

**RÉPONSE DU GOUVERNEMENT AU DIXIÈME RAPPORT  
DU COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS SUR  
LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU  
CANADA D'OCTOBRE 2000 : SANTÉ CANADA - LA  
SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS : SUIVI**

**MAI 2002**

## RÉPONSE DU GOUVERNEMENT AU DIXIÈME RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS SUR LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU CANADA D'OCTOBRE 2000 : LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

Le gouvernement du Canada désire exprimer son appréciation au Comité permanent des comptes publics pour son dixième rapport sur le Rapport du vérificateur général du Canada d'octobre 2000 (*Chapitre 15 : Santé Canada - La santé des Premières nations : suivi*). Le gouvernement partage l'opinion du Comité permanent et du vérificateur général que les programmes de santé des Premières nations et des Inuits doivent être bien gérés et ce, de façon responsable.

Dans son Rapport, le Comité reconnaît que Santé Canada - la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) a pris l'engagement d'introduire graduellement le développement et la mise en oeuvre de nouveaux cadres de responsabilisation pour les Programmes de santé communautaire (PSC)<sup>1</sup> et le programme des Services de santé non assurés (SSNA)<sup>2</sup>. Le Comité a également indiqué qu'il continuerait de surveiller les progrès réalisés par Santé Canada dans ces secteurs. Afin d'aider le Parlement, Santé Canada ajoutera à son Rapport annuel sur le rendement une annexe électronique des progrès réalisés suite aux recommandations du vérificateur général et du Comité, débutant avec le Rapport de 2001-2002.

Plusieurs avancées importantes furent réalisées en 2001-2002 alors que Santé Canada - DGSPNI a travaillé à la mise en oeuvre de ses nouvelles mesures. Le Ministère a débuté l'introduction progressive de ses nouveaux cadres de responsabilisation pour les programmes de santé des Premières nations et des Inuits. De plus, la capacité du Ministère a été accrue en créant la Direction de la planification et de la gestion des affaires, qui sert à implanter et à supporter les mesures de responsabilisation et de gestion.

Les avancées pour les PSC pour 2001-2002 incluaient l'introduction de nouveaux accords types et autres accords de contribution qui clarifiaient les rôles et responsabilités. Un système informatisé de gestion des contrats et des contributions fut implanté à l'échelle nationale. Ce système unique de gestion des accords de contribution améliorera la capacité de produire des rapports, la surveillance et la vérification. En mars 2002, une politique d'intervention fut introduite pour guider notre action dans les communautés qui ont été incapables ou qui n'avaient pas la volonté de s'attaquer à des situations exceptionnelles ou problématiques.

---

<sup>1</sup>**Les Programmes de santé communautaire** offrent des services dans trois principaux secteurs : soins primaires, santé publique et promotion de la santé, et programmes pour les enfants. Les programmes sont exécutés en milieu communautaire par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ou par les communautés des Premières nations et des Inuits par le biais d'accords.

<sup>2</sup>**Le programme des Services de santé non assurés** offre aux indiens inscrits et aux Inuits et aux Innus reconnus certains biens et services de santé qui complètent les prestations offertes par d'autres programmes privés, provinciaux ou territoriaux. Ces biens incluent les prestations pharmaceutiques, les soins dentaires, soins de la vue, matériel et équipement médicaux, counselling en santé mentale de courte durée et transport pour accéder aux services médicaux.

En 2001-2002, le programme des SSNA a également amélioré sa responsabilisation et sa gestion dans son ensemble. En 2001, le programme des SSNA, de concert avec l'Assemblée des Premières nations et l'Inuit Tapiriiksat Kanatami, a établi un cadre de travail pour l'obtention du consentement du client pour utiliser des renseignements personnels d'ordre médical dans le traitement des réclamations et le remboursement. En 2002-2003, le consentement s'obtiendra à l'échelle nationale afin de permettre une rétrospective et de réintroduire une surveillance en ligne de l'utilisation des médicaments en 2003-2004.

En 2001, le programme des SSNA a établi un cadre de gestion et de responsabilisation basé sur le rendement. Puisque les prestations sont principalement offertes aux individus par l'entremise d'un tiers administrateur de réclamations et de professionnels de la santé, le programme des SSNA nécessite un cadre de responsabilisation qui inclut la vérification des fournisseurs. Le cadre de travail est caractérisé par une initiative de gestion du risque, introduite en 2000, pour étudier les risques financiers et de gestion en utilisant un processus plus transparent. Cette initiative permet au programme de mieux cibler et gérer ses prestations. Le programme de vérification exhaustif est une composante essentielle des activités de gestion du risque.

Le cadre de responsabilisation et de gestion du programme des SSNA améliorera les rapports sur le rendement et les résultats atteints par le programme. Lors du développement et de l'introduction progressive du cadre de travail, des éléments d'évaluation seront intégrés. Le programme a entrepris des évaluations de composantes spécifiques du programme, incluant le processus de gestion des prestations de médicaments et le processus d'examen des soins dentaires.

Même si des progrès considérables ont été réalisés dans le développement et l'introduction de nouvelles mesures pour améliorer son rendement, le gouvernement fédéral reconnaît également qu'il y a encore beaucoup à faire et s'est engagé à entreprendre ces travaux.

Le gouvernement a choisi de répondre aux 26 recommandations en regroupant l'information en cinq thèmes : Responsabilisation des Programmes de santé communautaire (PSC); Support du développement de la capacité; Mesure du rendement, atteinte des résultats et gestion de l'information; Mesures de contrôle et de prévention des Services de santé non assurés; et La présentation de rapports au Parlement sur les progrès réalisés. Un exposé général de la section précède les réponses détaillées pour chaque recommandation. Cette division en thèmes est conforme avec le Rapport du Comité qui regroupe ses observations et ses recommandations.

### ***Responsabilisation des Programmes de santé communautaire (PSC)***

L'introduction à Santé Canada - DGSPNI de nouveaux accords types (NAT) de financement pour la prestation de programmes et services de santé a coïncidé avec la publication de la nouvelle *Politique sur les paiements de transferts* du Conseil du Trésor, laquelle a forcé tous les ministères du gouvernement fédéral, incluant Santé Canada, de s'assurer que les accords sont conformes avec la nouvelle politique financière. Les NAT furent une des premières mesures de

reddition de comptes à être implantées avec les communautés des Premières nations et des Inuits à l'intérieur du cadre global de la responsabilisation.

Les nouveaux accords types ramènent les 16 différents accords en sept. Ils aident à clarifier les rôles et responsabilités de toutes les parties impliquées, améliorent la gestion du risque et permettent au Ministère et aux communautés des Premières nations et des Inuits de mieux présenter la reddition de comptes pour l'usage prudent des fonds publics.

L'étude de tous les accords de financement et l'adoption ultérieure de nouveaux accords types n'est qu'une partie du cadre global de responsabilisation. Santé Canada a déjà amorcé l'implantation d'un cadre de gestion du contrôle (CGC) du Ministère pour les subventions et les contributions qui serviront également à renforcer les mécanismes internes et externes de gouvernance et de reddition de comptes, à l'aide de systèmes d'information améliorés et de gestion du risque ainsi qu'une collaboration continue avec les autres ministères. Le CGC se concentre sur les objectifs de contrôle à l'échelle du gouvernement en relation avec la fonction moderne de contrôleur et le Cadre de gestion axée sur les résultats pour les Canadiennes et Canadiens. Il examine les pratiques de contrôle pour garantir que les subventions et contributions sont bien gérées et visent à simplifier les processus dans toutes les directions et régions du Ministère. La DGSPNI de Santé Canada continue de travailler en étroite collaboration avec les communautés des Premières nations et des Inuits sur tous les aspects du cadre de responsabilisation, incluant le développement de ses éléments principaux.

Pour soutenir l'implantation du CGC en lien avec les aspects de présentation de rapports, de vérification et de surveillance du cadre de responsabilisation, la DGSPNI de Santé Canada a introduit le système de gestion des contrats et des contributions (SGCC). Le SGCC fut introduit dans toutes les régions de la DGSPNI de Santé Canada en décembre 2001, avec l'implantation complète en avril 2002. Le SGCC facilitera la surveillance active de la conformité et du rendement, la gestion basée sur le rendement, l'apprentissage continu et les progrès dans les communautés ainsi qu'au Ministère. Le système améliorera la transparence résultant ainsi en des actions plus efficaces dans le cas où des problèmes de rapports ou de vérifications surviennent.

