



Anciens Combattants
Canada

Veterans Affairs
Canada

ÉVALUATION DU PROGRAMME D'AVANTAGES POUR SOINS DE SANTÉ

Finale : janvier 2014

Direction générale de la
vérification et de l'évaluation

Canada 

(page vierge)

Table des matières

SOMMAIRE	i
1.0 Introduction	1
2.0 Portée et méthodologie	2
3.0 Pertinence	4
3.1 Besoin continu du Programme	4
3.2 Harmonisation avec les priorités et les responsabilités gouvernementales	6
4.0 Rendement	8
4.1 Réalisation des résultats escomptés	8
4.2 Démonstration d'économie et d'efficience	14
5.0 Conclusions	19
6.0 Recommandations, réponses et plans d'action de la direction	21
7.0 Distribution	23
Annexe A – Aperçu des groupes d'avantages et de services	A-1
Annexe B – Modèle logique du Programme d'avantages pour soins de santé	B-1

SOMMAIRE

Contexte

L'évaluation du Programme d'avantages pour soins de santé a été réalisée conformément au plan d'évaluation axé sur le risque qu'Anciens Combattants Canada (ACC) a approuvé pour les exercices 2012 à 2017.

Le Programme d'avantages et services de soins de santé, communément appelé le « Programme des avantages médicaux » permet aux vétérans d'obtenir des avantages pour soins de santé complémentaires¹. Il existe 14 groupes de soins de santé complémentaires, offrant une vaste gamme d'avantages et de services. L'annexe A présente un aperçu des avantages et des services offerts.

Le Programme d'avantages pour soins de santé, ci-après appelé « le Programme », s'inscrit dans le cadre du régime de soins de santé du Canada et contribue au bien-être des bénéficiaires. En 2011-2012, le Programme a permis de financer des avantages et des services pour la somme de 262 millions de dollars. Le Programme est exécuté par l'entremise de diverses sections du Ministère, en collaboration avec un entrepreneur spécialisé en traitement des demandes de soins de santé. Les bénéficiaires sont principalement des vétérans qui reçoivent des pensions ou des indemnités d'invalidité. Certains vétérans sont également admissibles par l'intermédiaire d'autres Programmes d'Anciens Combattants Canada. L'évaluation portait uniquement sur les vétérans ayant servi en temps de guerre et ceux des Forces armées canadiennes (FAC) admissibles au Programme. Les avantages et les services fournis dans le cadre du Programme de réadaptation du Ministère n'ont pas été soumis à un examen.

Les évaluateurs ont examiné la pertinence et le rendement du Programme conformément aux exigences des politiques et des documents d'orientation connexes du Secrétariat du Conseil du Trésor. Leurs résultats et leurs conclusions sont fondés sur l'analyse de nombreuses sources de données qualitatives et quantitatives.

¹ La Partie I, « Avantages pour soins de santé », du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* définit les avantages médicaux comme le mécanisme servant à offrir de l'aide aux bénéficiaires. Toutefois, dans l'architecture des activités de programme du Ministère, ce concept est désigné par l'expression « avantages et services de soins de santé ». Comme la présente évaluation se fonde sur l'architecture des activités de programme, c'est l'expression « avantages et services de soins de santé » qui a été retenue ici.

Résultats généraux

Pertinence

Le Programme s'harmonise avec les priorités du gouvernement du Canada et les plans stratégiques du Ministère. L'évaluation a permis de confirmer que le Programme continue de répondre à un besoin. Bien que les bénéficiaires sont généralement satisfaits du Programme, les taux de satisfaction varient grandement, selon qu'il s'agisse de bénéficiaires des FAC ou de bénéficiaires ayant servi en temps de guerre². En effet, les bénéficiaires ayant servi en temps de guerre indiquent taux de satisfaction plus élevé. Cela pourrait être en partie attribuable au fait que les bénéficiaires ayant servi en temps de guerre ont accès à un plus grand nombre d'avantages et connaissent plus le Programme et les avantages et services qu'il comprend. Les vétérans des FAC ont de plus en plus recours au Programme, mais plus de la moitié de ceux qui y sont admissibles ne se sont pas prévalus des avantages et des services offerts. Un certain nombre de raisons sont susceptibles d'expliquer ce non-recours, notamment : la méconnaissance des avantages et des services offerts et l'accès à des traitements par d'autres sources (p. ex. : les provinces).

Depuis 2010-2011, les vétérans des FAC forment la majorité des bénéficiaires admissibles au Programme. Un examen des données révèle que ce groupe souffre de problèmes de santé complexes variés. Afin que le Programme demeure pertinent, particulièrement pour les bénéficiaires des FAC, le Ministère doit continuer d'en moderniser les avantages et les services ainsi que le mode d'exécution. En outre, le Ministère doit continuer de perfectionner la communication avec les vétérans afin de veiller à ce que ceux-ci connaissent les avantages et les services qui sont à leur disposition.

Réalisation des résultats escomptés

L'efficacité et le succès d'un programme se mesurent généralement à l'aide de stratégies de mesure du rendement assorties d'indicateurs et de résultats attendus. Les résultats obtenus dans le cadre du Programme sont plus favorables pour la population de vétérans ayant servi en temps de guerre. De manière générale, ces bénéficiaires ont un meilleur accès aux avantages et aux services du Programme que les vétérans des FAC, ils y ont davantage recours et s'en disent plus satisfaits. En améliorant ses indicateurs de réussite, le Ministère pourrait recueillir des renseignements supplémentaires qui lui permettraient de mesurer avec plus de précision les résultats du Programme pour les deux groupes de bénéficiaires.

² Les vétérans ayant servi en temps de guerre sont les hommes et les femmes qui ont combattu pendant la Première Guerre mondiale, la Seconde Guerre mondiale et la guerre de Corée. Les vétérans des FAC sont les hommes et les femmes qui ont servi après la Seconde Guerre mondiale (à l'exclusion de la guerre de Corée).

Démonstration d'efficacité et d'économie

Les évaluateurs ont cerné des gains d'efficacité que le Ministère pourrait réaliser en changeant ses processus, par exemple un service accru aux points de vente³. On a effectué une comparaison des coûts administratifs d'autres ministères fédéraux qui fournissent des programmes et des services semblables. Cependant, à cause des différences entre les programmes, une comparaison des coûts administratifs de l'exécution des programmes ne serait pas pertinente. Un récent examen d'initiatives menées par ACC visant à accroître l'efficacité du Programme révèle que même si le Ministère a réalisé des progrès, certaines initiatives n'ont pas encore atteint les objectifs fixés.

Les constatations et conclusions de l'évaluation ont mené à la formulation des recommandations qui suivent.

