

Chapitre 15

Santé Canada

La santé des Premières nations :
suivi

Table des matières

	Page
Points saillants	15-5
Introduction	15-7
La prestation des services de santé aux Premières nations pose encore un grand défi	15-7
Engagement du Ministère à s'améliorer	15-9
Objet du suivi	15-10
Observations et recommandations	15-10
Santé Canada n'a pas fait suffisamment de progrès pour combler les lacunes	15-10
Programmes de santé communautaire exécutés en vertu d'accords de contribution distincts	15-11
Il faut déployer des efforts continus et soutenus pour mettre pleinement en oeuvre nos recommandations	15-11
La gestion des accords de contribution est encore faible	15-13
Transfert de la responsabilité des programmes de santé aux collectivités	15-14
Il faut améliorer la gestion de l'initiative de transfert	15-14
Le Ministère a sous-estimé le soutien dont les Premières nations avaient besoin	15-17
Services de santé non assurés	15-17
D'importantes préoccupations subsistent au sujet de la gestion des services de santé non assurés	15-17
Le système de traitement aux points de service pour les médicaments prescrits est maintenant entièrement opérationnel	15-18
Surveillance insuffisante des messages d'avertissement concernant la consommation de médicaments	15-18
Le succès rapide du protocole d'intervention directe sur la consommation de médicaments a été de courte durée	15-21
Travaux en cours pour s'attaquer aux problèmes de polytoxicomanie	15-22
Santé Canada a tardé à élaborer une stratégie appropriée de vérification des fournisseurs	15-23
On n'a effectué qu'un petit nombre des vérifications sur place exigées pour les fournisseurs	15-24
Autres problèmes liés au contrat de traitement des demandes de remboursement	15-25
La méthode fondée sur les besoins des prestations dentaires a donné lieu à des économies substantielles	15-26
On a réalisé peu de progrès afin d'améliorer l'efficacité du transport pour des raisons de santé	15-26
La plupart des projets pilotes de transfert des services de santé non assurés n'ont pas été évalués	15-27
Nouvelles initiatives	15-28
Il faut porter attention à la surveillance des nouvelles initiatives	15-28
Conclusion	15-30
À propos du suivi	15-32

	Page
Pièces	
15.1 Indicateurs choisis de l'état de santé des Premières nations	15-7
15.2 Dépenses liées aux services de santé offerts aux Premières nations, 1995-1996 et 1998-1999	15-8
15.3 Dépenses liées aux services de santé non assurés, 1995-1996 et 1998-1999	15-10
15.4 Évaluation des accords de contribution	15-12
15.5 Analyse de l'accès des clients des services de santé non assurés aux médicaments prescrits	15-20
15.6 Initiatives de Santé Canada depuis la vérification de 1997	15-29
Annexe	
Santé des Premières nations – suivi : évaluation globale des progrès réalisés	15-33



Santé Canada

La santé des Premières nations : suivi

Points saillants

15.1 Santé Canada a pris des mesures afin de donner suite à nos observations et à nos recommandations sur la santé des Premières nations (Rapport de 1997, chapitre 13). Nous craignons toutefois que le Ministère n'ait pas encore fait suffisamment de progrès pour régler nombre des problèmes cernés. Il faut déployer des efforts continus et soutenus pour assurer la mise en oeuvre complète de toutes les recommandations.

15.2 Nous avons constaté :

- que le système de traitement aux points de service, un mécanisme clé pour l'administration des prestations pharmaceutiques et le contrôle de l'utilisation des médicaments prescrits, est maintenant entièrement opérationnel. Ce système génère des messages d'avertissement concernant la consommation de médicaments pour aider les pharmaciens à décider s'il y a lieu de délivrer les ordonnances. Ainsi, un certain nombre d'ordonnances n'ont pas été remplies;
- qu'un processus de prédétermination des soins dentaires, mis en oeuvre à l'échelle nationale en 1997, a permis de réaliser des économies substantielles.

15.3 Cependant, nous avons observé :

- que la gestion des accords de contribution pour l'exécution des programmes de santé communautaire est encore faible;
- qu'il faut encore améliorer la gestion des ententes de transfert;
- que Santé Canada n'a pas suffisamment surveillé les cas où les pharmaciens n'ont pas tenu compte des messages d'avertissement concernant la consommation de médicaments, ni entrepris une analyse appropriée de l'efficacité des messages pour déterminer s'il y a lieu d'apporter des changements.

Contexte et autres observations

15.4 Santé Canada offre des services de santé et d'autres services connexes à plus de 600 collectivités des Premières nations, principalement par l'entremise de programmes de santé communautaire (y compris ceux dont la responsabilité a été transférée aux collectivités) et du Programme des services de santé non assurés, qui rembourse des prestations comme les médicaments prescrits, les soins dentaires, le transport pour des raisons de santé et d'autres prestations. Ensemble, ces services représentaient des dépenses d'un peu plus d'un milliard de dollars en 1998–1999.

15.5 Notre vérification de 1997 nous a permis de constater que les dépenses liées au Programme des services de santé non assurés n'étaient pas bien gérées et, dans la plupart des cas, n'étaient pas bien contrôlées. Plus précisément, d'importantes lacunes dans la gestion des prestations pharmaceutiques permettaient aux clients de se procurer des quantités extrêmement importantes de médicaments prescrits. Nous avons pris connaissance de nombreux rapports faisant état de toxicomanie due aux médicaments prescrits et de décès liés à ceux-ci parmi les membres des Premières nations dans plusieurs provinces. Nous avons également relevé des lacunes dans la gestion des accords de contribution prévus pour l'exécution des programmes de santé communautaire ainsi que dans la gestion des ententes de transfert.

15.6 Notre suivi a révélé que le Ministère avait fait peu de progrès pour s'assurer que les rapports exigés en vertu des accords de contribution distincts sont fournis. Nous avons aussi constaté que les rapports sur le

rendement du Ministère contiennent peu d'information sur la situation des programmes de santé communautaire, y compris les résultats obtenus.

15.7 Quant aux ententes de transfert, nous avons constaté que les plans de santé communautaire ne sont toujours pas mis à jour lors du renouvellement des ententes et que les exigences en matière de vérifications, de rapports annuels et d'évaluations sont rarement respectées.

15.8 Le Ministère a élaboré et mis en oeuvre un protocole de suivi auprès des clients, des médecins, des pharmaciens et des organismes professionnels pour les cas laissant supposer l'éventualité d'un usage à mauvais escient de médicaments prescrits. Cette mesure a eu un effet positif; dans certaines régions, le nombre de personnes se procurant de grandes quantités de médicaments prescrits a commencé à décliner. Cependant, puisque la direction doutait du caractère approprié de l'approche en l'absence du consentement du client ou d'une autorisation législative explicite pour le Programme des services de santé non assurés, on a mis fin à cette mesure en mai 1999. Il y a encore des clients du Programme qui se procurent de grandes quantités de médicaments prescrits, et ces cas nécessitent un suivi.

15.9 Le Ministère a tardé à élaborer une stratégie de vérification fondée sur une évaluation appropriée des risques et à l'intégrer à son nouveau contrat de traitement des demandes de remboursement des pharmaciens et des fournisseurs de soins dentaires. Il n'a pu également s'assurer que l'entrepreneur effectue les vérifications sur place des pharmacies et des fournisseurs de soins dentaires exigées par le contrat. Nous avons constaté que peu de vérifications avaient été effectuées depuis décembre 1998 pour fournir l'assurance que les dépenses réclamées avaient été engagées aux fins visées.

15.10 Peu de progrès ont été réalisés pour améliorer l'efficacité de l'administration des prestations de transport pour des raisons de santé.

Les réponses de Santé Canada à nos recommandations sont incluses dans le présent chapitre. Le Ministère continue de prendre des mesures correctives en réponse à nos recommandations de 1997 et il a accepté de donner suite à nos deux nouvelles recommandations.

Introduction

15.11 En 1997, nous avons examiné la façon dont Santé Canada gérait les programmes de santé qu'il offrait aux Premières nations et aux Inuits. Ce chapitre fait le suivi des progrès du Ministère en vue de combler les lacunes relevées.

15.12 Il existe d'importantes différences entre l'état de santé des Premières nations et celui de l'ensemble de la population canadienne. Le document *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, publié en 1999 par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, note que la santé de la population des Premières nations se compare désavantageusement à celle de la population canadienne selon plusieurs indicateurs (voir la pièce 15.1). Le *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones* fait observer que les problèmes de santé sont nombreux, graves et persistants, et que les maladies et problèmes touchant les Canadiens en général sont susceptibles de frapper plus gravement les Autochtones. L'Institut canadien d'information sur la santé fait remarquer, dans *Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel*, que l'espérance de vie des Autochtones est beaucoup moins longue que celle de l'ensemble de la population canadienne. Il indique que cette grande différence traduit probablement le fait que la population autochtone est, de façon disproportionnée, plus susceptible de vivre dans la pauvreté et d'être sans emploi, moins éduquée et mal logée.

15.13 En mars 1999, le Canada comptait environ 672 000 Indiens de droit (ou inscrits) et Inuits reconnus, ce qui représente environ 2 p. 100 de la population canadienne. La population des Premières nations croît au rythme de trois pour cent par an, soit plus du double du taux de croissance de la population en général. Cette croissance exerce

d'importantes pressions sur l'infrastructure actuelle de la prestation des services. Parmi les autres pressions exercées sur la prestation des services de santé aux Premières nations, on trouve l'augmentation des coûts des médicaments, l'incidence élevée de certaines maladies chroniques chez les Premières nations (comme le diabète et les maladies cardiovasculaires), la pénurie de personnel infirmier et les réformes provinciales des soins de santé.

La prestation des services de santé aux Premières nations pose encore un grand défi

15.14 Plusieurs administrations offrent des services de santé à la population des Premières nations, notamment les gouvernements provinciaux et territoriaux, le gouvernement fédéral par le truchement de Santé Canada, et les administrations locales des Premières nations. Certaines provinces ont, contrairement à d'autres, inclus les Premières nations dans des programmes qui vont au-delà de la prestation de services de santé de base. Comme nous l'avons signalé en 1997, le gouvernement fédéral soutient que la prestation des services de santé aux Indiens inscrits et aux Inuits reconnus est fondée sur des politiques et non sur des obligations découlant de traités ou sur d'autres obligations juridiques.

- Le taux de mortalité infantile est deux fois plus élevé au sein des collectivités des Premières nations que dans l'ensemble de la population canadienne.
- L'espérance de vie des Indiens inscrits s'avère inférieure de sept ans à celle de l'ensemble de la population canadienne.
- On rapporte que le taux de suicide parmi la population autochtone est de deux à sept fois plus élevé que celui de la population dans son ensemble.
- La prévalence de toutes les principales maladies chroniques déclarées volontairement est beaucoup plus forte au sein des collectivités autochtones qu'ailleurs et elle semble s'accroître.

Pièce 15.1

Indicateurs choisis de l'état de santé des Premières nations

Source : *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, 1999

Cependant, la plupart des Premières nations estiment, de façon générale, que tous les services de santé nécessaires doivent leur être fournis en vertu de droits ancestraux ou de droits issus de traités et que, à ce titre, ces services représentent une obligation fiduciaire de la Couronne.

15.15 La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada (anciennement la Direction générale des services médicaux) offre des services de santé à plus de 600 collectivités des Premières nations. La Direction générale, dirigée par un sous-ministre adjoint, dispose d'un effectif d'un peu moins de 1 400 équivalents temps plein. L'administration centrale, à Ottawa, compte trois principales directions (Programmes de santé des Premières nations et des Inuits; Politique des programmes, Secrétariat du transfert et planification; Services de santé non assurés) et sept bureaux régionaux (Atlantique, Québec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Pacifique).

15.16 L'énoncé de vision de la Direction générale affirme que les

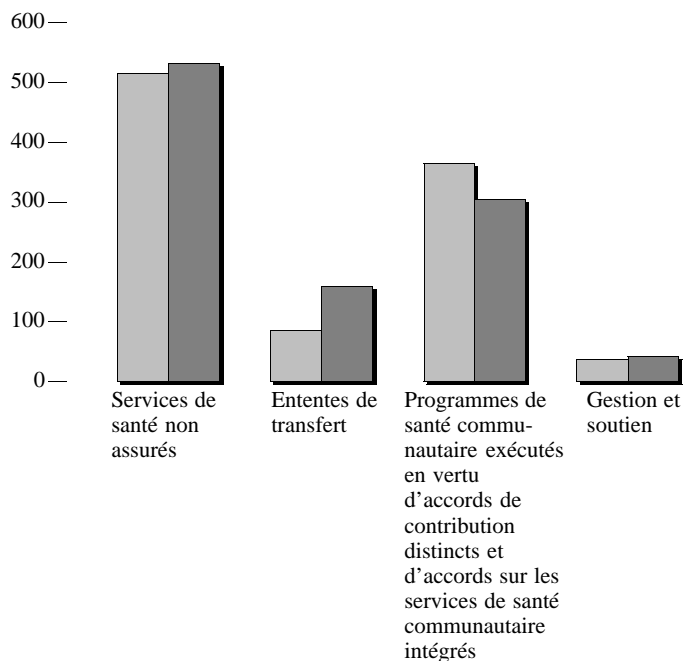
Premières nations et les Inuits exerceront en toute autonomie la prise en charge de leurs programmes et ressources en matière de santé dans un délai à déterminer de concert avec eux. L'objectif de la Direction générale est d'aider les Premières nations et les collectivités inuites à s'attaquer aux inégalités en matière de santé et aux menaces de maladie, à atteindre un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens vivant dans des endroits semblables et à assurer la disponibilité des services de santé ou l'accès à ces services. Les services de santé sont fournis principalement par l'entremise de programmes de santé communautaire (y compris ceux dont la responsabilité a été transférée aux collectivités) et le Programme des services de santé non assurés, qui rembourse les coûts des médicaments prescrits, des soins dentaires, du transport pour des raisons de santé et d'autres prestations. Les dépenses totales liées à ces services se chiffraient à un peu plus d'un milliard de dollars en 1998-1999 (voir la pièce 15.2).