La DGSPNI de Santé Canada reconnaît que des situations exceptionnelles ou problématiques, en vertu des accords de financement de la santé, peuvent survenir et c'est pour y répondre qu'un cadre de politique d'intervention fut développé. Lorsqu'il y a une incapacité par manque de potentiel ou manque de volonté et d'engagement pour régler une situation problématique, la DGSPNI de Santé Canada agira pour corriger la situation, avec le niveau approprié d'intervention requis. L'intervention peut varier d'un simple support aux bénéficiaires pour développer et mettre en oeuvre un plan d'action à la requête d'un accord de cogestion jusqu'à la gestion par une tierce partie. La DGSPNI de Santé Canada s'est engagée à travailler en étroite collaboration avec les communautés et reconnaît que c'est l'un des aspects les plus importants dans l'identification de la nature du problème et dans l'obtention de la perspective et de l'aide des communautés. La politique d'intervention sert à assurer la protection des programmes de santé et de prestation de services ainsi que la conformité des communautés aux principes de

reddition de comptes et de transparence, de divulgation et de redressement. Cette politique va dans la même direction que celle du ministère des Affaires indiennes et du développement du Nord canadien.

La DGSPNI de Santé Canada porte une attention toute particulière au développement de sa capacité administrative interne ainsi qu'au support des dirigeants des Premières nations et des Inuits dans le renforcement de leur capacité pour créer une base pour la responsabilisation, la gestion du risque et l'apprentissage continu. La nouvelle Direction de la planification et de la gestion des affaires (DGPA) supervise la gestion des accords de financement, du développement du personnel ainsi que de la planification des affaires et la présentation de rapports.

Alors qu'il est important de s'assurer que les rapports sont fournis par les bénéficiaires des Premières nations et des Inuits et qu'ils sont conformes aux termes et conditions des accords de financement, la DGSPNI de Santé Canada utilise également des visites sur place ainsi que des contacts et discussions régulières pour assurer une reddition de comptes permanente, efficace et active.

## **RECOMMANDATION 2**

**Que Santé Canada prenne les dispositions voulues pour obtenir en temps opportun tous les documents liés à la reddition de comptes, y compris tous les rapports de vérifications exigés en vertu des accords d'exécution des programmes de santé communautaire.**

### **Réponse :**

Au cours de 2001-2002, la DGSPNI de Santé Canada a développé des outils et processus pour s'assurer de recevoir les documents de reddition de comptes. En réponse au besoin d'un système normalisé de surveillance à l'échelle nationale des accords de contribution, le système de gestion des contrats et des contributions (SGCC) fut développé et pleinement implanté dans toutes les régions en avril 2002. Le SGCC conserve tous les documents, incluant les rapports financiers et d'activités remis par les bénéficiaires et ce, en un seul endroit. Le système comprend des fonctions comme la capacité de produire des rapports qui montrent les activités ou rapports financiers en retard. Il mentionne tous les rapports en suspens et exige qu'une explication soit donnée sur la raison du manque d'information par les agents du Ministère afin que les paiements aux bénéficiaires se poursuivent. Le SGCC ne remplace pas le rôle des agents du Ministère dans la surveillance des documents de responsabilisation et une communication régulière avec les bénéficiaires doit être maintenue. Les agents du Ministère continue de travailler avec les bénéficiaires pour s'assurer de la compréhension des exigences et de la capacité à les rencontrer.

**RECOMMANDATION 3**

**Que Santé Canada exerce une surveillance en fonction du risque sur tous les documents exigés pour la reddition de comptes, afin de s'assurer qu'ils sont exacts et respectent toutes les conditions prévues dans les accords d'exécution.**

**Réponse :**

En se basant sur les lignes directrices de vérification et de présentation de rapports émises en juin 2000, la DGSPNI de Santé Canada se dirige vers l'utilisation d'un guide complet de rapports pour les PSC dans lequel sera inclus les exigences financières et de présentation de rapports pour les programmes. Les exigences de présentation de rapports financiers seront distribuées à l'automne 2002 et les exigences de présentation de rapports pour les programmes seront disponibles au printemps 2003.

Commençant en 2002-2003, la DGSPNI de Santé Canada, dans le cadre de son Plan d'assurance de la qualité, examinera les procédures de présentation de rapports incluant l'examen de la valeur, de l'exactitude et la pertinence de l'information reçue dans ces rapports pour évaluer leur conformité avec les conditions spécifiées dans les accords ainsi que la constance de l'exercice de révision des rapports et le suivi effectué.

**RECOMMANDATION 4**

**Que, lorsqu'il constate dans le cadre de son activité de surveillance que des documents sont incomplets ou inexacts, ou que la prestation des services pose des problèmes, Santé Canada travaille en collaboration étroite avec la communauté des Premières nations ou Inuite concernée afin de corriger rapidement les lacunes.**

**Réponse :**

La DGSPNI de Santé Canada reconnaît que des situations exceptionnelles ou problématiques en vertu des accords de financement de la santé peuvent survenir et pour y répondre, un cadre de politique d'intervention fut développé. La politique fut mise à la disposition des dirigeants du Ministère et un guide d'utilisation pour aider à la mise en oeuvre de la politique est en voie d'être finalisé et sera distribué d'ici l'été 2002.

Lorsqu'il y a une incapacité due à un manque de potentiel, de volonté ou d'engagement pour rectifier une situation problématique, la DGSPNI de Santé Canada corrigera la situation avec le niveau approprié d'intervention requise. La politique d'intervention sert à assurer la protection des programmes de santé et de prestation de services ainsi que la conformité aux principes de reddition de comptes et de transparence, de divulgation et de recouvrement. La DGSPNI de Santé Canada s'engage à consulter les communautés et reconnaît que c'est un des aspects les plus importants dans l'identification de la nature du problème et dans l'obtention du point de vue et de la participation des communautés. La DGSPNI de Santé Canada utilise ce processus de consultation pour déterminer le niveau d'intervention requis et agit conséquemment. Cette politique d'intervention va dans la même direction que celle du ministère des Affaires indiennes et du développement du Nord canadien.

### *Support du développement de la capacité*

Santé Canada, tout comme le Comité, croit que le développement de la capacité est une priorité. À la DGSPNI de Santé Canada, la Division de la responsabilisation et du développement de la capacité fut établie en 2001 au sein de la Direction de la planification et de la gestion des affaires (DGPA). Le développement de la capacité fait partie d'une liste d'activités planifiées dans le Rapport sur les plans et les priorités pour l'exercice financier de 2002-2003 de Santé Canada.

Le gouvernement reconnaît qu'une approche participative contribue au développement de la capacité communautaire. La politique de transfert (1988) ainsi que l'autorité accordée par le Conseil du Trésor pour l'approche intégrée des services de santé en milieu communautaire (1994) permettent aux programmes de santé communautaire de Santé Canada d'engager les Premières nations et des Inuits vers des accords qui permettent différents niveaux de contrôle variant d'accords de contribution généraux en passant par les accords de contribution intégrés jusqu'aux accords de contribution de transfert.

Avant que la DGSPNI de Santé Canada et les communautés des Premières nations et des Inuits participent à un accord de transfert, un processus complet d'une durée de deux ans de planification et de développement de la capacité, incluant l'évaluation de la capacité, est entrepris. Les communautés amorçant la phase de pré-transfert reçoivent du financement pour l'évaluation des besoins de la santé, pour de la formation, pour le développement d'un plan de santé et pour la mise en place d'une structure de gestion de la santé. Pendant cette période intensive de deux ans, les communautés développent leurs propres plans de santé. Le plan et ses composantes sont évalués par les équipes régionales d'analyse qui comprennent des gestionnaires de transfert, de programmes et les services financiers. Le plan est étudié pour son efficacité et sa globalité. La DGSPNI de Santé Canada consulte ensuite avec les pendants régionaux du ministère des Affaires indiennes et du développement du Nord canadien en ce qui a trait aux situations financières avec certaines communautés. Finalement, une décision est prise à savoir si une communauté est prête et si elle a la capacité d'entreprendre le transfert. Dans le cas où la capacité est insuffisante pour un transfert complet et ne peut être développée à l'intérieur de la phase de planification, les communautés se voient offrir l'occasion de participer à un accord moins flexible et avec un contrôle fédéral accru (accords de contribution généraux ou intégrés) qui est proportionnel à leur capacité existante. Lorsque la phase de pré-transfert est complétée avec succès, les communautés se voient offrir un support supplémentaire pour le développement de la capacité pour une période de transition qui sera suivie d'une phase d'implantation et de celle, post-implantation, de présentation de rapports, d'évaluations et d'ajustements.

