cette contribution étant donné la multitude de facteurs qui favorisent ou entravent la réalisation de cet objectif.

Démonstration d'efficacité et d'économie			
<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement des demandes de paiement est-il efficace? • Le Programme est-il à même de mieux évaluer la gestion des prestations et de prédire les pressions financières nouvelles ou changeantes en matière de dépenses et d'y réagir? • Le Programme est-il géré de manière rentable et durable? • Comment le Programme se compare-t-il à d'autres régimes publics ou privés similaires? 	<ul style="list-style-type: none"> • Variation annuelle en % du coût du service de traitement des demandes de paiement par catégorie • Nombre de demandes de paiement annuelles et variation en % par catégorie • Dépenses annuelles liées aux prestations et variation annuelle en % par rapport à d'autres régimes ou tendances canadiennes • Ratio des frais administratifs par rapport aux dépenses consacrées aux prestations en comparaison avec les références de l'industrie • Évaluation du Programme par rapport à des régimes publics et privés similaires • Renforcement de la capacité du Programme de mieux évaluer la gestion des prestations et de prédire les pressions financières nouvelles ou changeantes en matière de dépenses et d'y réagir 	<p>Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les augmentations des dépenses du Programme au cours de la période visée par l'évaluation étaient conformes aux augmentations proportionnelles de la population admissible et du nombre de demandes de paiement réglées. <p>Le coût par demande de paiement pour les prestations des services pharmaceutiques et des soins dentaires est demeuré constant au cours de la période d'évaluation principalement en raison des coûts négociés (par contrat) par demande de paiement traitée. Le coût moyen de traitement des demandes de paiement pour soins dentaires indiquerait un recours marqué du traitement sur support papier. Les données concernant l'EMFM, bien qu'elles indiquent un accroissement important, n'ont pas été jugées fiables</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les données pour les prestations du TRM, des soins de la vue et des SISMSCCT sont incomplètes et sont extraites de différents systèmes des TI sous une forme qui empêche leur analyse. <ul style="list-style-type: none"> • Le ratio des frais administratifs du Programme par rapport aux dépenses totales oscillait entre 3 et 4 % au cours de la période d'évaluation, ce qui semblait faible par rapport à d'autres régimes. • Le Programme a mis en œuvre des processus et des systèmes visant à assurer une surveillance mensuelle et trimestrielle des dépenses dans la plupart des catégories de services. <ul style="list-style-type: none"> ○ Compte tenu du grand nombre de facteurs de coût et de leur volatilité, il est difficile pour le Programme de faire des prévisions précises au-delà d'un an. ○ Le Programme travaille à l'élaboration et à la mise en place d'un modèle prévisionnel quinquennal.

Cote globale :

Résultats atteints : Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.

Progrès accomplis, travail supplémentaire justifié : Des progrès marqués ont été faits au regard des buts ou des résultats visés, mais une attention demeure nécessaire.

Peu de progrès, attention prioritaire : De petits progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Annexe 3 – Description de l'évaluation

Portée de l'évaluation

La portée de l'évaluation comprenait l'ensemble des activités du Programme des SSNA de Santé Canada destiné aux Inuits et aux Premières Nations. Les prestations du Programme des SSNA concernent les services pharmaceutiques, l'EMFM, les soins dentaires, les soins de la vue, les SISMSCCT et le TRM pour donner accès à certains services de santé médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts dans la réserve ou la communauté de résidence. La portée de l'évaluation ne comprenait pas les services offerts par la RSPN de la C.-B. conformément à l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et aux accords auxiliaires, qui feront l'objet d'une évaluation distincte. La période visée par l'évaluation englobe les activités qui se sont déroulées d'avril 2001 à mars 2016. Les activités de collecte de données, d'analyse et d'établissement de rapports se sont poursuivies de mars 2015 à juin 2017.

Questions d'évaluation

Les questions utilisées dans le cadre de cette évaluation reposent sur cinq grands enjeux fondamentaux, qui sont présentés dans le tableau ci-dessous. Pour chaque élément fondamental, les questions d'évaluation ont été adaptées au programme et ont orienté le processus d'évaluation.