Recommandation 1 :

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint des Politiques, des Communications et de la Commémoration collabore avec le sous-ministre adjoint de la Prestation des services afin que les attentes des demandeurs et des bénéficiaires ayant servi dans les FAC s'harmonisent mieux avec les avantages et les services offerts dans le cadre du Programme, par les moyens suivants : (Essentiel)

- i. concevoir et mettre en œuvre des moyens de recueillir une rétroaction plus précise et complète auprès des vétérans des FAC par rapport à leurs attentes et à leur degré de connaissance du Programme;**
- ii. fournir aux demandeurs et aux bénéficiaires ayant servi dans les FAC de l'information claire sur les critères d'admissibilité, les avantages particuliers fournis et des précisions quant au processus.**

Recommandation 2 :

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint de la Prestation des services examine et actualise la Stratégie de mesure du rendement pour y inclure des mesures plus appropriées qui lui permettront de mieux évaluer l'efficacité du Programme. (Essentiel)

³ Un système de points de vente permet le traitement électronique des transactions, y compris la détermination de l'admissibilité et l'autorisation de transactions en temps réel au point de vente.

1.0 Introduction

Pendant la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement du Canada a instauré un ensemble complet de programmes, de services, de pensions et d'indemnités pour aider les vétérans à réintégrer la vie civile. Les soins de santé représentaient un élément important de ce cadre de mesures. Au fil des ans, l'assistance médicale offerte par Anciens Combattants Canada (ACC) et les modalités de prestation de ce service ont changé pour répondre aux besoins changeants des vétérans et pour s'adapter aux modifications apportées au régime de soins de santé canadien.

Le Programme d'avantages pour soins de santé d'ACC fournit aux vétérans admissibles un soutien financier qui leur permet d'accéder à des avantages et à des soins de santé complémentaires. Il offre une gamme complète d'avantages et de services classés en 14 groupes, qui sont décrits brièvement à l'Annexe A :

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 1. Aides à la vie quotidienne | 8. Soins infirmiers |
| 2. Services d'ambulance | 9. Inhalothérapie |
| 3. Services audiologiques (ouïe) | 10. Médicaments sur ordonnance |
| 4. Services dentaires | 11. Prothèses et orthèses |
| 5. Services hospitaliers | 12. Services paramédicaux |
| 6. Services médicaux | 13. Équipement spécial |
| 7. Fournitures médicales | 14. Soins de la vue (yeux) |

En 2011-2012, le Programme a permis à 129 000 vétérans ayant servi en temps de guerre et vétérans des Forces armées canadiennes (FAC)⁴ admissibles d'accéder à des avantages pour soins de santé. Les dépenses qui y étaient affectées s'élevaient alors à 262 millions de dollars. Ces fonds permettent aux bénéficiaires d'obtenir des avantages et des services qui répondent à leurs besoins en matière de soins de santé. ACC administre le Programme depuis ses différents bureaux du pays en collaboration avec un entrepreneur chargé du traitement des demandes de soins de santé.

Admissibilité

ACC fournit aux bénéficiaires admissibles des services et des avantages pour soins de santé qui se classent dans l'une des deux catégories suivantes :

- Protection de catégorie A : pour le traitement d'une affection liée au service qui ouvre droit à une pension ou à une indemnité;

⁴ Les vétérans ayant servi en temps de guerre sont les hommes et les femmes qui ont combattu pendant la Première Guerre mondiale, la Seconde Guerre mondiale et la guerre de Corée. Les vétérans des FAC sont les hommes et les femmes qui ont servi après la Seconde Guerre mondiale (à l'exclusion de la guerre de Corée).

- Protection de catégorie B : pour le traitement de tout problème de santé approuvé, lorsque les avantages ne sont pas accessibles sous forme de services assurés dans le cadre du régime de soins de santé provincial ou lorsque les vétérans n'y ont pas accès à titre d'anciens membres des FAC. La protection de catégorie B est offerte aux vétérans atteints d'une déficience moyenne ou grave, aux bénéficiaires dont le revenu est admissible, à certains bénéficiaires du Programme pour l'autonomie des anciens combattants ou du Programme des soins de longue durée.

2.0 Portée et méthodologie

L'examen du Programme portait sur les exercices 2009-2010 à 2011-2012. Les évaluateurs se sont concentrés sur les avantages fournis aux vétérans ayant servi en temps de guerre et aux vétérans des FAC. L'évaluation ne portait pas sur le Programme de réadaptation d'ACC, qui, tout en s'inspirant du modèle d'exécution du Programme d'avantages pour soins de santé, s'assortit de critères d'admissibilité et de pouvoirs d'approbation distincts.

Les évaluateurs ont examiné les cinq questions fondamentales énoncées dans la *Directive sur la fonction d'évaluation* du Conseil du Trésor pour aider la haute direction du Ministère à prendre de futures décisions concernant la conception et la prestation des avantages et services de soins de santé. Ces cinq questions fondamentales sont énumérées ci-dessous.

Tableau 1 – Cinq questions fondamentales à prendre en compte dans l'évaluation

<i>Pertinence :</i>	<i>Rendement :</i>
1. Besoin continu du programme 2. Conformité aux priorités du gouvernement 3. Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement	4. Réalisation des résultats escomptés 5. Démonstration d'efficacité et d'économie

L'évaluation a été réalisée entre mai 2012 et mars 2013. Les évaluateurs ont eu recours à diverses sources de données pour évaluer la pertinence et le rendement du Programme. Le tableau 2, présenté ci-dessous, dresse la liste des méthodes employées.

Tableau 2 – Liste des méthodes employées

Méthode	Source
Examen qualitatif	
Examen documentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports ministériels (lois, règlements, documents de programme et documents de planification, rapports de vérification et d'évaluation) • Documents sur les programmes d'autres pays (le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Australie) • Rapports de vérification et d'évaluation d'autres ministères fédéraux • Rapports et études sur les soins de santé au Canada
Examen d'études	<ul style="list-style-type: none"> • Études de la Direction de la recherche d'ACC • Études effectuées par d'autres ministères fédéraux qui offrent des programmes de soins de santé
Entrevues avec des informateurs clés (entrevues structurées et semi-formelles)	<p>Série de 50 entrevues en personne, par téléphone ou par vidéoconférence avec les personnes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnel d'ACC • Personnel de Medavie • Experts d'autres ministères fédéraux et provinciaux
Examen quantitatif	
Examen de dossiers	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de 270 dossiers de bénéficiaires aléatoirement choisis (niveau de confiance de 90 % et marge d'erreur de ± 5 %)
Examen des statistiques et des données sur le Programme	<ul style="list-style-type: none"> • Données de la Direction des statistiques d'ACC • Données de mesure du rendement du Programme • Données de l'Enquête nationale auprès des bénéficiaires • Données sur le traitement des demandes par l'entrepreneur • Données de groupes de réflexion et de sondages d'opinion antérieurs administrés auprès du public et des vétérans

Considérations et restrictions rattachées à l'évaluation

Les évaluateurs ont tenu compte des facteurs suivants pendant la conception de l'évaluation :

- L'évaluation couvrait l'ensemble des principales composantes du Programme à un niveau général, afin de créer une base de référence pour les études à venir.
- Au moment de l'évaluation, le Programme faisait l'objet de changements importants (politiques, processus, mode d'exécution), tout comme les ressources utilisées pour son administration.
- Les évaluateurs n'ont pas consulté directement les bénéficiaires ni les prestataires de services. Ils ont opté pour des entrevues avec le personnel local d'ACC et pour un examen des résultats de sondages antérieurs d'opinion

publique, de documents produits par des groupes d'intervenants et de dossiers de bénéficiaires.