Actuellement, 47 pour cent des communautés éligibles des Premières nations et des Inuits participent à des accords complets de transferts, 23 pour cent à des accords intégrés. Au cours des 12 dernières années, Santé Canada a fourni 85, 2 millions de dollars pour supporter son approche de la planification, du développement de la capacité et les coûts de démarrage les transferts en milieu communautaire et les accords intégrés.

Les communautés qui administrent ou exécutent des programmes de santé communautaire sur la base de programmes individuels représentent 29 pour cent des communautés des Premières nations et des Inuits. Par ces accords, les communautés gagnent une précieuse expérience dans la gestion d'employés, dans le respect des exigences de reddition de comptes et dans la prestation des programmes. La DGSPNI de Santé Canada travaille étroitement avec les communautés pour surveiller les progrès réalisés et fournir du soutien, au besoin. Les mesures de la responsabilisation récemment mises en place, particulièrement les nouveaux accords types, clarifieront les responsabilités des communautés et supporteront la croissance de la capacité par de la formation. Une nouvelle politique d'intervention permet à la DGSPNI de Santé Canada d'agir lorsque surviennent des problèmes et ce, de façon à minimiser l'interruption de service tout en assurant la capacité d'offrir les services à long terme.

Santé Canada a également d'autres programmes qui favorisent le développement de la capacité des Premières nations et des Inuits à offrir les programmes de santé. Un bon exemple est le Programme des carrières pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé par lequel Santé Canada offre un soutien financier pour encourager la participation autochtone dans l'éducation menant à des carrières professionnelles dans le domaine de la santé. Plusieurs des Programmes de santé communautaire de Santé Canada incluent également de la formation et des composantes éducatives dont le but est de renforcer la capacité des communautés des Premières nations et des Inuits à dispenser les programmes de santé. Prenons l'exemple du Programme de lutte contre les toxicomanies des Premières nations et des Inuits. Ce dernier a développé les meilleures pratiques et protocoles pour les traitements et étend actuellement son programme d'accréditation des soins à l'échelle nationale. Les principales composantes du Programme contre les toxicomanies incluent le Programme national de lutte contre les abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones et le Programme de lutte contre l'abus de solvant.

La capacité de chaque communauté à participer à un accord de transfert de la santé ou un accord intégré de santé est un effet combiné des efforts et initiatives du gouvernement fédéral et des partenaires des Premières nations et des Inuits. Dans le but de rendre ces contributions le plus efficace possible, la Division de la responsabilisation et du développement de la capacité a amorcé un dialogue avec les organisations des Premières nations et des Inuits et mis en place un forum interministériel pour partager l'information, coordonner les efforts de développement de la capacité et développer une approche intégrée.

Le développement de la capacité dans la prestation de services et de l'administration des services de santé des communautés des Premières nations et des Inuits est également supporté directement et indirectement par les initiatives des autres ministères et agences fédérales. Par l'entremise du Programme Échanges Canada par exemple, le gouvernement fédéral appuie le développement des services publics autochtones. Avec la Politique sur la police des Premières nations et l'initiative en matière de justice applicable aux autochtones, les communautés des Premières nations se voient offrir un plus grand rôle dans l'administration de la justice puisqu'ils ont un plus grand contrôle et de plus grandes responsabilités pour les enjeux qui affectent leurs communautés.



**RECOMMANDATION 6**

**Que, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, Santé Canada commence immédiatement à évaluer la capacité des communautés des Premières nations et des Inuits pour ce qui est d'administrer les Programmes de santé communautaire et de respecter les exigences du rapport.**

**Réponse :**

Avant que la DGSPNI de Santé Canada et les communautés des Premières nations et des Inuits ne participent à un accord de transfert, un processus complet de planification et de développement de la capacité, sur une période de deux ans, est entrepris par les communautés. Lors de ces deux années intensives de planification, les communautés développent leurs propres Plans de santé communautaire. Le plan et ses composantes sont évalués par des équipes régionales d'analyse, incluant des gestionnaires de transfert, les gestionnaires des programmes et les services financiers. Le plan est étudié en terme d'efficacité et de globalité. La DGSPNI de Santé Canada consulte ensuite avec le pendant régional du ministère des Affaires indiennes et du développement du Nord canadien en ce qui concerne les situations financières de communautés particulières et finalement une décision est prise à savoir si la communauté est prête ou possède la capacité d'entreprendre un transfert.

La DGSPNI de Santé Canada ne transfère pas de programmes à moins que les communautés des Premières nations et des Inuits aient la capacité d'administrer les programmes de santé communautaire et de se conformer aux exigences de présentation de rapports.

Là où la DGSPNI de Santé Canada reconnaît que la capacité administrative et de prestation de services ne rencontrent pas les exigences pour un accord de transfert, il offre l'occasion de participer à d'autres types d'accords dont le contrôle est proportionnel à leur capacité existante. Ces accords donnent également l'occasion aux bénéficiaires d'accroître leur capacité pour éventuellement prendre plus de responsabilités dans la gestion de leurs services de santé.

**RECOMMANDATION 7**

**Que, par suite à cette évaluation, Santé Canada élabore et mette en oeuvre, en collaboration avec les communautés des Premières nations et des Inuits, une stratégie visant à créer ou à renforcer les capacités d'administration et d'exécution voulues dans les communautés qui sont dépourvues à ce chapitre et fournissent les ressources nécessaires, si besoin est.**

**Réponse :**

En partant des efforts de développement de la capacité lors du processus de transfert, la DGSPNI de Santé Canada a initié une approche plus large de développement de la capacité qui comprend quatre éléments.

La DGSPNI de Santé Canada travaille en collaboration avec les Premières nations pour renforcer la capacité en milieu communautaire à l'aide de sites d'expérimentation où les communautés élaborent leur propre plans de santé. Santé Canada investira environ quatre millions de dollars sur trois ans (environ 1,3 millions de dollars en 2002-2003) pour appuyer cette initiative. Les résultats seront utilisés dans le développement d'une stratégie de renforcement de la capacité à long terme pour toutes les communautés des Premières nations et des Inuits.

Aussi, une nouvelle Division de la responsabilisation et du développement de la capacité fut créée au sein de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, qui s'efforcera de développer une stratégie de la capacité dans le but de bâtir ou de renforcer la capacité administrative et de prestation de services en milieu communautaire d'ici janvier 2003.

Un Comité directeur interne formé d'agents régionaux de la responsabilisation à la DGSPNI de Santé Canada et de représentants de l'administration centrale discuteront de la mise en oeuvre du cadre de la responsabilisation et examineront également les problèmes et les besoins relatifs à la capacité administrative et à la prestation des services.

De plus, la DGSPNI de Santé Canada a également initié un dialogue avec les organisations des Premières nations et des Inuits et d'autres ministères fédéraux sur le développement d'une stratégie intégrée et interministérielle sur le développement de la capacité.

### **RECOMMANDATION 8**

**Que, en attendant l'évaluation des capacités, menée en collaboration avec les communautés des Premières nations et des Inuits, et la mise en oeuvre d'une stratégie à cet égard, Santé Canada ne négocie aucun autre accord de transfert.**

#### **Réponse :**

Santé Canada reconnaît que la capacité des communautés des Premières nations et des Inuits est un élément important de la gestion et l'exécution des programmes de santé. En vertu de la politique de transfert (1988), les communautés des Premières nations et des Inuits éligibles n'entérinent pas automatiquement des accords de transfert. Le processus de transfert est déterminé et entrepris sur la base d'une communauté à la fois. Même une fois le processus de planification complété, une communauté des Premières nations et des Inuits peut ne pas aller de l'avant avec la mise en oeuvre en raison de leur niveau de capacité ou de leur volonté d'assumer les responsabilités liées à l'accord de transfert, avec les ressources disponibles. Une ou l'autre des parties impliquées dans l'accord de transfert a l'occasion de : (1) mettre fin aux négociations si un tel accord n'est pas dans leur meilleur intérêt ; et (2) mettre fin ou ne pas renouveler un accord existant si les conditions ne sont pas respectées.