Pièce 15.2

Dépenses liées aux services de santé offerts aux Premières nations, 1995-1996 et 1998-1999

■ 1995-1996 — 1,003 milliard de dollars
 ■ 1998-1999 — 1,037 milliard de dollars

En millions de dollars



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

15.17 Programmes de santé communautaire exécutés en vertu d'accords de contribution distincts et d'ententes de transfert. Les programmes de santé communautaire comprennent les programmes et les activités liés à la santé publique, à l'éducation en matière de santé, à la promotion de la santé, ainsi que les stratégies visant à régler des problèmes de santé particuliers, comme l'abus de l'alcool et des drogues.

15.18 Les mécanismes d'exécution des programmes de santé communautaire ont changé avec le temps. À l'origine, le Ministère offrait directement ces programmes. Maintenant, la plupart sont exécutés dans le cadre d'accords conclus avec des organisations des Premières nations. Le Ministère utilise trois types d'accords, qui offrent aux Premières nations des degrés divers de souplesse, de contrôle et de responsabilité pour la conception des programmes. Ce sont, par ordre croissant de souplesse, les accords de contribution distincts, les accords sur les services de santé communautaire intégrés et les ententes de transfert.

15.19 De plus en plus de Premières nations gèrent leurs propres programmes de santé en vertu d'ententes de transfert. La tendance actuelle à Santé Canada consiste à poursuivre ce transfert et à se retirer de la prestation directe des services de santé. En mars 1997, environ 27 p. 100 des Premières nations avaient signé une entente de transfert; en octobre 1999, cette proportion était passée à 44 p. 100. Le pourcentage de Premières nations ayant signé des accords de contribution a connu une baisse correspondante, soit de 60 p. 100 à 37 p. 100. En 1997, 13 p. 100 des Premières nations avaient conclu des accords intégrés et en 1999, 19 p. 100. En 1998–1999, les dépenses liées aux programmes de santé communautaire, en vertu d'accords, totalisaient environ 464 millions de dollars (voir la pièce 15.2).

15.20 Services de santé non assurés. Le Programme des services de santé non assurés englobe des prestations et des services de santé comme les prestations pharmaceutiques, dentaires, de transport pour des raisons de santé et autres. Ce programme vise à « fournir des services de santé non assurés aux membres des Premières nations et aux Inuits d'une manière qui : réponde à leurs besoins uniques en matière de santé; contribue à faire en sorte que l'état de santé général des membres des Premières nations et des Inuits soit comparable à celui de la population canadienne en général; soit viable du point de vue financier et administratif; facilite la prise en charge des responsabilités par les Premières nations et les Inuits au moment et au rythme qui leur conviennent ». En 1998–1999, les dépenses liées aux services de santé non assurés ont totalisé près de 532 millions de dollars (voir la pièce 15.3).

15.21 Conformément à l'engagement du gouvernement fédéral d'établir de nouvelles relations avec les Premières nations et les Inuits, le Ministère a adopté une approche axée sur le partenariat. Celle-ci permet aux Premières nations et aux Inuits de participer aux décisions sur les nouvelles initiatives liées au Programme, le financement et les changements requis. Le Ministère est d'avis que cette approche aide à accroître la participation des Premières nations et des Inuits et à faire en sorte que leurs opinions sont prises en compte dans les décisions finales.

Engagement du Ministère à s'améliorer

15.22 En 1997, nous avons relevé des lacunes dans la gestion des programmes de santé communautaire exécutés en vertu d'accords de contribution distincts, le transfert de la responsabilité des programmes de santé aux collectivités et les services de santé non assurés. Nous avons formulé 12 recommandations; le Ministère était d'accord avec celles-ci et

En 1997, nous avons formulé 12 recommandations; le Ministère était d'accord avec celles-ci et s'était engagé à prendre des mesures correctives.

s'était engagé à prendre des mesures correctives.

15.23 Le Comité permanent des comptes publics a tenu, à la fin de 1997, une audience sur nos travaux de vérification. Le Comité s'est dit impatient de voir le Ministère respecter son engagement de prendre, en temps opportun, des mesures correctives globales. Il a de plus affirmé qu'il s'attendait à ce que les modifications donnent lieu à une meilleure gestion des services de santé et à l'amélioration de l'état de santé des membres des Premières nations. Dans son cinquième rapport, déposé en février 1998, le Comité a formulé dix recommandations. Dans sa réponse de juillet 1998 au Comité, Santé Canada a affirmé être résolu à améliorer, de façon continue, l'efficacité et l'efficacité des programmes de santé destinés aux Premières nations et aux Inuits. Il a aussi fourni un plan d'action à jour, en réponse aux recommandations du Comité.

Objet du suivi

15.24 Le suivi a porté sur nos recommandations de 1997 et sur celles

formulées par le Comité des comptes publics. Nous avons examiné les mesures et les engagements pris par le Ministère en réponse à notre vérification de 1997, y compris les progrès signalés au Comité des comptes publics et le rapport d'étape à jour qu'il nous a fourni en 1999. Nous avons aussi examiné plusieurs nouvelles initiatives lancées à l'aide de mécanismes de financement semblables à ceux d'autres programmes de santé communautaire. On trouvera d'autres détails sur le suivi à la fin du chapitre, sous la rubrique **À propos du suivi**.

Observations et recommandations

Santé Canada n'a pas fait suffisamment de progrès pour combler les lacunes

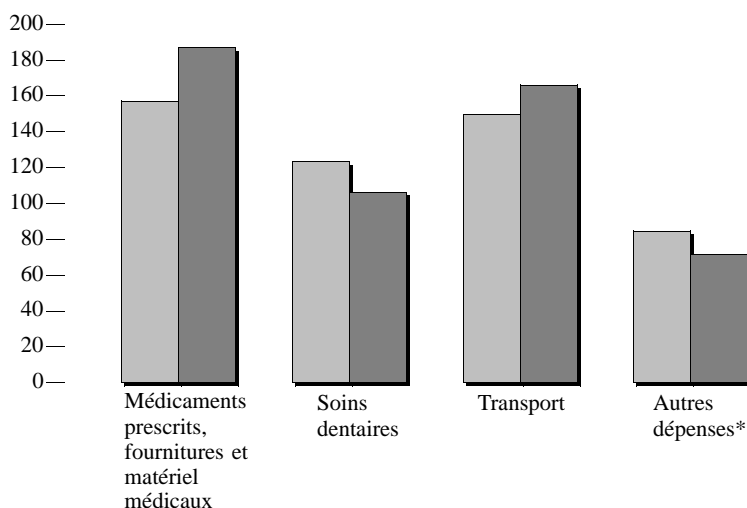
15.25 Le Ministère a pris des mesures afin de donner suite à nos observations et à nos recommandations. Nous craignons toutefois que le Ministère n'ait pas encore fait suffisamment de progrès pour régler nombre des problèmes cernés en 1997. Une mise en oeuvre tardive et incomplète des mesures correctives a de graves conséquences pour la prestation des

Pièce 15.3

Dépenses liées aux services de santé non assurés, 1995-1996 et 1998-1999

□ 1995-1996 — 515,6 millions de dollars
 ■ 1998-1999 — 531,7 millions de dollars

En millions de dollars



* Ces dépenses comprennent les cotisations d'assurance-santé, les prestations de soins de la vue, d'autres soins de santé, la gestion et le soutien.

services de santé aux Premières nations. Notre évaluation globale des progrès réalisés par le Ministère est résumée à l'annexe.

Programmes de santé communautaire exécutés en vertu d'accords de contribution distincts

15.26 En 1997, nous avons constaté que la gestion ministérielle des accords de contribution distincts était faible. Les rapports exigés sur les programmes de santé communautaire n'étaient pas fournis, et le Ministère n'a pas effectué tout le suivi qu'il aurait dû faire auprès des Premières nations pour assurer l'accroissement de leur capacité à prendre en main leurs programmes de santé. Nous avons recommandé que le Ministère examine la structure des programmes de santé communautaire, clarifie les objectifs des programmes, s'assure d'avoir reçu les rapports exigés et travaille avec les Premières nations à l'amélioration de leurs rapports, de sorte qu'ils incluent de l'information sur les résultats obtenus. Le Comité des comptes publics a recommandé que le Ministère surveille les programmes de santé communautaire en conformité avec les politiques ministérielles et que cette surveillance soit fondée sur une évaluation approfondie des risques et ciblée en conséquence. Le Comité a aussi recommandé que Santé Canada fournisse, dans ses rapports annuels sur le rendement, de l'information sur la situation des programmes de santé communautaire, y compris de l'information sur ses activités de surveillance et sur les résultats obtenus sur le plan de la santé. Le Ministère était d'accord avec ces recommandations.

15.27 Le Ministère s'est engagé à prendre des mesures pour réduire le chevauchement des programmes. Il a indiqué son intention d'élaborer des lignes directrices pour s'assurer que les objectifs et les activités à entreprendre sont

clairement définis dans les accords. Il a affirmé qu'il ferait en sorte d'obtenir les rapports annuels et examinerait tous les rapports afin de déterminer toute mesure corrective nécessaire. Il a de plus indiqué qu'il mettrait en oeuvre de nouveaux mécanismes, comme le système automatisé des contributions, pour améliorer le suivi des rapports sur les activités.

Il faut déployer des efforts continus et soutenus pour mettre pleinement en oeuvre nos recommandations

15.28 Chevauchement des programmes. Santé Canada a apporté des changements à son Cadre de planification, de rapport et de responsabilisation, mais les autorisations pour les programmes exécutés en vertu d'accords de contribution n'ont pas changé. Notre examen de suivi de la documentation de 35 accords de contribution a révélé qu'il existe encore un certain chevauchement entre les objectifs des programmes. Le Ministère a lancé un projet qui permettra de déterminer les objectifs particuliers de chaque programme et réduira, à son avis, le chevauchement des objectifs des programmes. Les objectifs seront précisés et la façon d'exécuter les programmes changera au fil de la redéfinition des objectifs et des programmes de base. Ce projet offre la possibilité de réduire le chevauchement des objectifs des programmes. Au moment de notre vérification, toutefois, ces travaux n'étaient pas terminés et le chevauchement subsistait. La Direction générale devra s'assurer qu'une fois le projet terminé, les nouveaux objectifs seront reflétés dans les accords de contribution.

15.29 Santé Canada devrait veiller à ce que sa structure de programmes reflète la façon dont les programmes de santé communautaire sont réellement exécutés.

Réponse du Ministère : Acceptée. La structure de programmes a été modifiée

Une mise en oeuvre tardive et incomplète des mesures correctives a de graves conséquences pour la prestation des services de santé aux Premières nations.

afin de mieux refléter le mode de prestation des programmes et comporte maintenant une flexibilité suffisante pour permettre la réaffectation de crédits de programmes à d'autres domaines de la santé qui en ont plus besoin. En vertu de la structure de programmes et de l'initiative de transfert de programmes, on poursuivra les travaux en vue de parfaire et de définir davantage les programmes de base (obligatoires) et discrétionnaires afin de favoriser une bonne compréhension de la structure de programmes. Ces travaux sont menés conjointement avec les Premières nations et les Inuits.

15.30 Activités et objectifs clairs.

Notre suivi a révélé que le Ministère travaille avec certaines Premières nations afin de les encourager à définir clairement les objectifs des programmes et les moyens de mesurer le taux de réussite. Du personnel ministériel travaille directement avec ces Premières nations dans le cadre de programmes particuliers. Toutefois, notre examen de 35 accords de contribution nous a permis de constater que dans plus de la moitié des cas, les programmes ne comprennent toujours pas d'activités et d'objectifs clairs, propres à la collectivité visée (voir la pièce 15.4). Dans de nombreux cas, les accords de

contribution ne précisaient pas comment la collectivité pourrait s'y prendre pour savoir si les activités avaient réussi. Par ailleurs, le Ministère n'a pas encore élaboré de lignes directrices officielles pour aider les Premières nations à s'assurer que les accords comprennent des objectifs clairs.

15.31 Santé Canada devrait continuer à travailler avec les Premières nations pour veiller à ce que les accords de contribution précisent clairement les activités et les objectifs particuliers que les Premières nations entendent poursuivre et atteindre. Le Ministère devrait continuer à encourager les Premières nations à établir des moyens de mesurer le taux de réussite.