Tableau 1 : Enjeux fondamentaux et questions d'évaluation

Enjeux fondamentaux	Questions d'évaluation
Pertinence	
Enjeu n° 1 : Besoin continu du programme	Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continu de répondre à un besoin manifeste et est adapté aux besoins des Canadiens <ul style="list-style-type: none"> • Le programme répond-il toujours à un besoin manifeste? • Le programme est-il réceptif aux besoins de sa population cible?
Enjeu n° 2 : Conformité avec les priorités du gouvernement	Évaluation des liens entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats ministériels stratégiques <ul style="list-style-type: none"> • Le programme correspond-il aux priorités du gouvernement fédéral? • Le Programme cadre-t-il avec les résultats stratégiques du Ministère?
Enjeu n° 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	Évaluation des rôles et des responsabilités du gouvernement fédéral à l'égard de l'exécution du programme. <ul style="list-style-type: none"> • Le programme est-il conforme aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral? • Le programme et ses services reproduisent-ils ou chevauchent-ils d'autres programmes?

Enjeux fondamentaux	Questions d'évaluation
Rendement (efficacité, efficience et économie)	
<p>Enjeu n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)</p>	<p>Évaluation des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et à long terme) en tenant compte des cibles de rendement, de la portée et de la conception du programme, y compris du lien entre les extrants et les résultats et de la contribution des extrants aux résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les clients ont-ils accès au Programme? • L'élaboration du Programme et des politiques est-elle fondée sur des données probantes? • Les clients et les fournisseurs respectent-ils les exigences du Programme ? • De quelle façon la collaboration a-t-elle eu une incidence sur la prestation des services? • Le Programme contribue-t-il à l'amélioration de l'état de santé de ses clients? • A-t-on remarqué des conséquences imprévues ou des problèmes liés à la prestation du Programme?
<p>Enjeu n° 5 : Démonstration d'efficience et d'économie</p>	<p>Évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Programme fait-il une utilisation optimale de ses ressources? • Le programme a-t-il produit ses extrants et atteint ses résultats de la manière la plus économique possible? • Comment peut-on améliorer l'économie et/ou la durabilité? • Recueille-t-on des données de mesure du rendement et sont-elles utilisées dans la prise de décisions?

Méthodes de collecte et d'analyse des données

La méthode d'évaluation repose sur plusieurs sources de données. Elle comprend une analyse de la littérature, de documents et de données administratives, un sondage, des entrevues auprès d'informateurs clés et une analyse comparative. Les données ont été analysées par la triangulation de l'information recueillie selon ces diverses méthodes, notamment :

- la compilation, l'examen et la synthèse systématiques des données afin d'illustrer les principales constatations;
- la compilation et l'analyse des données quantitatives obtenues dans les bases de données du Programme, suivies de la validation auprès de représentants du Programme;
- une analyse thématique des données qualitatives.

Un résumé des méthodes de collecte des données et de leur contribution prévue au processus d'évaluation est fourni dans les sous-sections qui suivent.

Analyse de la littérature, de documents et de données administratives

Détails de la méthode :

- Une analyse de la conjoncture des sources pertinentes en lien avec le secteur du Programme, ainsi qu'un examen des documents, des dossiers et des bases de données fournis par le Programme et cernés durant l'évaluation par d'autres méthodes (p. ex. entrevues auprès d'informateurs clés).

Sources :

- Revues scientifiques, littérature grise, présentations au Conseil du Trésor, mémoires au Cabinet, rapports de recherche sur l'opinion publique, rapports sur le rendement et rapports d'évaluation et de vérification précédents, documents stratégiques, données sur les budgets et les dépenses, rapports de données sur la mesure du rendement, rapports d'étape annuels, dossiers de subventions et contributions, bases de données financières et non financières, dossiers administratifs portant particulièrement sur les questions d'évaluation.

Utilisation prévue :

- Fournir des renseignements généraux sur l'historique et les objectifs du Programme, ainsi que sur les progrès accomplis vers l'obtention des résultats escomptés.
- Utiliser en tant que source principale de données qualitatives et quantitatives.
- Donner un aperçu de tout changement ou virage important survenu au cours de la vie du Programme.

Sondage

Détails de la méthode :

- Sondage en ligne, bilingue et auto-administré qui a été mis à l'essai avant sa diffusion;
- Guides du sondage adapté aux clients du Programme;
- Sondages effectués : 27.