Si la décision prise est que la communauté n'est pas prête à entreprendre un processus de transfert suite à la période de deux ans de planification, la communauté a le choix de participer à un accord intégré, lors duquel la communauté collabore avec le bureau régional pour augmenter sa capacité et son état de préparation. Le financement de la gestion de la santé est également offert par le biais d'accords intégrés pour le développement de la capacité.

Avant le renouvellement des accords, ces derniers sont examinés annuellement pour la conformité aux exigences de la responsabilisation. Aussi, le plan de santé communautaire mis à jour et le rapport d'évaluation sont étudiés par la DGSPNI de Santé Canada. Ces rapports fournissent de l'information essentielle sur la capacité des bénéficiaires de gérer et d'exécuter les services de santé et forment les assises de la décision du renouvellement.

### **RECOMMANDATION 10**

**Que, lorsqu'il doute de la capacité d'une communauté des Premières nations de fournir les services à court terme, le Ministère révoque le pouvoir délégué afin de protéger la santé des particuliers de la communauté, et ce jusqu'à ce qu'existe une capacité suffisante d'administrer et d'exécuter les programmes et services et d'en faire rapports.**

#### **Réponse :**

L'adoption et la mise en oeuvre d'une politique d'intervention de la SPNI en mars 2002 donne à la DGSPNI de Santé Canada les moyens d'entreprendre les actions nécessaires pour rectifier les situations problématiques. Cette politique fut développée en consultation avec le ministère des Affaires indiennes et du développement du Nord canadien, et est conforme avec la politique de ce dernier. L'intervention sera la suite d'une série d'étapes lorsqu'un déclencheur ou une situation problématique survient. Suite à une rencontre avec le bénéficiaire pour discuter et évaluer la situation, il y aura une évaluation de la capacité et de la volonté du bénéficiaire pour la corriger. Lorsqu'il y a une incapacité causée par un manque de capacité ou de volonté de résoudre une situation problématique, la DGSPNI de Santé Canada agira selon le niveau d'intervention requis pour corriger la situation. L'intervention peut varier d'une aide au bénéficiaire dans le développement d'un plan d'action, par une entente de cogestion jusqu'à la gestion par une tierce partie. Cette politique d'intervention sera ré-examinée dans trois ans.

#### ***Mesure du rendement, atteinte des résultats et gestion de l'information***

Santé Canada est en cours de développement d'une stratégie de mesure du rendement à plusieurs niveaux qui, une fois testée, sera disponible pour toutes les communautés des Premières nations et des Inuits au Canada d'ici 2005. La stratégie repose sur les trois assises suivantes :

1. Établissement de rapports annuels sur les programmes concernant les résultats à court terme
2. Évaluations intérimaires des programmes nationaux (tous les cinq ans)
3. Activités de surveillance de la santé à long terme

La stratégie de mesure du rendement est complexe et doit être pleinement testée avant sa mise en oeuvre dans toutes les communautés des Premières nations et des Inuits. Débutant en 2002, des tests, étendus sur une période de deux ans, de la stratégie de mesure du rendement seront réalisés dans 10 sites d'expérimentation du Plan de santé communautaire au Canada. Il est prévu que la planification de la santé et l'implantation de programme prendra 18 mois. La collecte d'information sur les sites d'expérimentation, l'évaluation et la présentation de rapports sont prévues pour la première moitié de l'an 2005.

### **1. Établissement de rapports annuels sur les programmes**

En utilisant l'approche de la "Balance Scorecard", les rapports annuels rechercheront l'information produite par un ensemble d'indicateurs essentiels reliés à la santé du client, à l'administration du programme, à la formation du personnel, au développement de la capacité ainsi qu'à la gestion financière. Ce processus commence avec la phase de planification de santé communautaire échelonné sur six mois, avec une année de prestation des services de santé suivi par des rapports annuels sur les résultats atteints. Une fois les essais complétés sur les sites d'expérimentation, des modèles de présentation de rapports seront utilisés annuellement pour recueillir de l'information sur les programmes de santé administrés. L'information requise dans ces modèles de présentation de rapports sera conforme avec les objectifs établis lors des soumissions initiales au Conseil du Trésor pour le financement des programmes, avec les exigences retrouvées dans les autres sections du modèle de reddition de comptes comme le *Compendium de programmes du plan de santé communautaire* et le nouvel *Agenda des accords de contribution*.

### **2. Évaluations intérimaires des programmes nationaux**

Selon la nouvelle stratégie de mesure du rendement, les évaluations nationales s'élargiront pour inclure les indicateurs essentiels déterminés dans le modèle de présentation de rapports annuels afin d'offrir des évaluations plus complètes et basées sur le risque des programmes. Conformément aux exigences du Conseil du Trésor, les évaluations nationales des programmes suivront le cycle de vie des programmes. Le nombre et le moment des évaluations individuelles des programmes nationaux dépendront de la date de démarrage des programmes qui seront évalués. Par exemple, les évaluations du programme canadien de nutrition prénatale des Premières nations et des Inuits sur les réserves, du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves et du Programme de lutte contre le VIH/SIDA pour les Premières nations et les Inuits des réserves seront effectuées d'ici le 31 mars 2003. Les résultats d'évaluation seront disponibles d'ici 2004.

Les évaluations passées du programme des Services de santé non assurés et des Programmes de santé communautaire ont démontré une compréhension accrue face aux problèmes de santé et une amélioration dans la prestation de programmes dans les communautés. Alors qu'elles sont utiles en milieu communautaire, les évaluations ne sont pas structurées de façon à permettre à la DGSPNI de Santé Canada d'agrèger les résultats aux niveaux régional et national. Les travaux en cours portent sur la préparation de lignes directrices qui permettront de consolider les

évaluations pour différents besoins en information et à différents niveaux (c'est-à-dire des membres de la communauté au conseil de bande, du conseil de bande à Santé Canada et de Santé Canada au Parlement).

### **3. Surveillance à long terme de la santé**

La surveillance continue des activités implique la cueillette, l'analyse et l'interprétation constante de l'information de la santé de la population. Santé Canada prévoit utiliser trois sources d'information de surveillance.

1. Les données administratives conservées dans les systèmes de gestion de dossiers comme le système d'information de la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI)

Le système d'information de la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI) est un outil informatisé de gestion des dossiers en milieu communautaire développé par la DGSPNI de Santé Canada en partenariat avec les Chefs de l'Ontario. En tant qu'outil de gestion, le SISPNI est en mesure de fournir des données sur la santé de la population pour des sujets comme les taux d'immunisation et de maladies transmissibles, mais il ne peut offrir un portrait complet des résultats de la santé puisqu'il est présentement utilisé uniquement dans les communautés qui le demandent. Le SISPNI ne fournit des données que sur les individus qui reçoivent des soins de la communauté ; il ne contient aucune donnée sur les patients des Premières nations et des Inuits qui reçoivent des soins de santé dans les hôpitaux provinciaux ou territoriaux, de médecins en clinique privée ainsi que des cliniques privées à l'extérieur de la communauté. Ces données sont retenues par les systèmes de santé provinciaux ou territoriaux (c'est-à-dire les taux d'hospitalisation, ou encore les taux de cancer) non accessibles sans un protocole de partage de l'information. La nouvelle législation sur le respect de la vie privée et les problèmes juridiques liés à la juridiction, la propriété de l'information, son accès et le contrôle des renseignements compliquent la structure des accords de partage de renseignements avec les communautés des Premières nations et des Inuits, les provinces et les territoires. La DGSPNI de Santé Canada travaille en collaboration avec les provinces et les territoires ainsi que les Premières nations et les Inuits afin de développer les mécanismes pour partager cette information de la santé.

2. Registres des maladies retenues par les provinces et autres ministères fédéraux

Cette source d'information de la surveillance utilise des bases de données comme le Registre des statistiques vitales et le Registre de la société canadienne du cancer. Ces bases de données recueillent régulièrement l'information à propos des naissances, des décès et des taux de maladies mais la plupart ne sont pas structurées de façon à pouvoir identifier les individus par ethnie. La DGSPNI de Santé Canada a récemment entrepris un processus d'identification des Premières nations dans les bases de données de surveillance. Des protocoles d'entente pour le partage de données sont en négociation et devraient être complétées en 2005.