Réponse du Ministère : Acceptée. Le Ministère est en train d'élaborer un compendium sur les programmes qui énoncera pour chaque programme les objectifs, les exigences de rapport et les indicateurs. Une fois terminé, le compendium constituera la base des objectifs et des activités des accords de contribution. Ce travail est effectué de concert avec les Premières nations et les Inuits.

Pièce 15.4

Évaluation des accords de contribution

Programme	Accords comportant des activités et des objectifs clairs pour la collectivité visée		Accords accompagnés de rapports d'activités	
	Vérification de 1997	Suivi de 2000	Vérification de 1997	Suivi de 2000
Représentants en santé communautaire	15 %	28 %	39 %	41 %
Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones	19 %	28 %	32 %	44 %
Grandir ensemble	59 %	61 %	32 %	71 %
Pour des collectivités en bonne santé	59 %	50 %	27 %	48 %
Pour tous les programmes	38 %	42 %	33 %	51 %

Note : Les observations de 1997 sont fondées sur une analyse des accords de contribution de 40 collectivités; les observations de 2000 sont fondées sur une analyse des accords de contribution de 35 collectivités.

15.32 Rapports d'activités. Nous avons constaté des améliorations encourageantes dans la présentation des rapports d'activités exigés en vertu des accords de contribution (voir la pièce 15.4). En 1997, nous avons constaté, au cours de notre examen d'un échantillon d'accords de contribution, que le Ministère avait reçu 33 p. 100 des rapports d'activités exigés. Notre examen de suivi de 35 accords de contribution a révélé que le Ministère a maintenant 51 p. 100 de ces rapports. Cette situation, toutefois, est due en grande partie à l'augmentation du nombre de rapports sur le programme Grandir ensemble. En effet, on a fourni des rapport d'activités pour 71 p. 100 des accords, contre 32 p. 100 en 1997. Il reste encore du chemin à faire avant que tous les rapports d'activités exigés soient terminés pour tous les programmes. Le succès du programme Grandir ensemble doit se répéter pour d'autres programmes. Nous avons aussi remarqué que Santé Canada a travaillé avec certaines Premières nations pour s'assurer que les rapports d'activités fournissent de l'information sur les résultats. Toutefois, les rapports sont encore principalement constitués de listes d'activités entreprises. Les Premières nations ont besoin d'un meilleur soutien de la Direction générale pour accroître leurs capacités de respecter leurs exigences de rapport en vertu de ces accords. De plus, la Direction générale reconnaît la nécessité d'un suivi systématique pour assurer la surveillance des accords.

15.33 Santé Canada devrait s'assurer de recevoir tous les rapports d'activités exigés en vertu des accords de contribution. Il devrait travailler étroitement avec les Premières nations à l'amélioration des rapports d'activités, afin qu'ils fournissent de l'information sur les résultats obtenus.

Réponse du Ministère : Acceptée. Le Ministère oeuvre activement de concert avec les Premières nations afin d'élaborer

et de mettre en oeuvre des outils pour améliorer les rapports sur les programmes et les taux d'achèvement. En même temps, le Ministère continuera de travailler avec les Premières nations pour trouver des façons d'améliorer les capacités afin de mieux s'assurer que toutes les communautés peuvent utiliser les outils de compte rendu et les données ainsi communiquées et qu'elles sont capables d'analyser l'incidence des activités sur les programmes de santé communautaire. Les exigences en matière de contrôle et de suivi seront incorporées dans le système national informatisé de contribution prévu afin de réglementer la perception des rapports d'activités.

La gestion des accords de contribution est encore faible

15.34 Nous nous attendions à ce que le Ministère ait pris des mesures pour améliorer la gestion des accords de contribution. Notre suivi a révélé que la surveillance des exigences de rapport par le Ministère est encore faible. Le système automatisé des contributions qui, selon le Ministère, devrait améliorer la surveillance des exigences de rapport par le repérage des rapports fournis, ne fonctionne que dans deux régions. Le Ministère reconnaît qu'il doit aider davantage les Premières nations à améliorer leur capacité de respecter les exigences de rapport requises en vertu des accords de contribution.

15.35 Les vérifications ministérielles internes des contributions ont confirmé la nécessité d'améliorer les rapports. Dans certains cas, ces vérifications ont aussi révélé la nécessité d'assurer le respect des politiques et des objectifs des programmes et la conformité des dépenses aux conditions des programmes.

15.36 Il semble que le Ministère soit devenu plus proactif dans la surveillance des accords de contribution. Dans deux cas, par exemple, il a interrompu les paiements jusqu'à ce qu'il reçoive les rapports exigés. Une région a amélioré

Nous avons constaté des améliorations encourageantes dans la présentation des rapports d'activités exigés en vertu des accords de contribution.

Le Ministère reconnaît qu'il doit aider davantage les Premières nations à améliorer leur capacité de respecter les exigences de rapport requises en vertu des accords de contribution.

son suivi des rapports exigés de chaque Première nation. Ce ne sont pas toutes les régions, toutefois, qui ont agi de la sorte.

15.37 Renseignements sur le rendement des programmes de santé communautaire. À l'exception d'une évaluation (1998) du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, d'un examen (1999) du Programme de lutte contre la tuberculose et d'une évaluation (1999) du Programme des carrières de la santé pour Indiens et Inuits, on possède peu d'information, à l'échelle nationale, sur les résultats de chaque programme communautaire. Il est encore difficile d'attribuer des résultats à des programmes particuliers. Les récents rapports sur le rendement présentés au Parlement fournissent peu d'information sur la situation des programmes de santé communautaire, y compris les résultats obtenus.

Transfert de la responsabilité des programmes de santé aux collectivités

Il faut améliorer la gestion de l'initiative de transfert

15.38 En 1997, nous avons constaté que le Ministère avait établi un cadre de transfert approprié, mais ne l'avait pas mis en oeuvre intégralement, d'où certaines lacunes. Nous avons alors recommandé qu'il veuille à ce que les Premières nations respectent les exigences en matière de vérifications, de rapports annuels et d'évaluations requises en vertu des ententes de transfert et à ce que les plans de santé communautaire à jour répondent aux exigences de base et servent de fondement aux ententes de transfert initiales et renouvelées. Nous avons aussi recommandé que le Ministère fasse en sorte que les évaluations futures déterminent la mesure dans laquelle l'initiative de transfert a contribué à l'amélioration de la santé des Premières

nations. Par ailleurs, le Comité des comptes publics a recommandé que Santé Canada surveille le transfert de l'exécution des programmes de santé communautaire aux Premières nations et travaille avec les collectivités pour s'assurer qu'elles respectent les conditions exposées dans le cadre de responsabilisation. Le Comité a aussi recommandé que le Ministère veuille à ce que les exigences de vérification et d'évaluation de toutes les ententes de transfert soient satisfaites. Le Ministère était d'accord avec toutes ces recommandations.

15.39 En réponse à nos recommandations, le Ministère a mis à jour son guide sur le transfert, y compris les exigences concernant les plans de santé communautaire. De plus, il a révisé les lignes directrices relatives à la présentation de rapports et à la vérification, de manière à clarifier les exigences globales en matière de vérification des ententes de transfert. Il a aussi révisé les exigences relatives aux évaluations. Celles-ci doivent maintenant être effectuées pendant la quatrième année d'une entente quinquennale, afin de faciliter l'examen et la mise en oeuvre de nouvelles stratégies, s'il y a lieu. Ces évaluations servent de base aux négociations lors du renouvellement d'une entente de transfert. Le Ministère élabore en ce moment un nouveau cadre de responsabilisation qui, à son avis, conviendra à la prise en charge accrue des programmes de santé par un plus grand nombre de Premières nations, en vertu des ententes de transfert et de leur autonomie gouvernementale. Le Ministère a mentionné qu'une mise en oeuvre échelonnée du cadre commencera en 2001–2002, soit après avoir obtenu l'apport des Premières nations et les avoir consultées.

15.40 Plans de santé communautaire à jour. En 1997, nous avons observé que les trois quarts environ des ententes de transfert renouvelées qui ont fait l'objet de

notre examen se fondaient non sur des plans de santé communautaire à jour, mais sur des plans élaborés au début du processus de transfert, soit plus de cinq ans auparavant. Notre suivi a révélé que la situation n'avait pas changé. Nous avons examiné un échantillon de 13 ententes qui avaient été renouvelées pour une autre période depuis notre rapport de 1997. Notre analyse nous a permis de déterminer que neuf d'entre elles (69 p. 100) avaient été signées sans que des plans de santé communautaire à jour aient été établis.

15.41 Santé Canada devrait travailler plus étroitement avec les Premières nations pour faire en sorte que l'on établisse des plans de santé communautaire à jour respectant les exigences de base et que l'on se fonde sur ceux-ci lors de la signature des ententes de transfert initiales et du renouvellement de celles-ci.

Réponse du Ministère : Acceptée. Le Ministère mettra sur pied un processus plus rigoureux qui permettra de s'assurer que les plans de santé communautaire sont présentés en temps plus opportun et mis à jour en fonction des changements dans les priorités de santé des communautés des Premières nations et, à tout le moins, que les plans de santé communautaire soient mis à jour avant le renouvellement des ententes de transfert.

15.42 Vérifications. En 1997, nous avons constaté que le Ministère avait reçu, pour la plupart des ententes, un rapport de vérification annuel mais que très peu de ces documents portaient sur tous les aspects exigés par les lignes directrices ministérielles en matière de vérification intégrée. Celui-ci a subséquemment révisé les lignes directrices pour clarifier la nature et l'étendue des exigences globales en matière de vérification. Notre suivi a révélé que la plupart des Premières nations (70 p. 100) avaient soumis un rapport de vérification pour l'exercice

1998–1999. Ces rapports, toutefois, fournissaient des conclusions sur la fidélité des états financiers uniquement et non sur les engagements non financiers, tels que le respect des conditions de l'accord, comme l'exigent les lignes directrices.

15.43 Santé Canada devrait veiller au respect des exigences de vérification stipulées dans les ententes de transfert.

Réponse du Ministère : Acceptée. Les exigences de vérification ont été clarifiées. Le Ministère mettra sur pied un processus rigoureux de contrôle et de suivi afin de s'assurer de recevoir en temps opportun les rapports de vérification appropriés.

15.44 Rapports annuels. En 1997, nous avons signalé que, même si la plupart des Premières nations avaient présenté des rapports annuels, le Ministère devait travailler avec celles-ci, comme il est précisé dans les ententes de transfert, à améliorer les méthodes de mesure des services fournis et des changements en matière de santé. Notre suivi n'a révélé aucune amélioration notable : moins des deux tiers des dossiers examinés comprenaient un rapport annuel pour l'exercice 1998–1999. De plus, les rapports étaient constitués surtout de listes d'activités entreprises et contenaient rarement des renseignements sur le rendement.

15.45 Santé Canada devrait continuer de travailler avec les Premières nations à améliorer les méthodes de mesure des services fournis et des changements escomptés en matière de santé. Ces mesures devraient être incluses dans les rapports annuels, et le Ministère devrait s'assurer que ces rapports sont fournis.

Réponse du Ministère : Acceptée. Le Ministère continue de travailler à la définition de mesures et de résultats en tant qu'éléments d'un nouveau cadre de responsabilisation. Cependant, il est très difficile d'établir la corrélation directe entre les services fournis et les

changements attendus sur le plan de l'état de santé, étant donné que les services de santé ne sont que l'un des facteurs déterminants de l'état de santé.

Néanmoins, des indicateurs de santé sont en voie d'élaboration et seront incorporés dans les rapports appropriés au nombre des exigences de rapport des communautés. On ne connaîtra les incidences complètes de ces améliorations qu'après au moins cinq ans, vu la longueur de la période d'évaluation. On procède actuellement au parachèvement du cadre de responsabilisation, en partenariat avec l'Assemblée des Premières nations (APN) et l'Inuit Tapirisat du Canada (ITC), en vue de favoriser le succès de sa mise en oeuvre sur une période de deux exercices financiers.

15.46 Évaluations. Le Ministère était d'accord avec notre recommandation voulant que les évaluations futures de l'initiative de transfert déterminent la mesure dans laquelle l'initiative a contribué à l'amélioration de la santé des Premières nations. Il a indiqué que les récentes améliorations relatives à la méthodologie et à la technologie l'aideraient à travailler avec les Premières nations à l'établissement de méthodes de mesure utiles et significatives. Le Comité des comptes publics s'était informé de l'éventualité que l'on réalise une évaluation nationale de l'initiative de transfert et que l'on établisse un cadre d'évaluation. Le Ministère a indiqué qu'à son avis, le fait d'accorder une plus grande importance aux évaluations communautaires permettrait d'obtenir une meilleure information sur la santé et ainsi de déterminer si l'état de santé s'est amélioré. Il a ajouté que la perspective nationale sur l'amélioration de l'état de santé découlerait d'un regroupement des évaluations communautaires de partout au pays.

15.47 Seulement deux des quatre ententes de transfert que nous avons examinées en 1997 avaient été évaluées

selon les exigences des ententes de transfert. Lors de nos travaux de suivi, nous avons examiné la documentation de 14 ententes de transfert renouvelées depuis 1997. Six d'entre elles avaient été renouvelées sans que les évaluations aient été faites, contrairement à ce que prescrit le cadre de transfert du Ministère.