- Comme le Ministère est en train de lancer un nouvel appel d'offres pour un nouveau contrat de traitement avec un tiers, les évaluateurs se sont abstenus de réaliser un examen détaillé des processus correspondants.

3.0 Pertinence

3.1 Besoin continu du Programme

Les bénéficiaires du Programme sont âgés entre 19 et 100 ans. Leurs besoins médicaux vont de problèmes mineurs et facilement traitables à des affections complexes et concomitantes. L'âge moyen des bénéficiaires qui ont servi en temps de guerre est de 88 ans. Ceux-ci doivent composer avec un état de santé qui se détériore et des problèmes liés à la fin de vie. Leurs besoins comprennent entre autres : soutien à domicile; aides auditives et aides à la mobilité; soins infirmiers; médicaments d'ordonnance et autres avantages et services fournis dans le cadre du Programme.

Les vétérans des FAC, qui représentent l'autre segment des bénéficiaires, sont âgés en moyenne de 58 ans. Des études récentes sur leur état de santé mettent en lumière la nécessité pour ACC d'offrir des programmes et des services qui viennent en aide aux personnes souffrant de problèmes de santé complexes⁵. La multiplicité et la diversité des troubles physiques, mentaux et sociaux signalés par les bénéficiaires témoignent bien de cette complexité. De plus, comparativement à la population générale, les militaires libérés entre 1998 et 2007 qui reçoivent des avantages d'ACC affirment plus souvent que leur qualité de vie est inférieure à la moyenne en raison de problèmes de santé⁶. Cela n'a rien d'étonnant, puisque les vétérans (tant les vétérans ayant servi en tant de guerre que les vétérans des FAC) qui souffrent de problèmes de santé chroniques et d'invalidités s'adressent à ACC pour obtenir de l'aide à l'égard de leurs soins de santé.

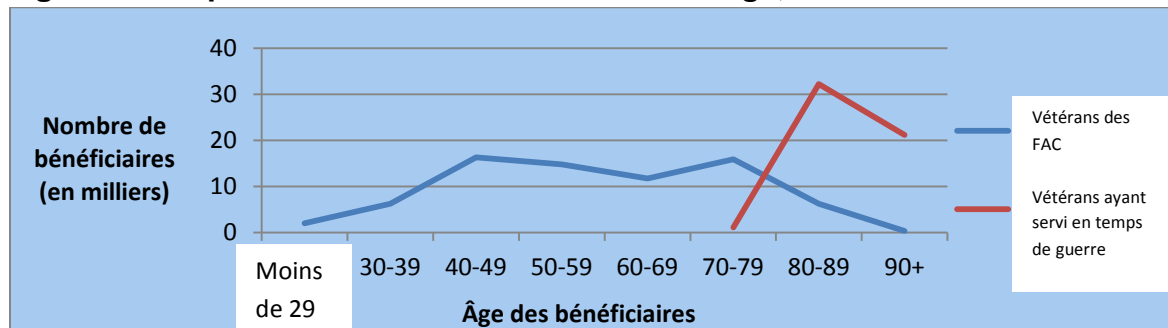
Les deux groupes de bénéficiaires sont souvent considérés comme distincts. Cependant, parmi les bénéficiaires, un certain nombre de vétérans des FAC (9 %) se classent dans une tranche d'âge (70 à 79 ans) similaire à celle des vétérans ayant servi en temps de guerre. En outre, 22 % des vétérans des FAC s'approchent eux-aussi de cette tranche d'âge. Comme l'âge est un indicateur de l'état de santé, on peut présumer

⁵ Thompson, J. M., M. B. MacLean, L. Van Til, K. Sodom, J. Sweet, A. Poirier, J. Adams, V. Horton, C. Campbell et D. Pedlar. *Sondage sur la transition à la vie civile : Rapport sur la santé des vétérans de la Force régulière*, Direction de la recherche, Anciens Combattants Canada, Charlottetown, et directeur général, Recherche et analyse (personnel militaire), ministère de la Défense nationale, Ottawa, 4 janvier 2011, 103 p., p. 10.

⁶ *Ibid.*, p. 77.

que les besoins de ces vétérans des FAC sont semblables à ceux des vétérans ayant servi en temps de guerre qui se trouvent dans la même catégorie d'âge.

Figure 1 – Répartition des bénéficiaires selon l'âge, au 31 mars 2012



Source : Fiche de renseignements trimestrielle d'ACC, mars 2012

Les deux groupes se distinguent également par l'accès à des régimes d'assurance-santé privés ou publics. Les vétérans des FAC affirment majoritairement disposer d'une protection pour : les médicaments (86 %), les soins dentaires (69 %) et les soins de la vue (66 %)⁷. Par le passé, l'assurance-santé était moins accessible aux vétérans ayant servi en temps de guerre. Par conséquent, ACC leur facilitait l'accès à ces services dans le cadre de sa protection de catégorie B.

Le Programme répond aux besoins de la majorité des bénéficiaires admissibles. D'après un examen des dossiers, 90 % des bénéficiaires ayant des besoins reconnus recevaient les avantages et les services nécessaires pour y répondre. Dans 9 % des cas, une demande d'avantages ou de services avait été formulée et soit la demande était en traitement, soit les renseignements versés au dossier étaient limités et ne permettaient pas de tirer une conclusion. Moins de 1 % des bénéficiaires semblaient avoir des besoins non comblés.

La détermination de l'admissibilité peut s'avérer difficile pour le personnel d'ACC et porter à confusion pour les bénéficiaires. En effet, les critères d'admissibilité sont complexes et s'appuient à la fois sur le service, le revenu et le besoin, entre autres. Par ailleurs, les attentes individuelles à l'égard de l'accès aux avantages et aux services ne correspondent pas toujours aux critères d'admissibilité en vigueur (voir la section 4.1).

Le Programme évolue au fil des besoins changeants des bénéficiaires. De 2008 à 2012, un examen des avantages et des services a donné lieu à de nombreuses mises à jour aux programmes. Au cours des cinq dernières années, la Direction de la recherche

⁷ MacLean M. B., L. VanTil, D. Kriger, J. Sweet, A. Poirier, et D. Pedlar, *Bien-être des vétérans des Forces canadiennes : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003. Anciens Combattants Canada, Rapport technique de la Direction de la recherche, Charlottetown, 10 mai 2013, 64 p.

du Ministère a dirigé plusieurs initiatives⁸ qui ont permis de recueillir des données utiles sur les problèmes de santé des vétérans. Pour que le Programme continue de répondre aux besoins actuels et futurs des bénéficiaires admissibles, ACC aurait tout avantage à continuer d'examiner l'efficacité des nouveaux types de traitements (voir la section 4.2 pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les prévisions relatives au Programme).