3. Données provenant d'enquêtes réalisées par les organisations des Premières nations et des Inuits

Même si les registres des maladies et des statistiques vitales fournissent une quantité considérable de données, ils ne donnent aucune information sur les facteurs non médicaux qui influencent la santé. Les sondages permettront d'analyser des facteurs non médicaux comme les effets des comportements à risque, le style de vie, les conditions économiques et les conditions environnementales sur la santé. La DGSPNI de Santé Canada collabore avec Statistiques Canada et l'Organisation nationale sur la santé autochtone pour appuyer l'Enquête longitudinale régionale des Premières nations, qui offrira, dès 2004, de l'information sur la santé concernant les populations sur les réserves comparables aux enquêtes nationales réalisées par Statistiques Canada.

La stratégie de mesure du rendement à divers degrés, telle que décrite plus haut, renforcera la capacité de la DGSPNI de Santé Canada à démontrer la pertinence d'un programme, son succès et sa rentabilité conformément à la politique d'évaluation du gouvernement du Canada. La DGSPNI se fie sur la capacité d'évaluation du Ministère pour produire de l'information fiable, à propos et objective pour appuyer la planification, l'élaboration de priorités et l'établissement des rapports.

Santé Canada travaille avec d'autres ministères fédéraux et les juridictions provinciales et territoriales ainsi qu'avec les institutions autochtones comme l'Organisation nationale sur la santé des Autochtones (ONSA), l'Institut pour la santé des peuples autochtones (ISPA) et le Centre d'enquête pour la santé autochtone afin d'améliorer la disponibilité, l'accès et la qualité de l'information.

**RECOMMANDATION 12**

**Que Santé Canada utilise les données recueillies par le système d'information de la santé des Premières nations et des Inuits afin d'indiquer les résultats obtenus grâce aux Programmes de santé communautaire et au programme des Services de santé non assurés. Cette analyse doit figurer dans le Rapport sur le rendement de Santé Canada exigé pour la période qui prendra fin le 31 mars 2002, et dans les rapports subséquents.**

**Réponse :**

Santé Canada développe une stratégie de mesure du rendement à divers degrés pour les PSC et le programme des SSNA qui s'inspire de plusieurs sources de données incluant la surveillance, les enquêtes et les données administratives. Cette stratégie à divers degrés a pour objectif de rencontrer les exigences de reddition de comptes et de mettre sur pied une base complète de connaissances qui facilitera la planification de la santé, identifiera les problèmes émergents en santé et dépistera les changements dans l'état de la santé. Cette information sera fournie dans l'annexe au Rapport sur le rendement du Ministère débutant en 2003-2004.

Le SISPNI sera une source importante de données pour la stratégie d'évaluation des PSC. Par contre, le SISPNI ne sera pas utilisé pour la stratégie de mesure du rendement des SSNA. Le SSNA donne de l'information sur l'utilisation des médicaments, alors que le SISPNI offre de l'information sur la gestion des dossiers de patients. L'information sur l'utilisation des médicaments sera mieux captée par les enquêtes nationales comme l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations.

### **RECOMMANDATION 13**

**Que Santé Canada applique les exigences spécifiées dans la Politique d'évaluation du gouvernement du Canada à la gestion des Programmes de santé communautaire et des Services de santé non assurés.**

#### **Réponse :**

Santé Canada est à mettre en oeuvre les exigences de la Politique d'évaluation du gouvernement du Canada de 2001. Le sous-ministre a identifié un haut gestionnaire à l'évaluation pour travailler avec les gestionnaires de la Direction générale. La DGSPNI travaillera avec ce gestionnaire du Ministère afin d'assurer que de l'information fiable, à propos et objective est disponible pour appuyer la prise de décision ainsi que l'apprentissage et l'amélioration continue. À ces fins, la DGSPNI a mis en place un nouveau Comité de vérification, d'évaluation et d'examen qui supportera la mise en oeuvre des plans d'évaluation de la Direction générale et assurera un suivi, un contrôle de la qualité et que les mesures correctives sont prises. Le Comité conseille le sous-ministre adjoint de la DGSPNI sur tous les problèmes de vérification, d'évaluation et d'examen. Le sous-ministre adjoint représente la Direction générale au Comité ministériel de vérification et d'évaluation de Santé Canada.

### **RECOMMANDATION 14**

**Que Santé Canada, en consultation avec les Premières nations et les communautés inuites, élabore et mette en oeuvre un plan d'évaluation officiel pour les Programmes de santé communautaire, y compris l'initiative de transfert, et le programme des Services de santé non assurés.**

#### **Réponse :**

Un plan complet d'évaluation pluriannuelle pour la SSNA sera développé dans le contexte du travail requis pour renouveler les autorités du Conseil du Trésor qui doit être complété d'ici avril 2005. Ce plan sera développé en consultation avec les Premières nations et les Inuits.

Tous les Programmes de santé communautaire amorcés après 1997 ont des cadres d'évaluation. Les plans d'évaluation sont actuellement en cours de mise en oeuvre pour le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones et le Programme canadien de nutrition prénatale. Les évaluations du Programme canadien de nutrition prénatale, du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves et de la Stratégie canadienne sur le VIH/SIDA pour les Premières

nations sur réserves seront entreprises d'ici le 31 mars 2003. Les résultats d'évaluation seront disponibles d'ici 2004.

Santé Canada a récemment développé un cadre d'évaluation pour le programme des SSNA et a fait faire des évaluations externes pour les secteurs suivants des SSNA : médicaments, soins dentaires et composantes des projets-pilotes.

Le Comité de vérification, d'évaluation et d'examen de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits supervisera ces activités d'évaluation.

### ***Mesures de contrôle et de prévention des Services de santé non assurés***

Le programme des SSNA offre aux indiens inscrits et aux Inuits reconnus une variété de biens et services nécessaires reliés à la santé qui ne sont pas offerts à l'intérieur des couvertures d'assurance privée, provinciale ou territoriale en matière de santé. Les prestations incluent les médicaments, le transport médical, les soins dentaires, les fournitures et l'équipement médical, les services de consultation en santé mentale en situation de crise, les soins de la vue et les primes d'assurance de certaines provinces.

Le programme des SSNA tient son autorité de l'approbation du Cabinet de la Politique de 1979 sur la santé des Indiens, le mandat renouvelé des SSNA de 1997 ainsi que du pouvoir fédéral de dépenser implicitement reconnu dans l'allocation annuelle de financement faisant suite à la *Loi sur les appropriations*.

En 1997, les SSNA ont introduit des examens rétrospectifs de l'utilisation des médicaments pour identifier le mauvais usage de médicaments d'ordonnance spécifiques par certains individus. En consultation avec le ministère de la Justice débutant en 1999, il fut déterminé que, en l'absence d'une autorité législative spécifique ou du consentement des bénéficiaires, le programme des SSNA devait réduire ses examens de l'utilisation des prestations. Conséquemment, le programme fut dans l'impossibilité de partager des renseignements spécifiques et identifiables, de cibler des prestations et de développer des programmes de gestion des maladies.

Deux options furent identifiées pour redresser la situation. La première est d'introduire une législation et d'établir une autorité statutaire claire pour l'usage et la divulgation des renseignements personnels du programme des SSNA. Cependant, il n'était pas clair qu'une législation aurait écarté le besoin d'obtenir le consentement des clients. De plus, l'approche législative aurait été perçue par les Premières Nations et les Inuits comme un moyen de contourner une opportunité d'informer les clients des SSNA au sujet de la façon dont leur information personnelle serait utilisée. De plus, le temps requis pour la mise en place d'une telle législation serait considérable.



Une deuxième option était de développer un processus pour obtenir le consentement des clients éligibles aux SSNA pour la cueillette, l'usage, la divulgation et la protection de renseignements personnels. L'option du consentement du client présente plusieurs avantages. Elle appuie la transparence et la responsabilisation du programme et impliquait davantage les clients dans la responsabilité des provisions de leurs prestations. Le consentement permettra au programme des SSNA de partager les renseignements, lorsque justifié, avec le personnel de la santé habilités, les fournisseurs et leurs institutions régulatrices et disciplinaires respectives dans le support de thérapies efficaces et de mieux définir les prestations. Le consentement permettra également au programme d'introduire de nouveau les activités d'Examen d'utilisation des médicaments pour réduire l'abus ou le mauvais usage des prestations en permettant un partage de l'information par le biais d'interactions entre les fournisseurs et les clients.