15.48 La qualité des huit évaluations effectuées variait, souvent à cause du manque d'objectifs clairs des programmes de santé et, par ailleurs, de la disponibilité limitée des données sur lesquelles fonder une analyse.

15.49 Le Ministère doit également relever le défi de faire en sorte que les Premières nations préparent en temps opportun les plans d'évaluation exigés en vertu du transfert. Le cadre de transfert prescrit que les Premières nations présentent des plans d'évaluation avant la fin de la première année de l'entente de transfert. Nous avons constaté qu'un peu plus du tiers des dossiers des ententes examinées comprenaient des plans d'évaluation, qui avaient parfois été présentés plus d'un an après le début de l'entente quinquennale. Pour assurer la collecte régulière des données appropriées, au cours de l'entente, il importe que ces plans d'évaluation soient terminés le plus tôt possible.

15.50 Santé Canada devrait s'assurer que les Premières nations effectuent les évaluations exigées de l'atteinte des objectifs des programmes et que celles-ci déterminent à l'avenir la mesure dans laquelle l'initiative de transfert contribue à l'amélioration de la santé des Premières nations.

Réponse du Ministère : Acceptée. Le Ministère établira une méthode plus opportune et plus rigoureuse afin de s'assurer de l'achèvement des évaluations communautaires par les communautés avant le renouvellement des ententes de transfert. Il est difficile de déterminer les améliorations apportées à la santé des Premières nations, étant donné que la prise en charge des services de santé

communautaire par les Premières nations, laquelle constitue l'objectif de l'initiative de transfert, n'est pas le seul facteur contribuant à la santé des Premières nations. Les évaluations communautaires seront analysées et serviront de fondement à l'établissement d'une perspective nationale sur la façon dont le transfert, en tant qu'initiative, contribue à la santé des Premières nations.

Le Ministère a sous-estimé le soutien dont les Premières nations avaient besoin

15.51 Au cours des cinq dernières années, l'exécution des programmes de santé communautaire a connu un important changement de cap, passant de la conclusion d'accords de contribution au transfert de la responsabilité aux collectivités. Des changements à la structure de la Direction générale ont été apportés, notamment des réductions de l'effectif et des fermetures de zones. Bien que le budget de la Direction générale ait augmenté chaque année depuis 1992–1993, le nombre d'équivalents temps plein a généralement diminué. En 1992–1993, la Direction générale comptait 1 965 équivalents temps plein. En 1998–1999, ce nombre était de 1 263. Santé Canada reconnaît maintenant avoir peut-être sous-estimé le travail soutenu nécessaire pour assurer un soutien aux Premières nations lorsqu'elles concluent des ententes de transfert. Le Ministère se concentrait surtout sur l'exécution des programmes et reconnaît qu'il aurait pu s'appliquer davantage à garantir le respect des exigences de rapport. Il se rend compte aussi qu'il doit déployer plus d'efforts pour faire en sorte que les Premières nations possèdent les capacités et les outils pour gérer leurs programmes et faire rapport sur ceux-ci et, dans certains cas, qu'il doit poursuivre ces efforts pendant une période considérable.

Services de santé non assurés

D'importantes préoccupations subsistent au sujet de la gestion des services de santé non assurés

15.52 En 1997, nous avons constaté que les dépenses liées au Programme des services de santé non assurés n'étaient pas bien gérées et, dans la plupart des cas, n'étaient pas bien contrôlées. Des clients et des fournisseurs abusaient des avantages du Programme. Les systèmes et les méthodes de contrôle, y compris l'évaluation des demandes et les vérifications des fournisseurs, étaient inadéquats.

15.53 Nous avons aussi signalé, en 1997, que l'usage à mauvais escient des médicaments prescrits n'était pas unique aux Premières nations. Cependant, il avait de graves conséquences pour leur santé, bien que le Programme visait à l'améliorer. Nous avons pris connaissance de nombreux rapports faisant état, dans plusieurs provinces, de toxicomanie due à l'utilisation de médicaments prescrits et de décès liés à ceux-ci chez les membres des Premières nations, entre 1986 et 1996, et du fait qu'une région a signalé 42 décès liés à la consommation de ces médicaments entre 1986 et 1988.

15.54 De plus, nous avons observé, dans notre chapitre de 1997, qu'en « courant » les pharmacies et les médecins, les clients du Programme pouvaient obtenir des quantités extrêmement importantes de médicaments prescrits dans un court laps de temps, y compris des médicaments psychotropes. Le Ministère se préoccupait aussi du fait que certains médecins aient pu prescrire trop de médicaments psychotropes aux patients des Premières nations. Nous avons recommandé que Santé Canada s'assure que le système de traitement aux points de service, qu'il mettait en oeuvre pour les médicaments prescrits, facilite une intervention rapide dans les cas où l'utilisation de médicaments prescrits

Les exigences de rapport stipulées dans les ententes de transfert ne sont toujours pas respectées.

pourrait être inappropriée. Nous avons aussi recommandé qu'il rédige un protocole clair orientant les interventions et surveille étroitement les cas où les pharmaciens ne tiennent pas compte des messages d'avertissement. Dans les cas où une importante tendance à l'utilisation inappropriée de médicaments prescrits serait constatée, nous avons recommandé que le Ministère exerce un suivi plus rigoureux auprès des clients, des médecins, des pharmaciens et des organismes professionnels. Enfin, nous avons recommandé qu'il prenne les mesures appropriées pour améliorer la vérification des demandes de remboursement ainsi que les contrôles et les vérifications automatiques du système de traitement des demandes. Santé Canada était d'accord avec ces recommandations.

15.55 De même, le Comité des comptes publics a recommandé que le Ministère examine les cas où les pharmaciens n'ont pas tenu compte des messages d'avertissement et s'efforce de concevoir une mesure d'incitation à l'intention des pharmaciens qui n'exécutent pas les ordonnances lorsque des messages d'avertissement sont émis. Il a aussi recommandé que Santé Canada examine, en collaboration avec diverses administrations, la possibilité que soient modifiées les lois sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée afin que le système de traitement aux points de service puisse fournir plus d'information sur les ordonnances récentes. Santé Canada était également d'accord avec ces recommandations.

Le système de traitement aux points de service pour les médicaments prescrits est maintenant entièrement opérationnel

15.56 Au moment de notre vérification de 1997, le Ministère mettait à l'essai un système de traitement aux points de service, un mécanisme clé pour l'administration des prestations pharmaceutiques et le contrôle de

l'utilisation des médicaments prescrits. Le système devait être mis en oeuvre intégralement à l'automne de 1997. Cependant, le fonctionnement du système de traitement aux points de service dépendait de l'adhésion des pharmacies, qui a été beaucoup plus tardive que prévu. Le Ministère a indiqué que certaines associations pharmaceutiques hésitaient à adhérer au système. En mai 1998, seulement 60 p. 100 des pharmacies desservant les clients des Premières nations y étaient reliées.

15.57 Le 1^{er} avril 2000, l'adhésion au système est devenue obligatoire et pratiquement toutes les pharmacies desservant des clients des services de santé non assurés y sont maintenant reliées. Le Ministère a conclu des accords avec trois organismes pharmaceutiques provinciaux, qui portent sur l'indemnisation des pharmaciens pour leurs services professionnels lorsqu'ils ne remplissent pas une ordonnance pour des raisons valables. Cependant, peu de pharmaciens se prévalent de cette disposition.

Surveillance insuffisante des messages d'avertissement concernant la consommation de médicaments

15.58 En 1997, nous avons noté que le système de traitement aux points de service, alors à l'essai, devrait fournir les dates des trois dernières ordonnances du client. Étant donné que le système ne donnerait pas la fiche complète des médicaments reçus par un client, ni de renseignements complets sur les médecins consultés, le Ministère avait affirmé son intention de renforcer les messages d'avertissement à l'intention des pharmaciens concernant la consommation de médicaments. Nous avons prévenu le Ministère qu'il devrait surveiller de près les cas où les pharmaciens ne tenaient pas compte des messages d'avertissement.

15.59 Dans sa forme actuelle, le système de traitement aux points de service pour les médicaments prescrits n'est pas conçu pour fournir de

l'information détaillée sur les ordonnances précédentes ou les médecins consultés, ni la date des trois dernières ordonnances du client. Les messages d'avertissement sont essentiellement les mêmes que ceux qui avaient été proposés. Lorsqu'un pharmacien entre les données détaillées d'une ordonnance dans un ordinateur, le système génère un des trois messages suivants : possibilité d'interaction médicamenteuse; médicament en double; médicament en double — autre pharmacie. Le pharmacien doit y répondre, soit en acceptant le message selon lequel la demande est rejetée, soit en l'ignorant et en délivrant l'ordonnance. Le système peut aussi générer deux messages « généraux » : traitement en double; traitement en double — autre pharmacie, permettant automatiquement aux pharmaciens de ne pas en tenir compte.

15.60 En 1999, près de sept millions de demandes de remboursement des pharmaciens ont été traitées. Les données fournies par l'entrepreneur responsable du traitement des données montrent que le système a émis des messages d'avertissement pour 297 693 demandes, soit environ 4,2 p. 100 de toutes les demandes. Les ordonnances n'ont pas été remplies dans 183 914 (61,8 p. 100) de ces cas, ce qui représente un total d'environ 5,3 millions de dollars non réclamés.

15.61 Les pharmaciens n'ont pas tenu compte des messages d'avertissement émis pour les 113 779 autres demandes. Elles ont donc donné lieu à un remboursement, dans le cadre du Programme, qui totalise environ trois millions de dollars. Le pharmacien doit entrer, dans le système, un code expliquant la raison pour laquelle il ne tient pas compte d'un message d'avertissement. Les raisons invoquées les plus courantes sont : le pharmacien a consulté le médecin prescripteur et rempli l'ordonnance telle que prescrite (42 p. 100); le client a fourni une bonne

explication et l'ordonnance a été remplie telle que prescrite (25 p. 100); le pharmacien a mis en garde le client et rempli l'ordonnance telle que prescrite (16 p. 100); le pharmacien a consulté une autre source et rempli l'ordonnance telle que prescrite (11 p. 100).

15.62 Le Ministère n'a pas, cependant, bien surveillé les cas où les pharmaciens n'ont pas tenu compte des messages d'avertissement concernant la consommation de médicaments. Jusqu'au début de 2000, en fait, l'entrepreneur chargé du traitement des demandes n'avait fourni aucune information à la Direction générale sur la fréquence des messages d'avertissement émis ou ignorés. Depuis mars 2000, la Direction générale a commencé à analyser les données. Toutefois, cette analyse n'était pas suffisante pour nous permettre d'établir si les messages d'avertissement étaient efficaces, d'identifier les pharmaciens qui n'en tenaient pas compte, de déterminer s'il y avait lieu de le faire et si les ordonnances rejetées par certains pharmaciens avaient été exécutées par d'autres pharmaciens. Nous n'avons pu également déterminer comment les clients possédant un très grand nombre d'ordonnances passaient à travers les mailles du système et s'il y avait des raisons valables à cet effet.

15.63 Des clients peuvent encore se procurer de grandes quantités de médicaments prescrits. Bien que le Ministère ait mis en oeuvre un système de traitement aux points de service et quelques nouveaux contrôles, certains clients peuvent néanmoins encore se procurer des quantités extrêmement importantes de médicaments prescrits. Nous avons, d'après les critères utilisés par certains organismes provinciaux pour surveiller les médicaments prescrits, analysé les données du Ministère jusqu'au troisième trimestre de 1999–2000. Ces données montrent une réduction, dans certaines régions, du nombre de clients qui se rendent à plus de 3 pharmacies ou

L'analyse n'était pas suffisante pour nous permettre de déterminer si les messages d'avertissement concernant la consommation de médicaments étaient efficaces.

qui obtiennent plus de 15 médicaments différents sur une période de 90 jours. Cependant, le nombre de clients faisant remplir au moins 50 ordonnances sur une période de 90 jours a augmenté dans la plupart des régions. Dans l'ensemble, les chiffres demeurent élevés (voir la pièce 15.5).

15.64 Santé Canada devrait surveiller plus étroitement les cas où les pharmaciens ne tiennent pas compte des messages d'avertissement concernant la consommation de médicaments et entreprendre des analyses rigoureuses et continues pour évaluer l'efficacité des messages.