3.2 Harmonisation avec les priorités et les responsabilités gouvernementales

Le Programme s'harmonise avec les priorités que le gouvernement du Canada a énoncées dans le discours du Trône de juin 2011 : continuer « de reconnaître et d'appuyer les anciens combattants » et « respecter les compétences provinciales et collaborer avec les provinces pour veiller à la viabilité du système de soins de santé et à la reddition de comptes ».

Le Programme s'harmonise également avec le secteur de résultat « Des Canadiens en santé⁹ » du gouvernement du Canada, car les participants se voient offrir l'accès à des avantages qui visent à répondre à leurs besoins en matière de soins de santé.

Le Programme respecte les compétences provinciales conformément à la *Loi canadienne sur la santé*, en fournissant une aide financière aux vétérans admissibles en vertu du mandat et des responsabilités d'ACC. Les vétérans admissibles ont droit aux avantages énumérés dans le *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* ou dans la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*.

Le Programme représente un élément clé du mandat d'ACC, du fait qu'il contribue « aux soins, au traitement ou à la réinsertion dans la vie civile¹⁰ » des vétérans.

Comparaison du Programme avec ceux d'autres pays

Les évaluateurs ont examiné les programmes d'un certain nombre d'autres pays. Une analyse plus poussée des programmes de soins de santé offerts par les gouvernements de l'Australie et des États-Unis a été effectuée parce que ces pays comportent un grand nombre d'éléments de comparabilité avec le Canada. En effet, ces trois pays fournissent différents niveaux d'aide financière au regard des avantages pour soins de santé et des services. Il existe cependant un critère d'admissibilité commun,

⁸ Notamment : l'*Enquête sur la transition à la vie civile : rapport sur les vétérans de la force régulière*, 2011; *V pour vétéran : Un profil des vétérans de la Force régulière au sein des Forces canadiennes qui ont été libérés entre 1998 et 2007*; et *Facteurs d'accroissement des coûts de santé : clients des Forces armées canadiennes*, 2013.

⁹ Secrétariat du Conseil du Trésor – Aperçu des dépenses et du rendement du gouvernement.

¹⁰ *Loi sur le ministère des Anciens Combattants*. Paragraphe (i).

les blessures subies pendant le service actif. En outre, chaque pays applique des restrictions particulières aux avantages et aux services en fonction de l'admissibilité. Malgré l'existence de plusieurs facteurs comparables, chaque pays possède son propre système de soins de santé. Par conséquent, la prestation des services et des avantages aux vétérans varie d'un pays à l'autre.

Risque de chevauchement avec d'autres programmes canadiens

La plupart des soins de santé complémentaires qui sont dispensés aux citoyens canadiens relèvent d'assureurs privés et, dans une moindre mesure, des provinces. Ces avantages ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*. Chaque province offre sa propre série de programmes d'avantages complémentaires. Les niveaux de service offerts et les critères d'admissibilité diffèrent d'une province à l'autre, mais, dans la plupart des programmes, les avantages sont assujettis à un examen du revenu, associés à l'âge et démographiquement définis. Par conséquent, il existe un certain chevauchement entre les programmes provinciaux, les programmes communautaires et le Programme d'avantages pour soins de santé. Les risques de chevauchement sont exacerbés par le fait qu'ACC ne surveille pas de façon systématique l'accès des bénéficiaires à d'autres soins de santé fournis par des assureurs publics ou privés. Parce que la couverture de soins de santé relève à la fois de deux paliers de gouvernement, dans certaines provinces, lorsqu'on apprend que le résidant est un vétéran, on l'aiguille parfois vers ACC, qu'il soit admissible ou non aux services du Ministère.

Le risque de chevauchements est géré comme suit :

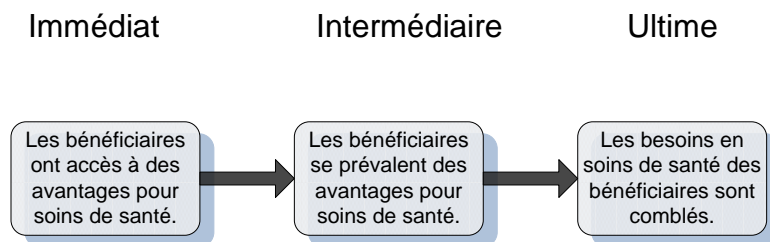
- Si le besoin médical du vétéran est le résultat de blessures liées au service, les soins de santé relèvent du gouvernement fédéral par l'intermédiaire d'ACC.
- Si le besoin médical du vétéran ne résulte pas de blessures liées au service, il est conseillé au vétéran de se prévaloir d'abord de sa protection provinciale ou d'une assurance-santé privée.

Ces processus produisent des résultats mélangés. Dans certaines situations, ACC absorbe le coût de services qui auraient dû être couverts par les provinces, et vice versa. Ce constat est corroboré par d'autres rapports ministériels. Le Ministère cherche actuellement à déterminer l'ampleur du problème et à le régler grâce à une combinaison de mesures à court et à long terme.

4.0 Rendement

4.1 Réalisation des résultats escomptés

Les activités et les extrants du Programme devraient contribuer aux trois résultats suivants¹¹ :



La présente section porte sur les progrès réalisés en vue de l'atteinte de chacun des résultats du Programme.

Résultat immédiat : Les vétérans admissibles et les autres bénéficiaires du Programme ont accès à des avantages pour soins de santé.

Les bénéficiaires obtiennent l'accès au Programme d'avantages pour soins de santé d'ACC par l'intermédiaire d'autres programmes d'ACC, principalement le Programme de prestations d'invalidité. Une décision favorable en réponse à une demande de prestations d'invalidité permet aux bénéficiaires d'accéder à des avantages pour soins de santé qui sont directement liés à une affection attribuable au service¹². Il n'existe pas de processus de demande distinct pour le Programme.

L'accès est ensuite défini par catégorie de bénéficiaire :

- Les bénéficiaires sous la protection de catégorie A ont accès aux avantages et aux services accessibles qui sont liés à leur affection ouvrant droit à pension ou à indemnité;
- Les bénéficiaires sous la protection de catégorie B ont accès à tout avantage ou service approuvé en fonction de leur besoin médical, qu'il s'agisse ou non d'une

¹¹ L'annexe B renferme un modèle logique qui illustre les liens entre les diverses composantes du Programme.

¹² Remarque : Les services d'ambulance et les déplacements à des fins médicales, les services hospitaliers, les soins médicaux et les médicaments sur ordonnance sont automatiquement fournis à toutes les catégories de bénéficiaires pour leur affection ouvrant droit à pension ou à indemnité.

affection liée au service, dans la mesure où il n'est pas accessible à titre de service assuré en vertu du régime de soins de santé provincial, ni accessible aux anciens membres des FAC.