Au printemps 2001, pour s'assurer du succès de l'option du consentement, un Sous-comité consultatif conjoint fut mis en place avec l'implication de l'Assemblée des Premières nations (APN), l'Inuit Tapiriiksat Kanatami (ITK) ainsi que le personnel de la DGSPNI. Un comité consultatif fut également mis sur pied avec l'Association pharmaceutique canadienne (APC). (Plus de 65 pour cent de tous les clients éligibles reçoivent au moins une prestation pharmaceutique lors de leur participation au programme des SSNA). Le comité conseille le programme sur le développement du matériel de consentement et les opérations.

Le matériel de communication approuvé par le Sous-comité conjoint de l'APN / ITK / DGSPNI sur le consentement fut expérimenté dans 14 sites de différents secteurs du pays, du 11 décembre 2001 au 31 mars 2002. Les évaluations des initiatives d'expérimentation seront complétées en mai 2002 et les résultats seront utilisés lors de l'implantation de l'initiative du consentement en juillet 2002.

Une trousse complète d'information fut développée et cible 34 groupes d'intervenants à partir des clients jusqu'aux fournisseurs. De même, l'information décrivant l'initiative de consentement sera disponible aux membres du Parlement. Les éléments principaux de la trousse sont une brochure avec un formulaire de consentement détachable dont le port est prépayé, un livret expliquant le programme des SSNA, des annonces de services publics pour la télévision et la radio ainsi que des publicités dans les journaux, bulletins et autres périodiques desservant les Premières nations, les Inuits et les communautés qui fournissent les services.

Il est prévu que l'initiative du consentement sera complétée en avril 2003. À ce moment, le programme des SSNA remettra en place le protocole complet d'Examen d'utilisation des médicaments (EUM). Ce dernier inclura à la fois les EUM en temps réel et rétrospectif qui étaient auparavant en place dans le système. Le protocole d'EUM implique le partage de renseignements entre les professionnels de la santé habilités, les fournisseurs et leurs institutions régulatrices et disciplinaires.

**RECOMMANDATION 17**

**Que Santé Canada améliore immédiatement son système de traitement aux points de service pour les pharmacies qui participent au programme des Services de santé non assurés afin que ce système indique les dates, les quantités et les noms des médicaments prescrits en ce qui concerne à tout le moins les trois dernières ordonnances d'un client, ainsi que les coordonnées des médecins visités.**

**Réponse :**

Le système au Point de vente (PDV) ou la Norme des communications électroniques pour les produits pharmaceutiques (NCEP), troisième version, est la norme actuelle de l'industrie. Cette norme fut développée avec l'Association pharmaceutique canadienne (APC) en consultation avec tous les intervenants de l'industrie. À ce jour, plus de 90 pour cent des fournisseurs du programme des SSNA utilisent ce système.

Un groupe consultatif technique représentant l'APC et un vaste éventail d'utilisateurs, incluant la DGSPNI de Santé Canada, fut mis en charge de développer une mise à jour de la Version 3. La capacité à communiquer entre les pharmaciens, tous les autres professionnels de la santé et les installations furent identifiées comme un point majeur pour tous les intervenants dans la prochaine version du système.

La Version 4 de la NCEP est toujours en phase de développement. Une fois mises en place, les normes de meilleure qualité simplifieront l'administration des réclamations, permettront une coordination plus efficace des prestations, amélioreront l'accès aux archives médicales des patients incluant les données d'Examen d'utilisation des médicaments ou offriront une communication interactive avec les autres professionnels de la santé. La sortie de la Version 4 résultera en une augmentation des coûts pour les fournisseurs afin qu'ils s'assurent que les capacités du système sont bien en place pour traiter les réclamations selon les nouvelles normes. Certains fournisseurs choisiront peut-être de garder les normes actuelles.

**RECOMMANDATION 18**

**Que Santé Canada analyse régulièrement les cas où les messages d'avertissement produits par le système de traitement aux points de service n'ont pas été pris en compte afin de déterminer si ces messages sont efficaces, si les ordonnances rejetées par certains pharmaciens ont été remplies par d'autres, et comment et pourquoi des clients en possession d'un très grand nombre d'ordonnances réussissent à déjouer le système.**

**Réponse :**

Le programme des SSNA analyse régulièrement les dérogations aux avertissements auprès du fournisseur et les maintiendra. Le SSNA a mis en place un programme complet de vérification des fournisseurs, incluant une composante de vérification sur place.

En l'an 2000, plus de 7,6 millions de réclamations ont été traitées par le programme des SSNA. De ce total, environ 280 000 réclamations (4 pour cent) ont été rejetées. De ces réclamations, environ 98 000 (1,3 pour cent) ont été dérogées et payées. L'explication pour les dérogations aux

messages de rejet utilisée le plus fréquemment (42 pour cent) par les pharmaciens qui utilisent leur jugement professionnel était que le médecin avait été consulté et que l'ordonnance fut délivrée telle que rédigée.

Un rapport trimestriel est produit par région et à l'échelle nationale sur le nombre d'examen d'utilisation des médicaments (EUM) des réclamations soumise, acceptées et rejetées. En plus du nombre de réclamations rejetées, le rapport donne des détails sur le type de rejet et le nombre de réclamations qui ont été dérogées et payées incluant la raison de la dérogation à la réclamation. Un deuxième rapport fournit de l'information sur les fournisseurs les plus importants pour chaque région, par le nombre de réclamations qui ont été dérogées et payées incluant la raison pour la dérogation à la réclamation.

Le programme des SSNA analyse ces deux rapports et d'autres informations pour déterminer quels fournisseurs devraient être vérifiés. Le programme des SSNA analyse cette information et charge la FCH de contacter les fournisseurs qui dérogent constamment aux réclamations rejetées par le EUM afin d'examiner les dérogations et déterminer les activités de suivi appropriées. Le programme des SSNA a mis en place un programme complet de vérification des fournisseurs avec une composante de vérification sur place. Lors de cette visite sur place, un des secteurs d'investigation pour le vérificateur est l'utilisation et la documentation par le pharmacien des codes de dérogation. Les recouvrements sont identifiés pour toutes les réclamations dont le pharmacien n'a pas adéquatement documenté sa raison pour la dérogation au rejet des réclamations.

### **RECOMMANDATION 20**

**Que Santé Canada effectue une analyse centralisée de l'utilisation des médicaments, semblable à ce qui se fait dans certaines provinces, afin de repérer les utilisations abusives et multiples en temps réel.**

#### **Réponse :**

Afin d'effectuer une analyse centralisée de l'utilisation des médicaments semblable aux programmes provinciaux, il est nécessaire de partager des renseignements spécifiques avec les pharmaciens et les médecins. Le programme des SSNA est incapable de partager cette information jusqu'à ce que le bénéficiaire ait donné son consentement (voir la réponse à la Recommandation 21 pour plus de détails).

L'initiative de consentement du bénéficiaire est en cours. Une fois le consentement du bénéficiaire obtenu, Santé Canada rétablira le protocole complet d'examen de l'utilisation des médicaments (EUM). Ceci inclura les EUR en temps réel et rétrospectifs qui étaient en place dans le passé. Le protocole des EUM signifie le partage des renseignements avec les professionnels de la santé qui sont habilités, les fournisseurs et les institutions régulatrices et disciplinaires.

De plus, les SSNA supportent les activités promouvant l'utilisation adéquate des médicaments d'ordonnance, en travaillant en collaboration avec les professionnels de la santé qui sont habilités

ainsi que les associations de fournisseurs et les collèges, les gouvernements provinciaux et territoriaux aux niveau régional et national. Ces activités consistent à informer les professionnels de la santé habilités, les fournisseurs et autres intervenants des préoccupations concernant l'utilisation des médicaments.