Cibles :

- Les intervenants du Programme (à savoir les membres inscrits des Premières Nations et les Inuits reconnus résidant au Canada qui reçoivent des services du Programme des SSNA);
- Compte tenu de l'intérêt manifesté par des organisations inuites régionales, le sondage a ciblé les Inuits du Nunavut et de l'Inuvialuit;
- Résultats : 19 questionnaires de sondage entièrement remplis; 8 partiellement remplis.

Utilisation prévue :

- Évaluer les points de vue des clients sur la prestation du Programme;
- Aider à mieux comprendre les renseignements recueillis auprès d'autres sources de données probantes et mettre davantage en contexte.

Entrevues auprès d'informateurs clés

Détails de la méthode :

- Entrevues guidées menées en personne ou au téléphone;
- Guides d'entrevue adaptés aux divers publics cibles;
- Entrevues réalisées : 42.

Cibles :

- Représentants du Programme : 7 de l'administration centrale, 7 des bureaux régionaux;
- Partenaires du Programme : 3 des organisations autochtones nationales, 2 représentants des gouvernements territoriaux qui ont conclu des AC, 4 représentants d'organisations des Premières Nations et des Inuits qui administrent le Programme des SSNA directement à l'échelle communautaire, et 10 fournisseurs de services de soins de santé;
- Intervenants du Programme : 9 navigateurs des SSNA (intermédiaires pour les clients des Premières Nations).

Utilisation prévue

- Aider à mieux comprendre les renseignements recueillis auprès d'autres sources de données probantes et mettre davantage en contexte.

Analyse comparative

Détails de la méthode :

- Analyse de la conjoncture, examen de données et entrevues guidées menées en personne ou au téléphone;
- Analyse de plusieurs régimes privés et publics afin d'avoir accès à des données plus riches pour une analyse qualitative;
- La comparaison a porté notamment sur les catégories des services pharmaceutiques, des soins dentaires, de l'EMFM, du TRM et des soins de la vue;
- Accent mis sur une analyse comparative qualitative des facteurs de coût;
- Accent mis sur l'évaluation qualitative des pratiques opérationnelles, des normes de service et des méthodes de mesure du rendement de l'industrie.

Sources :

- Documentation publiée par les fournisseurs du secteur public, privé et à but non lucratif sur leurs régimes, leurs prestations et leurs pratiques opérationnelles;
- Documentation de précédents exercices d'analyse comparative menés pour le Programme des SSNA;
- Littérature universitaire et littérature grise;
- Renseignements publics disponibles sur les grands régimes publics pour compléter les renseignements obtenus lors des entrevues;
- Information recueillie auprès d'associations professionnelles;
- Neuf entrevues menées auprès de douze personnes : des fournisseurs du secteur privé et à but non lucratif, des fournisseurs du secteur public, des experts de l'industrie, des représentants d'associations d'assurance en santé et des experts de la cybersanté.

Utilisation prévue :

Contribuer à la détermination des pratiques exemplaires, des leçons retenues, ainsi que des solutions de rechange qui pourraient être appliquées au Programme des SSNA.

- Relever les similarités et les différences avec les autres régimes publics et privés et les raisons de ces différences.