Un examen des dossiers des bénéficiaires mené par les évaluateurs ainsi qu'une analyse des données du Programme indiquent que la majorité des bénéficiaires ayant servi en temps de guerre ont accès à la protection de catégorie B offerte par le Programme. Les bénéficiaires des FAC bénéficient majoritairement d'un accès à la protection de catégorie A pour des affections liées au service, et ils ont également accès à des soins de santé supplémentaires par l'intermédiaire des régimes privés/publics d'assurance médicale.

Le tableau 3 qui suit présente une ventilation des bénéficiaires admissibles au Programme par exercice, de 2009-2010 à 2011-2012. De 2009-2010 à 2011-2012, ACC a enregistré une baisse de 18 % du nombre de bénéficiaires admissibles ayant servi en temps de guerre, ainsi qu'une hausse de 15 % du nombre de bénéficiaires admissibles parmi les vétérans des FAC. Ces changements se sont traduits par une baisse nette totale de 2 % du nombre des bénéficiaires admissibles.

Tableau 3 – Bénéficiaires admissibles au Programme en fin d'exercice (31 mars)

Bénéficiaires admissibles	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Écart (de 2009-2010 à 2011-2012)
Vétérans ayant servi en temps de guerre	68 769	62 999	56 191	-18%
Vétérans des Forces armées canadiennes	62 895	68 341	72 466	15 %
Total	131 664	131 340	128 657	-2 %*

Source : Direction des statistiques d'ACC.

* La somme des pourcentages d'écart au sein de chaque groupe ne donne pas le pourcentage d'écart total.

Même si le tableau 3 ne le reflète pas, il convient de préciser que le nombre de bénéficiaires des FAC qui demandent une nouvelle évaluation de leur admissibilité à des prestations d'invalidité et qui ont déclaré de nouvelles affections a doublé depuis 2009-2010 (pour passer de 1 736 à 3 479)¹³. Ces demandes concernent bien souvent des affections multiples et se traduisent par un meilleur accès aux avantages et services de soins de santé offerts par ACC aux bénéficiaires des FAC.

¹³ Direction des statistiques d'ACC.

Connaissance du Programme

Il existe un nombre croissant de renseignements anecdotiques attestant que les attentes des bénéficiaires des FAC à l'égard de l'accès aux avantages et services ne concordent pas toujours avec les critères d'admissibilité en vigueur. À titre d'exemple, les renseignements recueillis lors des entrevues avec le personnel local d'ACC révèlent qu'il règne une certaine confusion chez les bénéficiaires en ce qui a trait aux avantages accessibles. Le personnel doit souvent fournir des explications détaillées aux vétérans, aux familles et aux fournisseurs de soins au sujet de l'admissibilité aux avantages et aux services.

L'Enquête nationale auprès des bénéficiaires de 2010 a également confirmé l'existence de certains problèmes entourant le degré de sensibilisation au Programme chez les vétérans des FAC. Le sondage révèle que 66 % des bénéficiaires des FAC disent avoir une bonne ou une très bonne connaissance des avantages pour soins de santé auxquels ils ont accès, comparativement à 86 % chez les bénéficiaires ayant servi en temps de guerre.

Le rapport de 2012 du vérificateur général du Canada¹⁴ et les sondages d'opinion publique d'ACC¹⁵ renferment des données qualitatives qui viennent corroborer les conclusions au sujet du degré de connaissance du Programme. Dans ces documents, les bénéficiaires des FAC ont indiqué que les critères d'admissibilité d'ACC sont complexes, et ils ont exprimé le désir d'obtenir des renseignements plus détaillés sur les critères d'admissibilité au Programme et aux avantages ainsi que sur les processus ministériels.

ACC a lancé des initiatives – notamment, l'accroissement de la présence Web et l'amélioration des documents imprimés – destinées à améliorer la communication de renseignements aux vétérans, surtout aux bénéficiaires des FAC. ACC surveille l'efficacité de ces nouveaux outils de communications.

Caractère opportun de l'accès

La délivrance de la carte d'identité pour soins de santé peut servir d'outil de mesure du rendement pour évaluer le caractère opportun des services fournis. Le délai officiel de six semaines pour la délivrance de la carte a été entièrement respecté tout au long de

¹⁴ Rapport du vérificateur général du Canada – Automne 2012. Chapitre 4 – La transition à la vie civile des militaires malades ou blessés, 2012.

¹⁵ Phase 5. Évaluation de l'efficacité des produits de communication destinés aux vétérans des Forces canadiennes, 2012. Harris/Décima. Degré de connaissance et de sensibilisation des vétérans et des anciens combattants relativement aux services et aux avantages offerts par Anciens Combattants Canada, 2012.

la période d'évaluation définie¹⁶. Un taux de respect de 100 %¹⁷, sur trois ans donne à penser que la norme relative au délai d'exécution pourrait être resserrée.

Les autres mesures du rendement employées pour évaluer l'accès aux avantages pour soins de santé ne tiennent pas compte du délai d'attente imposé au bénéficiaire par le processus de détermination de l'admissibilité (c.-à-d. pour l'examen de la demande de pension ou d'indemnité d'invalidité). Les vétérans qui présentent une demande de prestations d'invalidité n'obtiennent leur carte d'identité pour soins de santé que lorsqu'ils reçoivent une décision favorable. La norme ministérielle établie pour le délai d'exécution, depuis la réception de tous les renseignements nécessaires jusqu'à la décision, est de 16 semaines. Comme le souligne le Rapport ministériel sur le rendement de 2011-2012, le taux de respect de cette cible était de 83 % en 2011-2012. Cette situation crée un risque pour les bénéficiaires dont les demandes sont incomplètes ou exigent un examen plus long, de même que pour les demandeurs qui pourraient être jugés admissibles, mais qui ne peuvent pas accéder à des soins de santé par leurs propres moyens dans l'attente d'une décision. Ces risques ont des incidences sur les bénéficiaires du Programme, mais il n'en sera pas question plus avant ici, du fait que le processus de demande de prestations d'invalidité dépasse le cadre de la présente évaluation.

Les bénéficiaires ont le droit d'appeler de la décision rendue dans le cadre du Programme. Les appels représentaient moins de 1 % des autorisations données en 2011-2012. Les données accessibles révèlent que 317 appels de premier palier et 206 appels de second palier ont été déposés en 2011-2012¹⁸. L'Unité des appels a enregistré un taux de rendement global de 80 %¹⁹ en rendant ses décisions dans une période de 12 semaines, ce qui correspond à la norme établie pour le délai d'exécution.

Depuis le 31 mars 2013, tous les appels de premier palier (à l'exception des appels touchant les soins dentaires et les médicaments sur ordonnance) sont évalués au sein d'une unité nationale d'examen. Ce changement devrait faciliter la collecte de données et la production de rapports sur les tendances.