### **RECOMMANDATION 21**

**Que la Direction générale de la SPNI de Santé Canada élabore une politique pour guider sa démarche dans les cas où il serait incapable d'obtenir le consentement des bénéficiaires des Services de santé non assurés quant au partage de l'information sur l'utilisation des produits pharmaceutiques avec les professionnels de la santé, et qu'il fasse connaître cette politique avant la mise en oeuvre d'un régime axé sur le consentement des clients dans le cadre du programme des Services de santé non assurés.**

#### **Réponse :**

La DGSPNI de Santé Canada a une politique pour le consentement du client. En 2002-2003, le programme des SSNA réalisera une campagne nationale pour obtenir le consentement général. Cette campagne définira l'objectif du consentement, les options dans le consentement et comment l'information sera utilisée, recueillie et divulguée.

Si le bénéficiaire ne signe pas le formulaire de consentement général englobant toutes les formes de prestations en rapport avec la campagne de consentement (2002-2003), le bénéficiaire peut compléter un formulaire de remboursement du programme des SSNA pour le traitement d'une seule réclamation ou plusieurs transactions. Le formulaire donne l'autorisation au programme des SSNA d'examiner les renseignements personnels d'ordre médical de l'utilisateur. Les reçus originaux et autres documents de support doivent être joints au formulaire de remboursement.

Dans tous les cas, le programme révisera les documents soumis, fera la mise à jour de l'historique du client et remboursera le client si la demande rencontre les politiques et les bénéfices des SSNA. Le processus de remboursement permettra au programme d'utiliser l'information au sujet des réclamations à des fins de gestion et de partage avec les professionnels de la santé lorsque justifié.

Sans un consentement, la *First Canadian Health*, le traiteur des réclamations pour le programme des SSNA, sera incapable de recevoir les réclamations à des fins de traitement et de remboursement.

**RECOMMANDATION 22**

**Que Santé Canada examine l'option de l'adoption d'une loi habilitant aux fins du programme des Services de santé non assurés, laquelle permettrait entre autres le partage des renseignements entre professionnels de la santé sur les habitudes de consommation de médicaments d'ordonnance, et fasse rapport au Comité sur les conclusions de cet examen d'ici le 31 mars 2002.**

**Réponse :**

L'élaboration d'une loi fut attentivement étudiée comme un mécanisme pour faire face aux exigences légales du consentement. Cependant, il n'était pas clair qu'une législation aurait écarté le besoin d'obtenir le consentement des clients. De plus, l'approche législative aurait été perçue par les Premières Nations et les Inuits comme un moyen de contourner une opportunité d'informer les clients des SSNA au sujet de la façon dont leur information personnelle serait utilisée. De plus, le temps requis pour la mise en place d'une telle législation serait considérable.

**RECOMMANDATION 25**

**Que Santé Canada explore des moyens de faciliter le partage de l'information entre les pharmaciens et les médecins qui fournissent des services dans le cadre du programme des Services de santé non assurés, et qu'il fasse part au Comité de ses conclusions d'ici au 31 mars 2002.**

**Réponse :**

Le programme des SSNA n'est pas en mesure de partager les renseignements spécifiques des clients avec les pharmaciens et les médecins tant que le bénéficiaire n'a pas donné son consentement. Suite à la campagne de consentement, toutes les activités de l'EUM seront reprises en 2003-2004, ce qui facilitera le partage de l'information entre les pharmaciens et les médecins. Santé Canada fera rapports sur les activités de l'EUM dans l'annexe électronique de 2003-2004 au Rapport sur le rendement du Ministère.

Pendant ce temps, le programme des SSNA poursuit son travail avec les associations de professionnels de la santé qui sont habilités et les fournisseurs ainsi que les collègues, les gouvernements provinciaux et territoriaux aux niveaux régional et national dans les activités de soutien à l'usage approprié des médicaments d'ordonnance. Ces activités informent les professionnels de la santé habilités, les fournisseurs et autres intervenants des préoccupations liées à l'utilisation des médicaments.

**RECOMMANDATION 26**

**Que Santé Canada demande au gouvernement de modifier la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, si nécessaire, pour qu'il soit établi clairement que les fournisseurs de soins peuvent partager les renseignements d'ordre médical concernant les particuliers avec leur homologues.**

**Réponse :**

Le gouvernement n'a pas l'intention, à ce moment, d'amender la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, en ce qui a trait au partage de renseignements personnels d'ordre médical. Le partage de l'information implique le recouvrement, l'analyse et la divulgation possible de données spécifiques à l'utilisation des services des clients. Ces données contiennent de l'information de nature très personnelle et sensible au sujet des bénéficiaires, des professionnels de la santé qui sont habilités ainsi que des fournisseurs.

Les renseignements personnels sous le contrôle du gouvernement sont assujettis au droit à la vie privée. Ce droit à la vie privée est protégé par la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Cette loi décrit la façon dont le gouvernement fédéral peut utiliser et divulguer les renseignements personnels. Le droit à la vie privée est une liberté fondamentale garantie en vertu de la *Charte des droits et libertés*. La section 8 de la *Charte* protège contre l'intrusion, de ce qui est considéré comme raisonnable, du droit d'un individu à la vie privée. La section 8 s'applique à toutes les activités du gouvernement peu importe s'il exerce un pouvoir civil ou criminel. Une modification à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* ne changera rien au droit des bénéficiaires à la vie privée.

La *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) influencent également le programme des SSNA puisqu'il s'étend à la cueillette, l'utilisation ou la divulgation de renseignements personnels dans le cours de toute activité commerciale, incluant les activités des pharmaciens. Pour le programme des SSNA, cette activité commerciale implique la transmission de renseignements personnels au programme dans le but de rendre une décision, de faire un paiement suite à une réclamation et pour la gestion de programmes. Alors qu'il y a des considérations pour la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, il y a aussi des implications et contraintes liées à la LPRPDE concernant le partage de l'information avec le programme des SSNA.

***La présentation de rapports au Parlement sur les progrès réalisés***

Santé Canada reconnaît l'importance d'informer régulièrement le Parlement sur les progrès réalisés au sujet des préoccupations soulevées dans les Rapports du vérificateur général et du Comité permanent des comptes publics. Comme principe de base, le Ministère appuie fortement l'utilisation des Rapports sur les plans et sur les priorités et des Rapports sur le rendement du Ministère comme documents de planification et de présentation de rapports, outils de gestion pour les ministères et pour permettre une plus grande transparence au sein du gouvernement.

Par conséquent, Santé Canada fournira un aperçu général des progrès dans son Rapport annuel sur le rendement. De plus, le Ministère inclura une annexe à son Rapport sur le rendement, commençant avec l'année financière 2001-2002, sur les progrès réalisés au sujet des recommandations du vérificateur général et du Comité permanent. L'annexe sera disponible par Internet et liée électroniquement aux Rapports annuels du Ministère. Le besoin constant de ces rapports additionnels sera révisé avec le vérificateur général et ce, après trois ans.

Le moment de la parution du rapport du Comité permanent des comptes publics n'a pas permis à la DGSPNI de Santé Canada de répondre à toutes les recommandations faisant référence à l'établissement de rapports dans son Rapport sur les plans et les priorités de l'exercice financier de 2002-2003. Cependant, quelques éléments furent inclus, par exemple l'identification des évaluations des programmes de santé communautaire planifiées pour l'exercice financier de 2002-2003.

### **RECOMMANDATION 1**

**Que Santé Canada informe le Parlement des progrès accomplis dans la mise en oeuvre des recommandations contenues dans le chapitre 13 du Rapport de 1997 et dans le chapitre 15 du Rapport de 2000 du vérificateur général du Canada, ainsi que dans le 5<sup>e</sup> Rapport du Comité (36<sup>e</sup> législature, 1<sup>re</sup> session) et dans le présent rapport. Ces renseignements doivent faire le point sur la mise en oeuvre de chaque recommandation et figurer dans le Rapport sur le rendement de Santé Canada exigé pour la période qui prendra fin le 31 mars 2002, et dans les rapports sur le rendement présentés chaque année par la suite.**

#### **Réponse :**

Des rapports précis et accessibles offrent aux Canadiennes et Canadiens, aux membres du Parlement, aux communautés des Premières nations et des Inuits et autres intervenants l'occasion non seulement de développer une entente commune sur les activités des ministères et des directions générales mais servent également de point de mire aux discussions concernant les enjeux importants. Des rapports efficaces permettent également aux intervenants de faire entendre leur point de vue et préoccupations en ce qui concerne la réalisation des programmes et activités.