Réponse du Ministère : *Acceptée. Certains délais ont retardé le début du contrat de traitement des demandes de remboursement liées aux Services de santé non assurés. Des délais dans la réception des rapports de l'entrepreneur ont retardé davantage la mise en oeuvre de la stratégie. Le Ministère utilise 19 indicateurs en regard desquels les pharmaciens sont ciblés. Depuis mars 2000, le Ministère utilise ce profil lors de la surveillance des cas où les pharmaciens ne tiennent pas compte des messages relatifs à l'utilisation des médicaments sur une base rétrospective de trois mois. De plus, les messages eux-mêmes seront sujets à révision et,*

Pièce 15.5

Analyse de l'accès des clients des services de santé non assurés aux médicaments prescrits

Région	Nombre de clients s'étant rendus à 3 pharmacies au moins			Nombre de clients ayant reçu plus de 15 médicaments différents			Nombre de clients ayant obtenu au moins 50 ordonnances		
	1 ^{er} trimestre 1996	1 ^{er} trimestre 1999	3 ^e trimestre 1999	1 ^{er} trimestre 1996	1 ^{er} trimestre 1999	3 ^e trimestre 1999	1 ^{er} trimestre 1996	1 ^{er} trimestre 1999	3 ^e trimestre 1999
Pacifique	1 931	1 836	1 745	107	126	118	97	137	158
Alberta	5 354	4 693	4 522	867	527	500	387	234	259
Saskatchewan	2 960	3 618	3 130	199	260	233	22	31	124
Manitoba	1 991	2 301	2 225	129	185	170	37	70	62
Ontario	1 728	1 743	1 600	121	145	121	63	97	124
Québec	373	486	496	39	96	54	84	227	254
Atlantique	678	367	359	137	48	48	20	14	17
Total	15 015	15 044	14 077	1 599	1 387	1 244	710	810	998

Notes:

1. En mars 1996, on comptait environ 620 000 clients admissibles et en mars 1999, environ 672 000.
2. Les critères suivants (pour une période de 90 jours) sont utilisés par certains organismes provinciaux pour cerner les cas à examiner :
 - visite d'au moins trois pharmacies pour se procurer des médicaments prescrits
 - obtention de plus de 15 médicaments prescrits différents
 - obtention d'au moins 50 ordonnances

Source : Santé Canada

conformément à la stratégie, seront changés, au besoin.

Le succès rapide du protocole d'intervention directe sur la consommation de médicaments a été de courte durée

15.65 En 1997, nous avons constaté que le Ministère tardait à intervenir dans les cas d'utilisation à mauvais escient de médicaments prescrits. Il a, depuis, mis à jour et mis en oeuvre un protocole d'examen de la consommation de médicaments pour mieux relever et suivre les cas laissant supposer une utilisation à mauvais escient de médicaments prescrits. Cette mesure, soit le suivi auprès des clients, des médecins, des pharmaciens et des organismes professionnels, a eu un effet positif : d'après les données allant jusqu'au début de 1999, les régions de l'Alberta et de la Saskatchewan, en particulier, ont connu un déclin du nombre de cas où des personnes se procuraient de très grandes quantités de médicaments agissant sur le système nerveux central.

15.66 Comme la direction doutait du caractère approprié de l'approche en l'absence du consentement du client ou d'une autorisation législative explicite pour le Programme, la mesure a pris fin en mai 1999. Le Ministère a publié un protocole révisé où il est mentionné que l'utilisation à mauvais escient de prestations sera d'abord détectée grâce au système de traitement aux points de service (et aux messages d'avertissement générés par le système concernant la consommation de médicaments). Dans certaines régions, le nombre de cas de personnes qui se procurent de grandes quantités de médicaments agissant sur le système nerveux central a recommencé à grimper, et ces cas exigent un suivi.

15.67 Dans notre rapport de 1993, nous avons signalé que l'absence d'une loi habilitante particulière pour le Programme des services de santé non assurés avait laissé une lacune dans les définitions de

l'objet, des résultats escomptés et des retombés des prestations du Programme. Nous avons alors recommandé que le Ministère cherche à obtenir du gouvernement le renouvellement du mandat pour clarifier l'autorisation de base, l'objet et l'objectif du Programme. Notre vérification de 1997 a révélé que le mandat général renouvelé définissait la nature du Programme, y compris ses objectifs et les principes le régissant. Toutefois, il ne traitait pas de la nécessité de préciser son autorisation. Il n'existe pas encore de loi particulière reconnaissant les services de santé non assurés.

15.68 Santé Canada étudie en ce moment des moyens de régler cette situation. Ces moyens comprennent la recommandation de lois et de règlements qui l'autoriseraient à utiliser les renseignements sur les clients aux fins de l'administration et de la gestion du Programme, et la continuité de l'inscription volontaire des clients (consentement signé, accordé une seule fois, permettant l'utilisation par les gestionnaires du Programme de renseignements personnels en matière de santé). Le moyen choisi par Santé Canada dépendra de l'issue de ses discussions avec les Premières nations.

15.69 **Lorsqu'il constate une importante tendance à l'utilisation inappropriée de médicaments prescrits, Santé Canada devrait continuer d'effectuer un suivi rigoureux auprès des clients des services de santé non assurés, des médecins, des pharmaciens et des organismes professionnels. Santé Canada devrait s'assurer d'être en mesure de faire ce suivi.**

Réponse du Ministère : Acceptée. Le Ministère continuera de surveiller et de cibler les pharmaciens et les médecins par le biais de son initiative d'Examen de l'utilisation des médicaments (EUM). Le Ministère travaille de concert avec les Premières nations sur la question du consentement en rapport avec l'Examen de l'utilisation des médicaments. Une fois

le consentement obtenu, l'Examen de l'utilisation des médicaments sera rétabli de façon intégrale.

15.70 Dans le cadre de notre suivi, nous avons demandé au Ministère de nous fournir l'information la plus récente sur les décès liés à la consommation de médicaments prescrits. Celui-ci nous a transmis de l'information provenant d'une seule région et, de surcroît, n'allant que jusqu'à la fin de 1997. Nous croyons que le Ministère doit recueillir systématiquement ces données dans toutes les régions, afin de les utiliser pour évaluer l'usage à mauvais escient de médicaments prescrits et les problèmes de toxicomanie.

15.71 Santé Canada devrait recueillir systématiquement des données dans toutes les régions sur les décès de membres des Premières nations liés à la consommation de médicaments prescrits.

Réponse du Ministère : Les données sont recueillies par les bureaux provinciaux et territoriaux des statistiques de l'état civil et peuvent ou non fournir suffisamment d'information en rapport avec les Premières nations et les Inuits. Le Ministère convient de passer en revue l'information provinciale-territoriale afin de déterminer si elle est disponible, et il explorera la possibilité d'intégrer l'information disponible dans les comparaisons régionales et nationales. Le Ministère restera en liaison avec les provinces et les territoires en ce qui a trait aux décès liés à l'usage des médicaments sur ordonnance.

Travaux en cours pour s'attaquer aux problèmes de polytoxicomanie

15.72 En 1997, nous avons recommandé que le Ministère s'inspire de ses stratégies existantes pour régler le problème mixte de l'abus de médicaments prescrits et de l'abus de solvants et d'alcool, ainsi que pour accroître ses efforts, dans le cadre des programmes de

santé communautaire, en ce qui concerne la prévention, la sensibilisation de la population et le traitement de la toxicomanie engendrée par la consommation de médicaments prescrits.

15.73 Le Ministère reconnaît que la polytoxicomanie est un problème systémique, à long terme et complexe. Il a élaboré un programme national d'éducation sur l'utilisation à bon et à mauvais escient des médicaments prescrits. Le Ministère travaille en ce moment avec les centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les Autochtones à définir les complexités du problème. Le personnel de ces centres reçoit de la formation sur le traitement de la polytoxicomanie. Il faut déployer des efforts continus pour regrouper les programmes de santé communautaire afin de traiter la polytoxicomanie.

15.74 Santé Canada devrait continuer à s'inspirer de ses stratégies existantes pour régler le problème mixte de l'abus de médicaments prescrits et de l'abus de solvants et d'alcool, ainsi que pour accroître ses efforts, dans le cadre des programmes de santé communautaire, en ce qui concerne la prévention, la sensibilisation de la population et le traitement de la toxicomanie due à la consommation de médicaments prescrits.

Réponse du Ministère : Acceptée. Les travaux se poursuivent au sein des communautés des Premières nations et des Inuits en vue de les sensibiliser aux problèmes liés à l'usage à mauvais escient des médicaments sur ordonnance et d'assurer une utilisation appropriée des médicaments sur ordonnance. Deux vidéos éducatifs ont été produits et distribués à toutes les communautés des Premières nations et des Inuits. Suite à la réaction positive aux vidéos, d'autres activités de prévention et de promotion sont en cours. Au nombre de celles-ci, l'élaboration d'outils pour faciliter les discussions au niveau communautaire concernant l'usage

du mauvais escient des médicaments sur ordonnance, la télédiffusion de messages d'intérêt public à la fin de l'automne 2000 ou au début de 2001, et des profils communautaires d'utilisation de médicaments qui permettront aux professionnels de la santé de préciser et d'aborder les questions potentielles liées à l'usage à bon ou à mauvais escient des médicaments sur ordonnance. De plus, le Ministère a ciblé les centres du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) pour traiter de façon bien précise des questions de toxicomanies multiples ou de dépendance croisée. Il convient de continuer à s'inspirer des stratégies et des programmes existants pour assurer l'adoption d'une approche uniforme au problème combiné d'abus de médicaments d'ordonnance, de solvants et d'alcool. Le Ministère veillera à ce que le matériel de prévention et de promotion et l'éducation communautaire abordent la question du problème combiné.

Santé Canada a tardé à élaborer une stratégie appropriée de vérification des fournisseurs

15.75 En 1997, nous avons relevé d'importants risques associés au Programme des services de santé non assurés. Nous avons constaté des lacunes dans les contrôles et les vérifications automatiques du système de traitement des demandes et souligné la nécessité d'améliorer l'évaluation des demandes et les vérifications des fournisseurs. Nous avons, en particulier, constaté que les vérifications sur place des fournisseurs n'offraient pas un degré raisonnable d'assurance que les dépenses avaient été effectuées aux fins visées. La stratégie de vérification n'était pas fondée sur une évaluation appropriée des risques, et les vérifications visaient principalement un petit nombre de fournisseurs dont le nombre de transactions était élevé. De plus, nous avons recommandé que le Ministère précise et applique l'exigence

du contrat selon laquelle l'entrepreneur doit effectuer la vérification des fournisseurs de services pharmaceutiques et de soins dentaires. Le Ministère était d'accord et il a indiqué que des améliorations avaient été apportées aux clauses de vérification contenues dans le nouveau contrat de traitement des demandes.

15.76 Le nouveau contrat de traitement des demandes a été signé le 16 octobre 1997 et les services de traitement des demandes devaient commencer le 1^{er} décembre 1998. Cette signature a donné au Ministère l'occasion de préciser les exigences qui combleraient certaines des lacunes relevées lors de notre vérification de 1997. Notre suivi, toutefois, a révélé qu'un certain nombre de ces lacunes n'avaient pas encore été comblées.

15.77 L'entrepreneur a proposé une approche de vérification globale, qui comprenait l'application de critères d'établissement du profil de vérification des pharmacies et des fournisseurs de soins dentaires et 60 vérifications annuelles sur place de pharmacies et de fournisseurs de soins dentaires, ainsi que l'examen des demandes de remboursement, appelé vérification en ligne du lendemain, qui répondrait à des critères précis. De plus, le Ministère a établi que la prédétermination des soins dentaires (décrite aux paragraphes 15.90 et 15.91) constituait un important volet de la réduction des risques associés aux prestations dentaires.

15.78 Le Ministère a avisé le Comité des comptes publics, dans une lettre datée du 12 février 1998, que les clauses de vérification du nouveau contrat de traitement des demandes avaient été améliorées. Le 30 avril 1998, le président du Comité a demandé de l'information détaillée sur le nouveau contrat, notamment le nombre de vérifications des fournisseurs à effectuer et la façon dont elles le seraient; les mesures qui seraient prises pour faire en sorte que les

Il y a un important écart entre l'étendue de la vérification et le risque global associé au Programme.

fournisseurs respectent les exigences en matière de vérification; comment les conditions exposées dans le nouveau contrat fourniraient l'assurance que les dépenses sont engagées aux fins visées; si la stratégie de vérification en vertu du nouveau contrat se fonderait sur une évaluation appropriée des risques.

15.79 Le Ministère a répondu, en mai 1998, qu'il avait conclu un marché avec un cabinet d'experts-conseils national pour l'aider à élaborer un plan en vue d'améliorer sa capacité de vérification. Le plan devrait fournir des lignes directrices sur l'élaboration d'une nouvelle stratégie de vérification fondée sur l'évaluation des risques, la délimitation de l'étendue des vérifications et leur réalisation. Le cabinet a terminé son examen en novembre 1998. Celui-ci a relevé d'importants écarts entre ce que devait livrer le nouvel entrepreneur responsable du traitement des demandes et ce qui était exigé pour régler convenablement les questions liées au Programme des services de santé non assurés.

15.80 Le cabinet d'experts-conseils a conclu qu'en raison des restrictions du contrat et du mandat de l'entrepreneur, le nombre global d'activités de vérification convenu entre l'entrepreneur et le Ministère ne permettrait pas d'atteindre les buts et les objectifs du Ministère ni de régler les questions soulevées par le vérificateur général. Le cabinet a indiqué qu'il existait un important écart entre l'étendue de la vérification et le risque global associé au Programme et que le contrat ne favorisait pas l'augmentation des activités de vérification pour réduire ce risque au minimum.

15.81 En réponse aux recommandations du cabinet d'experts-conseils, la Direction générale a décidé, en octobre 1999, de former, au dernier trimestre de 1999–2000, une équipe de gestion des risques. Au premier trimestre de 2000–2001, l'équipe déterminerait les

risques associés au Programme et au deuxième trimestre, elle élaborerait et mettrait en oeuvre des méthodes de contrôle des risques.