Références

1. Allan, B. et Smylie, J. (2015). First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada.
2. Banerji, A., Panzov, V., Robinson, J., Young, M., Ng, K., et Mamdani, M. (2013). « The cost of lower respiratory tract infections hospital admissions in the Canadian Arctic ». *International Journal of Circumpolar Health*. 721 21595
3. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (2016) Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) Tiré de : www.cadth.ca/fr/a-propos-de-acmts/nous-faisons/produits-et-services/pcem
4. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2014). Nos ressources. Tiré de : <http://www.ccsa.ca/fra/Pages/default.aspx>
5. Institut canadien d'information sur la santé (2015). Tendances des dépenses nationales de santé de 1975 à 2015
6. Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada. (2014). Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains.
7. Institut canadien d'information sur la santé.
8. Château-Degat, M., Dewailly, E., Laouchini, R., Counil, E., Noel, M., Ferland, A., Lucas, M., Valera, B., Ekoe, J., Ladouceur, R., Dery, S., & Egeland. (2010). Le fardeau cardiovasculaire et les facteurs de risque connexe chez les Inuits du Nunavik, au Québec : Constatations tirées d'observations de départ dans l'étude des cohortes circumpolaires sur la transition de la santé des Inuits. *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 26, n° 6 (2010), p. 190-196.
9. Crighton E.J., Wilson, K. et Sénécal, S. (2010). Relation entre l'asthme et les facteurs socioéconomiques et géographiques chez les populations autochtones du Canada. *International Journal of Circumpolar Health*. 69(2); 138-50.
10. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2012). Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 200810. Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières nations. Ottawa.
11. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2012). Rapport sur les conclusions de l'Enquête nationale sur la santé buccodentaire des Premières Nations 2009-2010 -Rapport national. Ottawa.
12. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2017). Les principes CPAC des Premières Nations. <http://fnigc.ca/fr/pcap.html>
13. Gouvernement du Canada. (2013). Discours du Trône : Saisir le moment pour le Canada : prospérité et opportunité dans un monde incertain.
14. Gouvernement du Canada. (2015). Discours du Trône : Réaliser le vrai changement.
15. Halseth, R. (2013). Les femmes autochtones au Canada : Genre, déterminants socioéconomiques de la santé et initiatives visant à réduire l'écart en matière de bien-être. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
16. Santé Canada. (2009). Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada : Déterminants de la santé, 1999 à 2003.
17. Santé Canada. (2010a). Prestations pharmaceutiques, équipement médical et fournitures médicales - Cadre de travail.
18. Santé Canada. (2010b). Policy Research Brief, Inuit Health Trends, décembre 2010.
19. Santé Canada. (2012a). Fiche d'information sur la santé des Premières Nations et des Inuits.
20. Santé Canada. (2012b). Rapport annuel 2011-2012 du Programme des SSNA.
21. Santé Canada. (2012c). Vos services de santé – Guide des Premières Nations pour l'accès aux Services de santé non assurés
22. Santé Canada. (2012d). Plan stratégique sur la santé des Premières nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé.

23. Santé Canada. (2013). Les Canadiens et les Canadiennes en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2012.
24. Santé Canada. (2014a). Rapport annuel 2013-2014 du Programme des SSNA.
25. Santé Canada. (2014b). Sommaire du rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2011.
26. Santé Canada. (2014c). Prestations dentaires : Cadre de travail : Programme des services de santé non assurés.
27. Santé Canada. (2016). Rapport annuel 2014-2015 du Programme des SSNA.
28. Santé Canada. (2017) Mise à jour sur le Programme des services de santé non assurés. Tiré de : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/services-sante-non-assures/information-prestations/mise-jour-programme-services-sante-non-assures-ssna-sante-premieres-nations-inuits-sante-canada.html>.
29. Maar, M., Burchell, A., Little, J., Ogilvie, G., Severini, A., Yang, J.M., Zehbe, I. (2013). A qualitative study of provider perspectives of structural barriers to cervical cancer screening among first nations women. *Women's Health Issues*. 23(5):e319-e325.
30. Muttitt, S., Vigneault, R. et Loewen, L. (2004). Integrating Telehealth into Aboriginal Healthcare: the Canadian Experience. *International Journal of Circumpolar Health*, 63(4), 401-414.
31. Ning, A. et Wilson, K. (2012). A research review: exploring the health of Canada's Aboriginal youth. *International Journal of Circumpolar Health*. 71.
32. Bureau du vérificateur général du Canada. (2015) Rapport 4 : L'accès aux services de santé pour les communautés éloignées des Premières Nations.
33. Cabinet du premier ministre (2015). Lettre de mandat de la ministre de la Santé. <http://pm.gc.ca/fra/minister-health-mandate-letter>
34. Pacey, A., Nancarrow, T. et Egeland, G.M. (2010). Prevalence and risk factors for parental-reported oral health of Inuit preschoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008. *International Journal of Rural and Remote Health*, 10, 1-12.
35. Potter, I. (2010). First Nations health: Governance and organization effectiveness, integration and First Nation control. Ottawa (Ontario) : Santé Canada.
36. Agence de santé publique du Canada (2011). Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres. Ottawa.
37. Quiñonez, C. R. et Lavoie, J. G. (2009). Existing on a Boundary: The Delivery of Socially Uninsured Health Services to Aboriginal Groups in Canada. *Humanity & Society*. 33;1(-2).
38. Conseil du Trésor du Canada (2009). Politique sur l'évaluation
39. Conseil du Trésor du Canada (2013). Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux.
40. Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015). Appels à l'action http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf
41. Wallace, S. 2014. Santé des Inuits : certains résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012. Enquête auprès des peuples autochtones de 2012. N° 89-653-X au catalogue de Statistique Canada - N° 003.