¹⁶ ACC a envoyé par la poste 33 878 cartes d'identité pour soins de santé à ses bénéficiaires en 2011-2012. Ces cartes n'étaient pas toutes destinées à de nouveaux bénéficiaires. Il se peut également que certains bénéficiaires aient obtenu l'accès à des avantages ou à des services supplémentaires, en raison de nouvelles indemnités d'invalidité ou de leur admissibilité au Programme pour l'autonomie des anciens combattants ou au programme de soins de longue durée.

¹⁷ Secteur de la Prestation des services d'ACC, Résultats concernant les normes de service, exercice 2011-2012.

¹⁸ Les données sur les appels n'étaient pas accessibles dans trois des centres d'ACC, de sorte que les évaluateurs n'ont pas été en mesure d'analyser le processus d'appel complet du Programme.

¹⁹ Secteur de la Prestation des services d'ACC, Résultats concernant les normes de service, exercice 2011-2012.

Résultat intermédiaire :**Les vétérans admissibles et les autres bénéficiaires du Programme se prévalent des avantages pour soins de santé.**

Sur réception d'une décision favorable, les vétérans sont automatiquement considérés comme admissibles à certains avantages. Dans le cadre du Programme, le Ministère s'attend à ce que, si les bénéficiaires admissibles ont accès à des avantages pour soins de santé, ils s'en prévaudront dans la pleine mesure de leurs besoins. En 2011-2012, les deux tiers des bénéficiaires admissibles ont eu recours à au moins un avantage ou un service pour soins de santé tout au long de l'année²⁰.

Comme en témoigne le tableau 4 ci-dessous, l'évaluation des taux d'utilisation du Programme²¹ révèle un écart important entre les deux groupes de bénéficiaires. Le tableau montre que les vétérans ayant servi en temps de guerre ont davantage recours au Programme que les bénéficiaires des FAC pour les avantages et les services auxquels ils ont accès. Cette situation s'explique en partie par le fait que les bénéficiaires ayant servi en temps de guerre ont davantage accès aux avantages et aux services par la protection de catégorie B et qu'ils ont des besoins médicaux associés à leur âge.

Tableau 4 – Taux d'utilisation du Programme en fin d'exercice, 2011-2012

Groupes de vétérans	Nombre de bénéficiaires admissibles	Nombre de bénéficiaires utilisateurs	Taux d'utilisation
Bénéficiaires ayant servi en temps de guerre	56 191	51 682	94 %
Bénéficiaires des Forces armées canadiennes	72 466	33 867	47 %
Tous les bénéficiaires	128 657	85 549	67 %

Source : Direction des statistiques d'ACC

En 2011-2012, les affections médicales pour lesquelles les bénéficiaires ont obtenu une décision favorable étaient liées en majorité à des troubles de l'ouïe, à des problèmes musculosquelettiques et à des problèmes de santé mentale²². Les groupes d'avantages

²⁰ Direction des statistiques d'ACC.

²¹ On entend par l'expression « taux d'utilisation du Programme » le recours à au moins un avantage ou service pour soins de santé.

²² Livre des faits et des chiffres d'ACC, juin 2012, tableau 4f.

auxquels les bénéficiaires des FAC ont eu le plus recours étaient les médicaments sur ordonnance, les services audiologiques et les services paramédicaux. Dans le cas des vétérans ayant servi en temps de guerre, les groupes d'avantages les plus fréquemment demandés étaient les médicaments sur ordonnance, les services audiologiques et les services dentaires. Le tableau 5 (section 4.2) présente un aperçu de l'utilisation et des dépenses par type de bénéficiaire pour les trois groupes d'avantages les plus utilisés (c.-à-d. : les médicaments sur ordonnances, les services audiologiques et les services paramédicaux).

Les évaluateurs n'ont pas été en mesure de déterminer avec certitude pourquoi certains bénéficiaires admissibles n'ont pas recours au Programme. Les entrevues et les examens documentaires donnent à penser que certains bénéficiaires ne se prévalent pas des avantages médicaux pour les raisons suivantes :

- Méconnaissance du soutien et des services offerts;
- Accès à des soins d'autres sources (p. ex. régime de soins de santé provincial, police d'assurance personnelle ou Programme de réadaptation d'ACC);
- Légère détérioration de l'affection liée au service, mais insuffisante pour que l'aide d'ACC devienne nécessaire;
- Conviction que les soins accessibles n'amélioreront pas la situation.

En résumé, le Programme permet aux bénéficiaires d'obtenir des avantages et services pour soins de santé, ce qui contribue au résultat intermédiaire énoncé. D'autres facteurs influent également sur ce résultat, par exemple l'existence d'une assurance-santé complémentaire.

Résultat ultime : **Les besoins en soins de santé des vétérans admissibles et des autres bénéficiaires du Programme sont comblés.**

En principe, si les bénéficiaires admissibles ont accès à des avantages pour soins de santé et s'ils s'en prévalent, on peut présumer que leurs besoins en matière de soins de santé seront comblés. Cependant, des facteurs externes peuvent également influencer sur le résultat (p. ex. autre protection ou autres programmes, choix personnel et disponibilité des fournisseurs).

ACC est l'un des partenaires d'un réseau de soins de santé complexe. Le Programme contribue à répondre aux besoins en matière de soins de santé des vétérans visés par le mandat d'ACC en leur fournissant des fonds qui les aideront à traiter les affections liées au service et leurs autres problèmes de santé.

ACC interagit souvent avec d'autres organismes, tels que ses homologues provinciaux du domaine de la santé, afin d'assurer un travail de coordination et de participer à la résolution des problèmes de santé des bénéficiaires. Les employés d'ACC qui ont participé à des entrevues ont majoritairement affirmé qu'ils consultent les responsables de programmes provinciaux ou communautaires afin de répondre aux besoins des bénéficiaires qui ne sont pas admissibles en vertu du Programme d'ACC.

Pour évaluer l'atteinte du résultat ultime, le Ministère compte surtout sur les renseignements fournis par les bénéficiaires recueillis principalement dans le cadre de l'Enquête nationale auprès des bénéficiaires. Les résultats du sondage de 2010 indiquent un écart considérable entre les réponses des bénéficiaires des FAC et celles des vétérans ayant servi en temps de guerre : 60 % des bénéficiaires des FAC et 92 % des bénéficiaires ayant servi en temps de guerre ont affirmé que le Programme répondait à leurs besoins. Comme il a été mentionné plus tôt dans la présente section, le Ministère a récemment entrepris des recherches sur l'opinion publique sous la forme de sondages et de groupes de réflexion pour recueillir des renseignements supplémentaires. Cette démarche devrait déboucher sur une meilleure connaissance et une meilleure compréhension des avantages et des services fournis par ACC.