On n'a effectué qu'un petit nombre des vérifications sur place exigées pour les fournisseurs

15.82 Environ 7 000 pharmacies et 22 000 fournisseurs de soins dentaires desservent les clients des Premières nations. Chaque année, l'entrepreneur doit effectuer au moins 60 vérifications sur place de pharmacies et 60 vérifications sur place de fournisseurs de soins dentaires. Bien que le cabinet d'experts-conseils ait conclu que l'étendue de la vérification n'était pas suffisante, nous avons constaté, dans notre suivi, que le Ministère ne s'était pas assuré que l'entrepreneur respectait l'exigence existante. Seulement 29 vérifications sur place ont été effectuées en 1998–1999 et 24 autres, en 1999–2000. On a vérifié sur place un seul fournisseur de soins dentaires au cours des deux derniers exercices. Santé Canada a indiqué qu'il s'attendait à ce que l'entrepreneur rattrape le retard dans les vérifications sur place d'ici la fin de l'exercice 2000–2001.

15.83 Outre des vérifications de routine des fournisseurs, quelques enquêtes sur des pratiques que l'on soupçonne d'être frauduleuses ont été entreprises, de concert avec la Direction de la vérification interne du Ministère. Ces enquêtes ont récemment conduit à deux condamnations. Plusieurs autres enquêtes sont en cours.

15.84 Depuis décembre 1998, l'entrepreneur effectue des vérifications en ligne du lendemain, le jour suivant la présentation d'une demande de remboursement. Les vérifications portent sur un échantillon de demandes dépassant un montant maximal prescrit afin de déterminer s'il est nécessaire de procéder à une enquête. Nous notons que ce montant dépasse largement la valeur moyenne d'une demande de

remboursement d'un pharmacien. Des quelque 7 millions de demandes de remboursement des pharmaciens présentées en 1999, environ 150 000, ou 2,2 p. 100, dépassaient la limite autorisée. De celles-ci, l'entrepreneur en a examiné quelque 12 000, ou 8 p. 100, soit seulement 0,2 p. 100 de toutes les demandes présentées en 1999. Le Ministère a indiqué qu'un total d'environ 159 000 \$ avait été recouvré grâce à cette procédure. Il s'agit d'un volet important de la stratégie de vérification, mais compte tenu de l'étendue limitée, il importe de mettre pleinement en oeuvre les autres volets de la stratégie de vérification.

Autres problèmes liés au contrat de traitement des demandes de remboursement

15.85 Non-respect des exigences de rapport. Dans le cadre de ses obligations contractuelles, l'entrepreneur doit produire une série de rapports mensuels et trimestriels sur les activités liées aux prestations pharmaceutiques (p. ex. listes de toutes les demandes ayant été modifiées et retournées, ainsi que des montants recouverts à la suite des vérifications automatiques), afin que le Ministère puisse surveiller le rendement de l'entrepreneur. Cependant, bien que le Ministère en ait fait la demande, l'entrepreneur n'a remis aucun de ces rapports en 1999. Les premiers rapports n'ont été fournis qu'à partir de janvier 2000. À ce jour, la Direction générale a retenu un total d'environ 1,6 million de dollars en versements mensuels destinés à l'entrepreneur, car celui-ci n'avait pas respecté ses obligations contractuelles.

15.86 En 1997, nous avons relevé des problèmes relativement aux vérifications automatiques servant à déceler les demandes en double. Lors de nos travaux de suivi, nous avons constaté que ces problèmes avaient été réglés et cela nous a encouragés. Selon un rapport ministériel de 1999, les vérifications automatiques

ont empêché le remboursement en double de près de 100 000 demandes, ce qui représente un montant total de 3,1 millions de dollars.

15.87 Nous avons remarqué, dans notre rapport de 1997, que l'entrepreneur n'avait suivi aucune des procédures pour confirmer que les clients des services de santé non assurés avaient reçu les prestations pour lesquelles des demandes de remboursement avaient été soumises. Notre suivi a révélé que l'entrepreneur avait intégré une procédure à son programme de vérifications sur place des pharmacies pour confirmer que les clients avaient reçu des prestations. Toutefois, il n'assurait pas le suivi des cas où le client n'envoyait aucune confirmation. Nous croyons qu'il est nécessaire d'assurer le suivi de tels cas et d'obtenir les confirmations des clients à une plus grande échelle.

15.88 Nous avons aussi constaté, en 1997, que l'on ne vérifiait pas automatiquement le champ du système identifiant le médecin prescripteur et que n'importe quelle donnée que l'on y entrait était acceptée. Ainsi, le Ministère se trouvait dans l'impossibilité de détecter les « personnes qui courent les médecins », c'est-à-dire qui consultent plusieurs médecins afin d'obtenir un grand nombre d'ordonnances. Le Ministère n'a pas encore réglé ce problème. À l'heure actuelle, il travaille en collaboration avec des associations pharmaceutiques à encourager les pharmaciens à remplir correctement le champ d'identification du prescripteur. De plus, il a commencé à repérer les pharmaciens qui ne remplissent pas correctement ce champ et il a affirmé qu'il prendra des mesures, dès juillet 2000, pour recouvrer les fonds pour les demandes dont l'identification du prescripteur est incorrecte.

15.89 Santé Canada devrait appliquer les exigences du contrat selon lesquelles l'entrepreneur doit mener une vérification des fournisseurs de services pharmaceutiques et de soins dentaires,

La prédétermination des prestations dentaires a réduit les services superflus et les coûts du Programme.

et faire rapport. Le Ministère devrait continuer à prendre des mesures pour améliorer l'évaluation des demandes et les vérifications des fournisseurs.

Réponse du Ministère : Acceptée. L'élaboration et la mise en oeuvre intégrale de la stratégie de vérification ont été plus longues que prévu. Le Ministère continue d'appliquer les exigences contractuelles. Il a retenu environ 1,6 million de dollars en paiements mensuels à l'entrepreneur en raison du non-respect de ses obligations contractuelles. L'entrepreneur complétera au cours de 2000–2001 les vérifications qui devaient l'être depuis 1998. Le processus de prédétermination des soins dentaires permet d'assurer que presque toutes les demandes de remboursement de soins dentaires de plus de 600 \$ sont examinées en regard des antécédents dentaires de chacun des clients. Un Comité de gestion des risques permet d'assurer que la stratégie de vérification est examinée sur une base périodique. Comme il a été souligné auparavant, l'élaboration de la stratégie de vérification intégrale a été plus longue que prévu, mais sa pleine mise en oeuvre se fera d'ici l'automne 2000. À ce moment-là, la stratégie globale et entièrement mise en oeuvre ira bien au-delà des normes actuelles de gestion des prestations du secteur privé. Le Ministère s'est engagé à améliorer continuellement la stratégie de vérification.

La méthode fondée sur les besoins des prestations dentaires a donné lieu à des économies substantielles

15.90 En 1997, nous avons signalé que, en réponse aux préoccupations concernant la prestation de services superflus par des fournisseurs de soins dentaires, le Ministère mettait à l'essai un processus de prédétermination, qui exige une approbation préalable et un plan de traitement pour la prestation de services dentaires au-delà d'un montant maximal

prescrit. La prédétermination a été mise en oeuvre à l'échelle nationale à la fin de 1997 en tant que méthode fondée sur les besoins de la prestation des soins dentaires. Le Ministère a estimé que la prédétermination, combinée aux changements au barème des prestations, réduirait de 15 p. 100 les frais dentaires en 1996–1997.

15.91 La prédétermination a permis au Ministère de prendre des mesures pour réduire les services superflus. Tout traitement dépassant le montant prescrit de 600 \$ et/ou comprenant des procédures choisies doit être revu par un dentiste régional avant d'être commencé. En 1999, le Ministère a examiné près de 200 000 plans de traitement. Il affirme que la prédétermination a permis de réduire les services superflus et les coûts du Programme et qu'elle a donné lieu à des économies substantielles. En effet, les frais dentaires ont été réduits de 15,4 p. 100 en 1996–1997. En 1995–1996, avant l'introduction de la méthode, les dépenses en soins dentaires dépassaient 123 millions de dollars. En 1998–1999, ces dépenses étaient passées à un peu plus de 106 millions de dollars, alors que la population desservie avait augmenté de près de 8 p. 100.

On a réalisé peu de progrès afin d'améliorer l'efficacité du transport pour des raisons de santé

15.92 En 1997, nous avons recommandé que le Ministère établisse des critères clairs et des normes minimales en matière de prestations de transport pour des raisons de santé. Nous avons aussi mentionné qu'il devait entreprendre des vérifications des dépenses de transport pour des raisons de santé, fondées sur une évaluation des risques.

15.93 De concert avec les Premières nations, le Ministère a commencé à clarifier les critères et à élaborer des normes minimales pour les prestations de transport pour des raisons de santé. Il tente aussi d'apaiser les critiques selon

lesquelles les Premières nations ne sont pas traitées de façon uniforme d'une région à l'autre. Toutefois, il n'a pas encore mis à jour les directives nationales en matière de transport.

15.94 Environ 54 p. 100 des dépenses liées au transport médical sont administrées par les collectivités des Premières nations, en vertu d'accords de contribution qui feront l'objet de vérifications ministérielles. Le reste des dépenses, soit 46 p. 100, est administré par les bureaux régionaux de la Direction générale, les paiements étant versés directement aux fournisseurs par le Ministère. Bien que nous ayons noté un meilleur suivi et un plus grand nombre d'approbations préalables de certaines catégories de transport dans certaines régions, le Ministère n'a effectué aucune vérification des dépenses de transport remboursées directement aux fournisseurs.

15.95 En mars 1999, on a effectué un examen interne du programme de transport pour des raisons de santé dans une région. Selon les conclusions de l'examen, la gestion du programme dans cette région laisse à désirer dans l'ensemble. L'examen a fait ressortir des problèmes majeurs à plusieurs égards : lacunes dans la gestion de l'utilisation des taxis ou des véhicules à contrat; utilisation des ambulances terrestres à d'autres fins que des urgences; contrôle médiocre de l'approvisionnement en carburant; peu ou point d'information sur l'utilisation et les coûts du programme de transport pour des raisons de santé. De plus, l'examen a révélé que les dépenses du programme n'étaient pas fondées sur les besoins, mais plutôt, dans de nombreux cas, sur l'utilisation. Ainsi, plus une collectivité dépensait aux fins du transport médical, plus elle recevait de fonds.

15.96 La région a subséquemment élaboré un modèle de transport fondé sur les besoins pour établir le profil des besoins véritables de chaque Première nation en la matière. Le Ministère a fixé

au printemps 2001 le délai de mise en oeuvre nationale du modèle de transport fondé sur les besoins.

15.97 Santé Canada devrait établir, sans tarder, des critères clairs et des normes minimales en matière de prestations de transport pour des raisons de santé. Il devrait aussi entreprendre la vérification des dépenses de transport pour des raisons de santé, fondée sur une évaluation des risques.

Réponse du Ministère : Acceptée. Afin d'assurer un meilleur contrôle du transport des malades, un examen de la directive sur le transport est en voie de réalisation de concert avec les Premières nations et les Inuits, ainsi que l'élaboration d'un système d'information pour appuyer le ciblage et la vérification. Cinquante-quatre pour cent des coûts du transport pour des raisons médicales sont principalement gérés en vertu d'accords de contribution conclus avec les Premières nations, lesquels doivent faire l'objet d'une vérification dans le cadre des exigences prévues en matière de vérification du Ministère. Le Ministère effectuera une vérification des dépenses directes liées au transport des malades qui reposera sur l'évaluation des risques, le rapport coût-efficacité et les profils de contrôle.

La plupart des projets pilotes de transfert des services de santé non assurés n'ont pas été évalués

15.98 En 1994, Santé Canada a obtenu une autorisation de cinq ans d'aller de l'avant avec les projets pilotes de transfert des services de santé non assurés. Ces projets devaient être réalisés de concert avec les Premières nations et collectivités inuites intéressées. Les projets avaient pour objectifs fondamentaux de mettre à l'essai diverses méthodes de gestion et de prestation, d'améliorer l'efficacité et l'efficacité du Programme et de faciliter la participation des Premières nations et des Inuits au Programme, ainsi que leur

contrôle de celui-ci. Les projets pilotes devaient durer deux ans, éventuellement trois. On devait effectuer une évaluation intérimaire de chaque projet après la première année et une évaluation finale, au terme de chaque projet. À la fin de l'exercice pilote, une évaluation globale de son efficacité devait être réalisée, y compris une évaluation des objectifs, des répercussions et des effets.

15.99 Santé Canada a approuvé 16 projets pilotes, la plupart portant sur les prestations de transport mais aussi sur les prestations pharmaceutiques, dentaires et de soins de la vue. Jusqu'à maintenant, seulement cinq des projets ont été évalués et aucune évaluation globale de l'efficacité de l'exercice pilote n'a été effectuée. L'autorisation initiale pour ces projets étant venue à échéance, le Ministère a demandé l'approbation du Conseil du Trésor pour la prolonger.

15.100 Santé Canada devrait s'assurer que l'on effectue une évaluation de chacun des projets pilotes de transfert des services de santé non assurés ainsi qu'une évaluation globale de l'exercice pilote.

Réponse du Ministère : Acceptée. Le Ministère a terminé une évaluation de cinq des projets pilotes en guise de test préliminaire de l'outil d'évaluation. L'essai préliminaire a révélé la nécessité de développer davantage l'outil. Cette mise au point est en cours et le Ministère a rencontré toutes les communautés qui entreprennent les projets pilotes, en vue de discuter de l'outil d'évaluation et des évaluations prochaines. Dès que tous les projets auront été évalués, on procédera à une évaluation globale de l'expérience pilote.