Santé Canada reconnaît que des rapports spécifiques sur la santé des Premières nations et des Inuits nécessitent de l'amélioration. Santé Canada reconnaît que même s'il y a eu des progrès, d'autres améliorations sur la présentation de rapports doivent être mis de l'avant.

Afin d'atteindre la consistance dans les rapports, le Parlement, par l'entremise du Conseil du Trésor, a publié les lignes directrices pour le Rapport sur les plans et priorités ainsi que le Rapport sur le rendement du Ministère qui s'appliquent à tous les ministères. Respectant ces lignes directrices, Santé Canada fournira un aperçu général de sa Réponse au Comité des comptes publics à l'intérieur du texte principal des rapports du Ministère. Santé Canada inclura une annexe à son Rapport sur le rendement portant sur les progrès réalisés au sujet des recommandations du vérificateur général et du Comité permanent des comptes publics. Quoique la première annexe sera préparée pour l'exercice 2001-2002, un rapport complet ne sera préparé

que pour l'exercice 2002-2003. Ces rapports seront disponibles sur Internet et seront liés électroniquement aux Rapports annuels du Ministère. Des copies papier seront disponibles sur demande. Le besoin constant pour ces rapports spéciaux sera ré-évalué dans trois ans par le vérificateur général, une fois réalisée sa prochaine vérification sur les programmes de santé des Premières nations et des Inuits.

Cette réponse s'applique également aux exigences de faire des rapports telles qu'identifiées aux recommandations 5, 9, 11, 15, 16, 19, 23 et 24.

### **RECOMMANDATION 5**

**Que Santé Canada fasse figurer, dans son Rapport sur le rendement pour la période qui prendra fin le 31 mars 2002 et dans les rapports subséquents, un examen du cadre de la responsabilisation pour les programmes de santé communautaire, y compris un état de la situation concernant les rapports qui précisent s'ils sont remis à temps et s'ils sont complets et exacts. L'examen devrait également décrire les mesures prises par le Ministère pour rectifier les lacunes en ce qui concerne les rapports et la prestation des services.**

#### **Réponse :**

Dans son annexe au Rapport sur le rendement, Santé Canada fournira de l'information concernant le statut de la mise en oeuvre du cadre de responsabilisation pour les programmes de santé communautaire. Cette annexe abordera le statut des critères de rapport et les échéanciers, l'intégralité et l'exactitude. Les actions prises par Santé Canada pour corriger les lacunes au fur et à mesure que le cadre de responsabilisation est implanté en 2002-2003 seront rapportées dans l'annexe électronique du Rapport de rendement du Ministère de 2002-2003.

### **RECOMMANDATION 9**

**Que, dans son rapport sur les plans et les priorités pour l'exercice financier 2002-2003, Santé Canada commence à préciser les ressources humaines, financières et technologiques qu'il consacrera au renforcement des capacités des Premières nations et des Inuits, tant au sein du Ministère que dans les communautés.**

#### **Réponse :**

Santé Canada fera rapport, dans l'annexe de son Rapport sur le rendement, sur les ressources allouées aux efforts de renforcement des capacités pour les communautés des Premières nations et des Inuits.

Lors du Rapport sur les plans et les priorités de 2002-2003, le Ministère a identifié les activités planifiées suivantes : "D'ici 2004, augmenter la capacité de perfectionnement des partenaires des Premières nations et des Inuits en mettant l'accent sur la production de rapports et les contrôles financiers, sur la gestion du rendement ainsi que sur la gestion des plaintes et des allégations." (Page 64). De plus, la DGSPNI a créé en juin 2001, une nouvelle direction (La Direction de la planification et de la gestion des affaires) qui comprend le mandat de développer la capacité interne et externe et d'améliorer la présentation de rapports.



(Note : l'information sur le développement de la capacité est incluse dans la réponse aux recommandations 6, 7 et 8).

### **RECOMMANDATION 11**

**Que Santé Canada fasse état des résultats de ses efforts de renforcement des capacités dans le Rapport sur le rendement exigé pour la période qui prendra fin le 31 mars 2002, et dans les rapports subséquents.**

#### **Réponse :**

Santé Canada est d'accord qu'une évaluation des résultats des efforts de renforcement des capacités serait précieuse. Santé Canada réalisera un examen de ses activités de développement de capacité. Cet examen sera entrepris afin de déterminer comment les services et le support offerts par Santé Canada contribuent à l'amélioration de la capacité des Premières nations.

Les résultats de l'examen du renforcement des capacités seront inclus dans l'annexe au Rapport sur le rendement du Ministère couvrant l'année financière 2002-2003.

### **RECOMMANDATION 15**

**Que Santé Canada fasse figurer les plans d'évaluation des programmes de santé communautaire et du programme des Services de santé non assurés dans son Rapport sur les plans et les priorités de l'exercice 2002-2003 et dans les rapports subséquents.**

#### **Réponse :**

Santé Canada a identifié trois évaluations prévues pour les Programmes de santé communautaire dans son Rapport sur les plans et les priorités pour l'exercice financier 2002-2003 (décrites aux pages 63 et 64).

Aucune évaluation n'était prévue pour le programme des SSNA pour l'exercice financier 2002-2003. En 2001-2002, trois évaluations externes furent menées pour les secteurs suivants : médicaments, soins dentaires et projet-pilote.

Un plan d'évaluation complet pluriannuel pour la SSNA sera développé dans le contexte du travail requis pour renouveler les autorités au Conseil du Trésor qui doit être complété d'ici avril 2005. Cette information sera incluse dans le Rapport sur les plans et les priorités de 2003-2004.

### **RECOMMANDATION 16**

**Que Santé Canada énumère tous les rapports d'évaluation terminés sur les programmes de santé communautaire et le programme des Services de santé non assurés dans son rapport sur le rendement pour la période qui prendra fin le 31 mars 2002, et dans les rapports subséquents.**

#### **Réponse:**

Santé Canada fera une liste de tous les rapports d'évaluation complétés pour les programmes de santé dans son rapport annuel sur le rendement en débutant avec le Rapport de la période se terminant le 31 mars 2002.

**RECOMMANDATION 19**

**Que Santé Canada fasse état de son analyse des cas où les pharmacies n'ont pas tenu compte des messages d'avertissement, et anticipe les mesures prises par suite de cette analyse, dans son rapport sur le rendement pour la période qui prendra fin le 31 mars 2002, et dans les rapports subséquents.**

**Réponse:**

Santé Canada accepte de faire des rapports sur l'analyse des cas où les pharmaciens ne tiennent pas compte des messages d'avertissement et de l'action entreprise dans l'annexe annuelle au rapport sur le rendement du ministère, pour la période se terminant le 31 mars 2002. Les dérogations des pharmaciens sont discutées exhaustivement dans la réponse à la Recommandation 18.

**RECOMMANDATION 23**

**Que Santé Canada fasse figurer, dans son Rapport sur les plans et les priorités pour 2002-2003, une description détaillée du projet qu'il met à l'essai avec le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan afin de faciliter le partage d'information entre les pharmacies et le Collège dans le cadre du programme des Services de santé non assurés. Cette description devrait comprendre les éléments suivants : un examen de la nature des renseignements partagés ; un calendrier pour la mise en oeuvre du projet ; ainsi que les ressources humaines, financières et technologiques consacrées par le Ministère à ce sujet.**

**Réponse:**

L'information requise apparaîtra dans l'annexe au rapport sur le rendement du Ministère pour la période se terminant le 31 mars 2002 et dans ses rapports subséquents.

Étant donné que Santé Canada a complété ces étapes durant l'exercice 2001-2002, cette information ne pouvait pas être incluse dans le rapport sur les plans et les priorités de 2002-2003 (s'il vous plaît, référez-vous à la recommandation 24 ci-bas).

**RECOMMANDATION 24**

**Que Santé Canada fasse état de l'état d'avancement du projet mis à l'essai avec le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan, y compris les résultats obtenus, dans son rapport sur le rendement pour la période qui prendra fin le 31 mars 2002.**

**Réponse:**

Santé Canada inclura, dans son annexe au rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2002, les progrès réalisés sur le projet à l'essai avec le Collège des médecins et des chirurgiens de la Saskatchewan y compris les résultats obtenus.