Mesure de l'efficacité du Programme

Pour mesurer efficacement le succès du Programme, il faut des outils et des indicateurs de mesure appropriés qui permettent de recueillir de l'information pertinente sur les extrants et les résultats. Le Programme s'assortit d'une stratégie de mesure du rendement approuvée dans le cadre de laquelle d'importants volumes de données sont recueillis depuis trois ans. Même si ces données se sont révélées utiles pour l'évaluation du Programme, les évaluateurs ont eu du mal à établir des liens précis entre les activités du Programme et l'obtention des trois résultats. La mesure du rendement doit continuer d'évoluer pour permettre une mesure plus exacte et une meilleure évaluation des résultats du Programme.

4.2 Démonstration d'économie et d'efficience

Les prévisions budgétaires d'ACC pour 2011-2012 indiquent une baisse continue du nombre de bénéficiaires ayant servi en temps de guerre et une augmentation du nombre de bénéficiaires des FAC. Les dépenses prévues du Programme révèlent aussi une tendance globale à la baisse. La figure 2 ci-dessous illustre les dépenses du Programme réelles et prévues de 2009-2010 à 2014-2015. De 2009-2010 à 2011-2012, les dépenses affectées aux bénéficiaires ayant servi en temps de guerre ont baissé de 12 % pour atteindre 197 millions de dollars. Pendant la même période, les dépenses engagées pour les vétérans des FAC ont augmenté de 29 % pour s'élever à 66 millions de dollars. L'augmentation des dépenses associées aux vétérans des FAC et la

diminution des dépenses associées aux vétérans ayant servi en temps de guerre devraient se poursuivre dans les années à venir.

Figure 2 – Dépenses réelles et prévues du Programme par groupe de bénéficiaires, pour 2009-2010 à 2014-2015



Source : Direction des statistiques d'ACC

L'ajout d'avantages et de services complique l'établissement de prévisions de dépenses exactes. Par exemple, l'ajout de deux médicaments sur ordonnance à la liste des avantages en 2012-2013 devrait augmenter de près de 10 millions de dollars par exercice les coûts d'ACC pour les médicaments sur ordonnance.

Un examen des dépenses de 2011-2012 révèle que 69 % des dépenses engagées à l'égard des vétérans ayant servi en temps de guerre concernaient des médicaments sur ordonnance, des services audiologiques et de l'équipement spécial. Dans le cas des vétérans des FAC, 80 % des dépenses visaient des médicaments sur ordonnance, des services audiologiques et des services paramédicaux. Ces dépenses concordent avec les affections médicales des bénéficiaires et avec les données sur l'utilisation décrite à la section 4.1 au moment de discuter de la réalisation du résultat intermédiaire. Le tableau 5 qui suit présente les niveaux d'utilisation du Programme par les deux catégories de bénéficiaires ainsi que les dépenses associées aux trois groupes d'avantages les plus courants pour 2011-2012.

Tableau 5 – Utilisation du Programme et dépenses associées aux trois principaux groupes d'avantages pour 2011-2012

Groupe d'avantages	Tous les bénéficiaires		Bénéficiaires ayant servi en temps de guerre		Bénéficiaires des Forces armées canadiennes	
	Nombre total de bénéficiaires	Dépenses totales	Nombre de bénéficiaires	Dépenses totales	Nombre de bénéficiaires	Dépenses totales
Médicaments sur ordonnance	64 998	101 903 000 \$	48 239	80 457 000 \$	16 759	21 446 000 \$
Services audiologiques	46 853	42 175 000 \$	30 295	25 838 000 \$	16 558	16 337 000 \$
Services paramédicaux	32 998	28 254 000 \$	22 702	13 001 000 \$	10 296	15 253 000 \$

Source : Direction des statistiques d'ACC

Coûts administratifs

Les coûts administratifs de l'exécution du Programme pour 2011-2012 s'élevaient à quelque 33,3 millions de dollars. Ces coûts comprennent les salaires, les dépenses de fonctionnement et d'entretien et les dépenses contractuelles. Les coûts administratifs sont tributaires d'un certain nombre de facteurs, dont les suivants :

- Dépenses de Programme;
- Population de bénéficiaires;
- Mécanismes d'exécution du Programme;
- Critères d'admissibilité.

Une fois l'admissibilité établie et la carte d'identité pour soins de santé reçue, le processus administratif principal fonctionne bien : les bénéficiaires présentent leur carte au fournisseur de soins et reçoivent l'avantage ou le service, après quoi le fournisseur soumet une demande de remboursement à l'entrepreneur chargé du traitement des demandes de soins de santé. Ce processus est jugé efficace, et il s'applique à l'exécution de plus de 80 % des transactions de soins de santé. Lorsqu'il est nécessaire d'obtenir l'autorisation d'ACC avant la prestation d'un avantage ou d'un service, d'autres mesures doivent être prises et peuvent prolonger la durée de temps nécessaire pour déterminer l'admissibilité d'un bénéficiaire à un avantage ou un service. Ce temps additionnel, nécessaire dans certaines situations et évitable dans d'autres, contribue aux coûts administratifs engagés par le Ministère.

En 2009, ACC a lancé plusieurs initiatives qui ont permis d'améliorer le Programme et son exécution. Des rapports internes et l'initiative de transformation d'ACC, lancée en 2010, sont à l'origine de ces changements. Au moment de l'évaluation sur le terrain, de nouvelles initiatives ont été observées. L'on s'attend à ce qu'elles continueront de

rationaliser davantage les processus, d'améliorer les services et de réduire les coûts administratifs. Ces initiatives comprenaient :

- la simplification du processus d'approbation afin d'étendre les avantages et les services aux bénéficiaires dans les cas où les besoins dépassaient les taux maximaux annuels, soit pour les montants ou la fréquence des traitements;
- la réduction de la nécessité pour le personnel de consulter des professionnels de la santé grâce à des liens plus clairs entre les affections associées à des invalidités et les avantages et services recherchés;
- l'émission d'un nouvel appel d'offres pour l'établissement d'un nouveau contrat relatif au Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé. Le prochain contrat devrait accroître l'efficacité du traitement et réduire les coûts administratifs.

Le tableau 6, ci-dessous, présente un aperçu de certaines de ces initiatives, des résultats escomptés et des observations faites au moment de l'évaluation sur le terrain (automne 2012).