Nouvelles initiatives

Il faut porter attention à la surveillance des nouvelles initiatives

15.101 En réponse à nos préoccupations de 1997 au sujet du manque de clarté des

objectifs, Santé Canada a mentionné que les nouveaux programmes auraient des exigences claires en matière de responsabilisation et de rapports sur le rendement. Le Ministère a lancé un certain nombre de nouveaux programmes et initiatives depuis notre vérification de 1997 (voir la pièce 15.6). Il s'agit d'importantes initiatives qui offrent la possibilité de combler des lacunes considérables dans les programmes de santé destinés aux Premières nations.

15.102 Étant donné que ces initiatives en sont à leur début, nous avons examiné leur structure et les premières étapes de leur mise en oeuvre. Nous avons constaté que le Ministère prend des mesures pour assurer la clarté de leurs objectifs et de leur structure de responsabilisation, et que l'on accorde de l'importance à la mesure des résultats. À titre d'exemple, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves comprend un cadre national d'évaluation et le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire a un cadre de responsabilisation. Toutefois, notre examen des dossiers a révélé qu'il manquait des rapports parmi ceux exigés en vertu des divers accords de contribution. Tout comme c'est le cas pour les autres programmes de santé communautaire, il importe d'accorder toute l'attention nécessaire à la surveillance des accords de contribution conclus pour ces nouvelles initiatives, afin d'assurer le respect des exigences.

15.103 Système d'information sur la santé des Premières nations. Le système vise à fournir une base de données épidémiologiques afin d'appuyer l'exécution des programmes, l'établissement des priorités, ainsi que la planification et l'évaluation dans chaque collectivité. Treize sous-systèmes sont disponibles et fournissent des données sur un large éventail de domaines, allant de l'immunisation aux maladies chroniques. Santé Canada s'affaire à fournir les systèmes et la formation nécessaire à toute

Initiatives de Santé Canada depuis la vérification de 1997

Initiative	Objectif global et financement	Progrès en date du 31 mars 2000	Mécanisme de prestation	Cadre de responsabilisation et volet évaluation
<p>Système d'information sur la santé des Premières nations</p> <ul style="list-style-type: none"> financement supplémentaire annoncé dans le Budget de 1999 	<ul style="list-style-type: none"> améliorer la gestion des services de santé au sein des collectivités des Premières nations par l'introduction d'un premier système global d'information sur la santé communautaire 23 millions de dollars sur 4 ans et ensuite 20 millions de dollars par an 	<ul style="list-style-type: none"> mise en oeuvre rapide système installé chez 265 Premières nations 	<ul style="list-style-type: none"> Santé Canada fournit l'infrastructure et la formation accords de contribution avec les Premières nations pour l'entrée des données 	<ul style="list-style-type: none"> cadre d'évaluation en place
<p>Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves</p> <ul style="list-style-type: none"> annoncé par le ministre de la Santé en octobre 1998 	<ul style="list-style-type: none"> appuyer les stratégies de développement de la petite enfance, conçues et gérées par les Premières nations 100 millions de dollars sur 4 ans et ensuite 25 millions de dollars par an 	<ul style="list-style-type: none"> mise en oeuvre rapide 156 projets financés et 47 évaluations effectuées des besoins des Premières nations 	<ul style="list-style-type: none"> accords de contribution avec les Premières nations 	<ul style="list-style-type: none"> cadre d'évaluation national établi
<p>Programme de soins à domicile et en milieu communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> annoncé dans le Budget de 1999 	<ul style="list-style-type: none"> fournir des soins améliorés aux aînés, aux personnes handicapées, aux malades chroniques et aux personnes nécessitant des services de soins actifs à court terme 62 millions de dollars sur 2 ans et ensuite 90 millions de dollars par an 	<ul style="list-style-type: none"> mise en oeuvre rapide plus de 400 Premières nations participantes 	<ul style="list-style-type: none"> accords de contribution avec les Premières nations 	<ul style="list-style-type: none"> cadre de responsabilisation terminé, cadre d'évaluation en suspens
<p>Initiative sur le diabète chez les Autochtones</p> <ul style="list-style-type: none"> annoncée dans le Budget de 1999 et lancée par le ministre de la Santé en novembre 1999 	<ul style="list-style-type: none"> réduire l'incidence du diabète et ses complications chez les Premières nations et les collectivités inuites 58 millions sur 5 ans 	<ul style="list-style-type: none"> phase de planification 	<ul style="list-style-type: none"> accords de contribution avec les Premières nations 	<ul style="list-style-type: none"> à élaborer

Il faut déployer des efforts continus et soutenus pour assurer la mise en oeuvre complète de toutes les recommandations.

Première nation se montrant intéressée à adhérer au système.

15.104 Au pays, la mise en oeuvre du système vient de débuter. Jusqu'ici, la plupart des Premières nations participantes n'entrent des données que dans le sous-système sur l'immunisation. Il sera difficile d'harmoniser les divers besoins des Premières nations et de créer un système permettant la collecte de données comparables pour faciliter l'élaboration éventuelle d'un programme complet de surveillance de la santé des Premières nations. Une des tâches cruciales de Santé Canada sera de rassembler les parties pour en assurer la réalisation et de déterminer les données obligatoires à recueillir s'il y a lieu. Le Ministère travaille en ce moment avec les Premières nations et les provinces à l'élaboration de normes et de protocoles uniformes de collecte et de communication de données pour en assurer la comparabilité avec d'autres administrations. Le Ministère reconnaît aussi l'importance de lier les systèmes entre eux.

15.105 Initiative sur le diabète chez les Autochtones. En 1997, le Ministère a réalisé une étude qui comprenait l'estimation préliminaire des coûts des soins de santé destinés aux membres des Premières nations qui sont atteints de diabète. L'étude a relevé que la prévalence du diabète et le taux de mortalité étaient plus élevés chez les Premières nations que dans l'ensemble de la population. Elle a souligné l'importance d'établir des politiques visant à réduire la prévalence du diabète par la prévention primaire et à traiter les personnes diagnostiquées pour minimiser les effets des complications. En novembre 1999, le Ministère a annoncé son Initiative sur le diabète chez les Autochtones, dont l'objectif est de réduire l'incidence du diabète et ses complications chez les Premières nations et les collectivités inuites. Au moment de notre vérification, on n'avait pas encore établi de cadre d'évaluation. Cette

initiative porte sur une maladie très grave, et il est important qu'elle soit mise en oeuvre de façon efficace pour que les travaux entrepris contribuent à l'atteinte de ses objectifs.

Conclusion

15.106 Les mesures prises par Santé Canada en réponse à notre vérification de 1997 de la santé des Premières nations n'ont pas répondu de manière satisfaisante à nos observations et à nos recommandations, ni à celles du Comité des comptes publics. Il faut déployer des efforts continus et soutenus pour assurer la mise en oeuvre complète de toutes les recommandations.

15.107 La gestion des accords de contribution distincts prévus pour l'exécution des programmes de santé communautaire est encore faible. On a réalisé peu de progrès afin de réduire le chevauchement des programmes et d'assurer la clarté de leurs objectifs et la présentation des rapports exigés. Le Ministère doit assumer ses responsabilités de façon à aider les Premières nations à établir des programmes et des services qui puissent améliorer leur santé.

15.108 Il faut encore améliorer la gestion des ententes de transfert. Une surveillance étroite est indispensable pour assurer la préparation de plans de santé communautaire à jour et le respect des exigences en matière de vérifications, de rapports annuels et d'évaluations. Ces mesures sont requises non seulement pour permettre aux Premières nations et au Ministère de respecter leurs obligations redditionnelles, mais aussi pour améliorer les programmes et les services.

15.109 Nous sommes toujours très préoccupés par la gestion des services de santé non assurés. Bien qu'un système de traitement aux points de service pour les médicaments prescrits soit en place, le Ministère doit suffisamment surveiller les cas où les pharmaciens ne tiennent pas compte des messages d'avertissement

concernant la consommation de médicaments. Il doit aussi bien analyser l'efficacité des messages d'avertissement. Le Ministère doit trouver des moyens appropriés de continuer à assurer un suivi rigoureux lorsqu'il constate une importante tendance à l'utilisation inappropriée de médicaments prescrits. De plus, il doit s'assurer que les vérifications sur place des pharmacies et des fournisseurs de soins dentaires exigées sont effectuées. Enfin, il doit améliorer l'efficacité de l'administration des prestations de transport pour des raisons de santé.

15.110 Améliorer la santé des Premières nations est une tâche complexe. Les programmes que fournit directement Santé Canada aux organisations des Premières nations ou en partenariat avec celles-ci représentent un aspect clé de cette tâche. Nous croyons que la mise en oeuvre en temps opportun et complète de nos recommandations de 1997 contribuera à améliorer les services de santé offerts aux Premières nations.

Réponse globale du Ministère : *Le Ministère considère qu'il est important de présenter un certain contexte autour des réponses. De façon plus précise, le Ministère maintient son engagement à mettre en oeuvre les mesures décrites dans ses réponses aux Rapports de 1997 et de 2000. Bien que des mesures aient été prises à la suite de toutes les recommandations de 1997, ce qui a été confirmé dans le Rapport de 2000, plusieurs raisons expliquent le délai pour compléter la mise en oeuvre du plan d'action.*

Premièrement, l'élaboration du cadre de responsabilisation obligatoire, amorcée en réponse au Rapport de 1997, s'est révélée plus complexe qu'on ne l'avait cru au départ. Le cadre permettra au Ministère de démontrer la valeur des investissements dans les programmes, de cerner les lacunes, de gérer les risques pour la santé, d'améliorer sa capacité de prestation de

services et d'améliorer ses pratiques globales de gestion, le tout par le truchement de dix groupes de travail oeuvrant en partenariat avec les Premières nations et les Inuits. Les recommandations sont traitées au moyen de ce processus.

Deuxièmement, la mise en oeuvre du contrat de traitement des demandes de remboursement liées aux Services de santé non assurés s'est également révélée plus complexe que prévu, car le Ministère a tenu à s'assurer que les recommandations concernant la gestion des Services de santé non assurés soient appliquées intégralement. Les modifications de systèmes et les messages relatifs à l'utilisation des médicaments ont exigé une attention considérable, car le Ministère a voulu s'assurer que le système de traitement des demandes de remboursement soit supérieur à tout système du secteur privé. Le Ministère estime qu'il atteindra bientôt cet objectif et que, d'ici l'automne 2000, le système sera complètement mis en oeuvre. Il convient de noter que la gestion ministérielle des dépenses liées aux Services de santé non assurés a surpassé celle des régimes de prestations des secteurs privé et public, tant pour ce qui est des prestations pharmaceutiques que des prestations dentaires au cours de l'exercice 1999–2000.

Enfin, le Ministère a donné suite aux recommandations en partenariat avec les Premières nations et les Inuits. En fin de compte, cette approche de partenariat aidera à garantir le traitement des recommandations d'une manière qui appuie les objectifs des Premières nations et des Inuits, soit créer des programmes communautaires souples et établir des exigences de rapport appropriées qui répondent également à leurs besoins, et adopter un solide processus de gestion des Services de santé non assurés pouvant favoriser le transfert de ces services aux Premières nations.



À propos du suivi

Objectif

L'objectif de cette vérification était d'évaluer les progrès réalisés par Santé Canada quant aux mesures correctives à prendre à la suite des observations et des recommandations de notre chapitre de 1997 sur la santé des Premières nations et des recommandations du Comité des comptes publics en 1998.

Étendue

Le suivi portait sur les recommandations de notre *Rapport* de 1997, chapitre 13, sur la santé des Premières nations ainsi que les recommandations du Comité des comptes publics. Ces recommandations portent sur les programmes de santé de Santé Canada destinés aux Premières nations, y compris les programmes de santé communautaire offerts en vertu d'accords de contribution distincts, le transfert de la responsabilité des programmes de santé aux collectivités et les services de santé non assurés. Nous avons aussi entrepris un suivi des recommandations en suspens du chapitre 19 de notre *Rapport* de 1993 sur le Programme des services de santé non assurés.

Nous avons examiné un rapport d'étape ministériel sur les mesures prises en réponse aux recommandations. Dans le cas des programmes de santé communautaire offerts aux Premières nations en vertu d'accords de contribution et de transfert distincts, nous avons effectué une analyse détaillée d'un échantillon de 35 accords dans chaque catégorie. Nous avons aussi examiné la conception et les premières étapes de la mise en oeuvre de plusieurs nouvelles initiatives connexes et le Système d'information sur la santé des Premières nations. De plus, nous avons examiné les systèmes, les méthodes de contrôle et les pratiques de gestion actuels liés à la prestation des services de santé non assurés.

Nous avons réalisé des entrevues en profondeur avec des gestionnaires de programmes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et de certains bureaux régionaux, ainsi qu'avec l'entrepreneur de traitement des demandes de remboursement des prestations de soins dentaires et des médicaments prescrits. Nous avons aussi rencontré certains représentants de collectivités et d'organisations des Premières nations. De plus, nous avons examiné la documentation des programmes et la littérature connexe.

Critères

Nous nous attendions à ce que le Ministère ait mis en oeuvre les recommandations comme il s'était engagé à le faire dans ses réponses à notre chapitre de 1997 et auprès du Comité des comptes publics.

Équipe de vérification

Vérificatrice générale adjointe : Maria Barrados
Directeur principal : Ronnie Campbell
Directeur : Gerry Chu

Glenn Wheeler
Anil Risbud

Pour obtenir de l'information, veuillez communiquer avec M. Ronnie Campbell.

Annexe

Santé des Premières nations – suivi : évaluation globale des progrès réalisés

Référence ¹	Recommandation	Évaluation du BVG
Programmes de santé communautaire exécutés en vertu d'accords de contribution distincts et transfert de la responsabilité des programmes de santé aux collectivités		
13.36	Le Ministère devrait examiner sa structure de programmes et faire en sorte qu'elle reflète la façon dont ceux-ci sont réellement exécutés.	Progrès satisfaisants. Le Ministère a lancé un projet qui permettra de déterminer les objectifs particuliers de chaque programme et qui, à son avis, réduira le chevauchement des objectifs des programmes. Au moment de notre vérification, ces travaux n'étaient pas terminés; il existe donc toujours un chevauchement.
13.40	Le Ministère devrait faire en sorte que les accords de contribution précisent clairement les objectifs et les activités que chacune des Premières nations entend atteindre et poursuivre. Il devrait les encourager à établir des moyens pour mesurer le taux de réussite.	Progrès insatisfaisants. Dans de nombreux cas, les programmes ne comprennent toujours pas d'activités et d'objectifs clairs, propres à la collectivité visée.
13.44	Le Ministère devrait faire en sorte d'obtenir les rapports d'activités exigés en vertu des accords de contribution. Il devrait aussi travailler avec les Premières nations à l'amélioration de ces rapports, de façon qu'ils fournissent des renseignements sur les résultats obtenus.	Progrès satisfaisants. On note un peu d'amélioration. Toutefois, les rapports d'activités exigés ne sont pas présentés pour tous les programmes. Les rapports sont surtout des listes d'activités entreprises.
CPP n° 2	Que Santé Canada surveille les aspects des programmes de santé communautaire qui ne sont pas visés par des ententes de transfert. Cette surveillance doit être effectuée conformément aux politiques du Ministère, s'appuyer sur une évaluation approfondie des risques et être ciblée en conséquence.	Progrès insatisfaisants. La surveillance des exigences de rapport demeure faible. Le système automatisé des contributions, qui est proposé, ne fonctionne pas encore dans toutes les régions.
13.58	Le Ministère devrait faire en sorte que l'on établisse des plans de santé communautaire à jour répondant aux exigences de base, et que l'on se fonde sur ceux-ci aussi bien pour les ententes initiales de transfert que pour leur renouvellement.	Progrès insatisfaisants. De nombreuses ententes ont été renouvelées sans qu'un plan de santé communautaire à jour ait été préparé.
13.65	Le Ministère devrait travailler en collaboration avec les Premières nations à améliorer les méthodes de mesure des services rendus et des changements escomptés en matière de santé. Ces mesures devraient être incluses dans les rapports annuels. Le Ministère devrait aussi veiller à ce que les Premières nations effectuent les évaluations exigées de l'atteinte des objectifs des programmes.	Progrès insatisfaisants. Moins des deux tiers des dossiers d'accords de contribution examinés comprenaient un rapport annuel pour l'exercice 1998-1999. Ces dossiers comprenaient rarement des renseignements sur le rendement. Certaines ententes de transfert ont été renouvelées sans que des évaluations aient été effectuées. La qualité de certaines évaluations laissait à désirer.
13.70	Le Ministère devrait préciser la nature et l'étendue des vérifications requises en vertu des ententes de transfert et veiller à ce que les opinions de vérification exigées soient fournies.	Progrès satisfaisants. Le Ministère a révisé ses lignes directrices pour clarifier la nature et l'étendue des exigences globales en matière de vérification. Les évaluations exigées n'avaient pas été effectuées pour toutes les ententes de transfert. Les rapports de vérification fournis ne respectaient pas toutes les exigences.

¹ Dans la présente colonne, les indications renvoient aux recommandations présentées dans notre rapport de vérification (1997, chapitre 13) portant sur la Santé des Premières nations et aux recommandations formulées dans le cinquième rapport du Comité des comptes publics déposé en février 1998.

Référence	Recommandation	Évaluation du BVG
Programmes de santé communautaire exécutés en vertu d'accords de contribution distincts et transfert de la responsabilité des programmes de santé aux collectivités		
13.74	Le Ministère devrait faire en sorte que les évaluations futures déterminent la mesure dans laquelle l'initiative de transfert contribue à l'amélioration de la santé de la population des Premières nations.	Progrès insatisfaisants. Le Ministère croit qu'il faut accorder une plus grande importance aux évaluations communautaires, ce qui permettrait d'obtenir une meilleure information sur la santé et ainsi de déterminer si l'état de santé s'est amélioré. Comme il a déjà été mentionné, les évaluations communautaires étaient soit inappropriées, soit absentes.
CCP n° 1	Que Santé Canada surveille le transfert de la prestation des programmes de santé communautaire aux Premières nations et travaille avec ces communautés pour s'assurer que les conditions énoncées dans le cadre de responsabilité sont respectées. En particulier, le Ministère doit s'assurer que les exigences d'évaluation et de vérification (financière et intégrée) de toutes les ententes de transfert sont satisfaites.	Progrès insatisfaisants. Le cadre de responsabilisation est encore en voie d'élaboration. Comme il a déjà été mentionné, les exigences en matière de vérification et d'évaluation n'ont pas été respectées de façon satisfaisante.
CCP n° 3	Que Santé Canada fournisse de l'information sur la situation des programmes de santé communautaire dans ses rapports annuels de rendement. De l'information devrait également être donnée concernant l'état d'avancement du processus de transfert, les activités de surveillance du Ministère, les vérifications et les rapports exécutés, ainsi que les résultats obtenus sur le plan de la santé grâce aux programmes.	Progrès insatisfaisants. Les récents rapports sur le rendement du Ministère contiennent peu d'information sur la situation des programmes de santé communautaire, y compris les résultats obtenus.
Services de santé non assurés		
13.114	Lorsqu'il constate une importante tendance à l'utilisation inappropriée de médicaments prescrits, le Ministère devrait assurer un suivi plus rigoureux auprès des clients des services de santé non assurés, des médecins, des pharmaciens et des organismes professionnels.	Progrès satisfaisants. Un protocole a été mis en oeuvre pour assurer le suivi des cas laissant supposer l'éventualité d'une utilisation à mauvais escient de médicaments prescrits, et il a connu un certain succès. Cependant, puisque la direction doutait du caractère approprié de l'approche en l'absence du consentement du client ou d'une autorisation législative explicite, ce protocole a pris fin en mai 1999. Le Ministère examine en ce moment les moyens de régler cette situation.
13.120	Lors de la mise en oeuvre du système de traitement aux points de service pour les médicaments prescrits, le Ministère devrait veiller à faciliter une intervention rapide dans les cas où l'utilisation de médicaments prescrits pourrait être inappropriée. Le Ministère devrait rédiger un protocole clair orientant les interventions et surveiller étroitement les cas où les pharmaciens ne tiennent pas compte des messages d'avertissement. CCP n° 4 Que Santé Canada, en collaboration avec diverses administrations, examine la possibilité de voir les lois sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée modifiées pour que le système de traitement aux points de service puisse fournir plus d'information sur les ordonnances récentes. CCP n° 5 Que Santé Canada examine les cas où les pharmaciens ne tiennent pas compte de messages d'avertissement et conçoive une mesure d'incitation à l'intention des pharmaciens qui n'exécutent pas les ordonnances lorsque des messages d'avertissement sont émis.	Progrès insatisfaisants. Le système de traitement aux points de service fournit peu d'information, sous la forme de messages d'avertissement aidant les pharmaciens à prendre une décision concernant la délivrance d'une ordonnance. Des demandes ont donc été rejetées. Par contre, Santé Canada n'a pas adéquatement surveillé les cas où les pharmaciens n'ont pas tenu compte de ces messages d'avertissement, ni entrepris une analyse adéquate de leur efficacité. Le Ministère a conclu des accords avec trois organismes pharmaceutiques provinciaux, accords portant sur l'indemnisation des pharmaciens pour leurs services professionnels lorsqu'ils ne remplissent pas une ordonnance pour des raisons valables. Peu d'entre eux se sont prévalus de cette disposition.

Référence	Recommandation	Évaluation du BVG
Services de santé non assurés (suite)		
13.123	Le Ministère devrait s'inspirer de ses stratégies actuelles pour régler le problème mixte de l'abus de médicaments prescrits et de l'abus de solvants et d'alcool, et accroître ses efforts dans le cadre des programmes de santé communautaire en ce qui concerne la prévention, la sensibilisation de la population et le traitement de la toxicomanie engendrée par la consommation de médicaments prescrits.	Progrès satisfaisants. La polytoxicomanie est un problème systémique, à long terme et complexe. Le Ministère continue de déployer des efforts à ce sujet.
13.140	Santé Canada devrait préciser et appliquer l'exigence du contrat, selon laquelle l'entrepreneur doit mener une vérification des fournisseurs de services pharmaceutiques et de soins dentaires. Le Ministère devrait prendre des mesures appropriées pour améliorer les contrôles et les vérifications automatiques du système de traitement des demandes, et améliorer l'évaluation des demandes et les vérifications des fournisseurs.	Progrès insatisfaisants. Le Ministère a tardé à élaborer une stratégie de vérification fondée sur une évaluation appropriée des risques et à l'intégrer à son nouveau contrat de traitement des demandes de remboursement des pharmaciens et des fournisseurs de soins dentaires. Il a aussi été incapable de s'assurer que l'entrepreneur effectuerait les vérifications sur place des pharmacies et des fournisseurs de soins dentaires exigées. Les problèmes liés aux vérifications automatiques utilisées pour détecter les demandes en double ont été réglés.
13.149	Santé Canada devrait établir des critères clairs et des normes minimales en matière de prestations de transport pour des raisons de santé. Il devrait également entreprendre des vérifications des dépenses de transport pour des raisons de santé, fondées sur une évaluation des risques.	Progrès insatisfaisants. La mise à jour des directives nationales en matière de transport n'est pas encore terminée. Il est impossible de savoir si les dépenses de transport remboursées directement aux fournisseurs ont été vérifiées.
CCP n° 6	Que Santé Canada règle les problèmes systémiques associés au Programme des services de santé non assurés avant que ce programme puisse être transféré aux Premières nations.	Progrès insatisfaisants. Comme il a déjà été mentionné, de nombreux problèmes n'ont pas encore été réglés.
CCP n° 7	Que Santé Canada adopte et utilise le cadre régissant le transfert des programmes de santé communautaire lorsqu'il transférera le Programme des services de santé non assurés aux Premières nations.	Progrès insatisfaisants. Les projets pilotes de transfert des services de santé non assurés n'ont pas tous été évalués. Un nouveau cadre de responsabilisation est encore en voie d'élaboration.
CCP n° 8	Que Santé Canada envoie au Comité d'ici le 1 ^{er} juin 1998 une copie du nouveau contrat de traitement des demandes de remboursement présentées par les fournisseurs de soins pharmaceutiques et de soins dentaires.	Réalisation. Une copie du nouveau contrat a été fournie au Comité.
CCP n° 9	Que Santé Canada travaille en collaboration avec les Premières nations pour faire de la thérapie optimale l'objectif fondamental du Programme des services de santé non assurés et qu'il décrive les efforts faits à cet égard dans ses rapports annuels de rendement.	Progrès insatisfaisants. Le processus de prédétermination des soins dentaires a été mis en oeuvre. Comme il a déjà été mentionné, le Ministère a mis fin au protocole de suivi de la consommation de médicaments, qui fait partie d'une stratégie visant à améliorer la pharmacothérapie. Le récent rapport sur le rendement annuel du Ministère contient très peu d'information à ce sujet.

Référence	Recommandation	Évaluation du BVG
Services de santé non assurés (suite)		
CCP n° 10	Que Santé Canada remette au Comité une copie de son plan d'action pour la mise en oeuvre des recommandations du vérificateur général d'ici le 30 avril 1998. Ce plan devrait proposer des dates cibles de mise en oeuvre et indiquer comment le Ministère entend surveiller les changements et les résultats obtenus et en rendre compte.	Réalisation. Un plan d'action a été remis au Comité en février 1998. Le Ministère a avisé le Comité qu'il avait l'intention de mettre ce plan à jour chaque semestre, jusqu'à sa mise en oeuvre intégrale.

Légende

Réalisation – le Ministère a pris des mesures à la suite des constatations de la vérification initiale et n'a donc pas à en prendre d'autres. Notre bureau n'assurera pas d'autre suivi.

Progrès satisfaisants – le Ministère a réalisé des progrès satisfaisants à la suite des constatations initiales, mais doit prendre d'autres mesures. Notre bureau assurera un suivi.

Progrès insatisfaisants – le Ministère n'a pas réalisé de progrès satisfaisants à la suite des constatations initiales et doit prendre des mesures d'importance. Notre bureau assurera un suivi.