Tableau 6 – Aperçu des initiatives du Programme – Automne 2012

Initiative	But visé	Observations des évaluateurs
<p>Mettre à jour la liste des avantages (grilles des avantages) et les montants que rembourse ACC</p> <p>Terminée en 2008-2009</p>	<p>Veiller à ce que les avantages et les services répondent aux besoins des bénéficiaires, à ce que les fournisseurs soient adéquatement rémunérés et à ce que les bénéficiaires obtiennent les services en temps voulu.</p>	<p>L'initiative a été couronnée de succès. Toutefois, il faut surveiller et mettre à jour régulièrement la liste des avantages pour assurer une exécution efficace et efficiente du Programme. L'omission de mettre à jour la liste des avantages et des taux correspondant donne lieu à des appels, et les appels génèrent des coûts administratifs.</p>
<p>Éliminer certaines exigences en matière d'autorisation lorsque le bénéficiaire a déjà obtenu l'avantage ou le service</p> <p>Terminée en 2011-2012</p>	<p>Permettre aux bénéficiaires d'obtenir leurs avantages et leurs services plus rapidement et plus facilement.</p> <p>Éliminer l'obligation pour les fournisseurs d'obtenir l'autorisation d'ACC pour certains produits et services.</p> <p>Réduire le nombre d'appels ou de télécopies que reçoivent les centres d'autorisation.</p>	<p>L'autorisation est toujours requise pour des avantages et des services en particulier et pour certains vétérans, ce qui sème la confusion chez les fournisseurs et les bénéficiaires.</p> <p>Même si les autorisations préalables annuelles ne sont plus requises pour certains avantages ou services, les fournisseurs continuent d'appeler pour confirmer qu'ils seront payés avant de fournir un avantage ou un service.</p> <p>Les Centres d'autorisation de traitements (CAT) continuent de recevoir des appels et des télécopies. Par exemple, si des fournisseurs ont indiqué qu'ils préfèrent appeler ou procéder par télécopieur pour obtenir une autorisation préalable afin d'être payés, les employés des CAT ont continué de les encourager à appeler.</p>
<p>Centraliser la majorité des appels de premier palier</p> <p>Terminée en 2012-2013</p>	<p>Créer un processus d'appels plus efficace et plus uniforme.</p>	<p>Cette mesure est considérée comme un changement positif, puisque le personnel peut accéder à un plus haut niveau de connaissances et d'expertise en ce qui concerne les appels.</p>

Les évaluateurs ont fait des recherches afin de comparer le Programme d'ACC à d'autres programmes gouvernementaux semblables. Cette démarche visait à permettre la comparaison entre les coûts administratifs du Programme d'ACC et ceux de programmes semblables afin de cerner les possibilités d'amélioration dans l'exécution du Programme d'ACC. Selon les renseignements disponibles, il a été déterminé que le Programme des services de santé non assurés destiné aux Premières nations et aux Inuits, de Santé Canada (SC), est le programme qui se rapproche le plus du Programme d'ACC.

Les similitudes et les différences de niveau général entre le Programme d'ACC et le programme de SC sont relevées dans le tableau 7. Bien que les deux programmes se ressemblent dans bien des aspects, une comparaison directe des coûts de prestation ne serait pas pertinente, étant donné leurs différences.

Tableau 7 – Comparaison entre le Programme des avantages et services pour soins de santé d'ACC et le Programme des services de santé non assurés destiné aux Premières nations et aux Inuits, de Santé Canada

Similitudes	Différences
Avantages et services fournis	Le budget de dépenses de programme de SC est beaucoup plus important (quatre fois celui d'ACC).
Mode d'exécution du programme	SC sert une clientèle beaucoup plus importante (cinq fois celle d'ACC).
Rôles et responsabilités du Ministère	La structure d'admissibilité du Programme d'ACC est plus complexe.
Fonctions de l'entrepreneur chargé du traitement des demandes de soins de santé	SC a récemment émis un nouvel appel d'offres et a accordé un nouveau contrat, réalisant ainsi d'importantes économies.

Tel que mentionné ci-dessus, SC a réussi à réaliser d'importantes économies grâce à la mise en place d'un nouveau contrat de traitement des demandes de soins de santé en 2009-2010. En 2010-2011, SC a économisé plus de 10 millions de dollars en coûts contractuels par rapport à l'exercice précédent²³; les dépenses rattachées au programme en question pour l'exercice 2010-2011 se chiffraient à 1,1 milliard de dollars. En ce qui concerne ACC, le Ministère entend réduire ses coûts administratifs grâce aux mesures suivantes : 1) la conclusion d'un nouveau marché pour l'administration des demandes d'avantages; 2) les avantages qui découleront des mesures susmentionnées et qui devraient mener à une amélioration des processus administratifs, à une réduction des coûts et à une meilleure qualité du service offert aux bénéficiaires.

²³ Programme des services de santé non assurés, Rapport annuel 2010-2011 de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

5.0 Conclusions

Le Programme demeure pertinent, et il cadre avec les priorités du gouvernement du Canada et les résultats stratégiques du Ministère. La prestation d'avantages pour soins de santé complémentaires incombe généralement aux gouvernements provinciaux. Certains de ces avantages sont également accessibles par l'intermédiaire de régimes privés ou publics d'assurance-santé. ACC a également pour mandat de fournir des avantages complémentaires aux vétérans qui satisfont à certaines conditions établies. Il en résulte parfois certains chevauchements entre les avantages et les services offerts par le Programme et ceux offerts par certaines provinces et compagnies d'assurance. Cette situation fait en sorte que les particuliers ont parfois à choisir entre jusqu'à trois organisations susceptibles d'offrir l'avantage recherché. ACC a pris des mesures pour veiller à ce l'avantage soit obtenu auprès de la bonne organisation. Le Ministère est actuellement engagé dans l'amélioration du mode d'exécution du Programme, et il entend en profiter pour renforcer ces mesures.

Si les bénéficiaires sont généralement satisfaits des avantages et des services offerts dans le cadre du Programme, les bénéficiaires ayant servi en temps de guerre le sont plus que les vétérans des FAC, qui forment maintenant le groupe de bénéficiaires admissibles le plus important du Programme. Néanmoins, les vétérans ayant servi en temps de guerre demeurent ceux qui recourent le plus au Programme et ceux auxquels sont associées les dépenses les plus importantes. Cette situation est attribuable principalement à leur protection de catégorie B, à leur âge avancé et à leurs besoins croissants en matière d'avantages et de services. À l'heure où les bénéficiaires des FAC croissent en nombre et présentent des besoins médicaux de plus en plus complexes, il incombe au Ministère de continuellement examiner et actualiser les types d'avantages et de services fournis.

L'évaluation révèle qu'ACC atteint davantage les résultats du Programme du côté des bénéficiaires ayant servi en temps de guerre. Comparativement aux bénéficiaires des FAC, ces vétérans bénéficient généralement d'un meilleur accès aux avantages et aux services, y ont davantage recours et sont plus nombreux à affirmer que leurs besoins sont comblés. Les évaluateurs n'ont pas pu déterminer avec certitude pourquoi les vétérans des FAC ont moins recours au Programme. Certaines données indiquent qu'ils connaissent moins les avantages et les services offerts et que leurs attentes risquent de ne pas concorder avec leur admissibilité individuelle véritable au Programme. Les mécanismes de mesure du rendement doivent évoluer et acquérir de la maturité, pour que le Ministère puisse se doter de meilleurs outils de mesure qui lui permettront de mieux évaluer l'atteinte des résultats du Programme.

Un examen des initiatives récemment lancées par le Ministère pour accroître l'efficacité du Programme révèle que, même si ACC peut se réjouir de plusieurs réalisations, certaines initiatives n'ont pas encore atteint les objectifs prévus. L'évaluation a permis de cerner plusieurs gains d'efficacité qui pourraient être réalisés par une modification des processus. L'utilisation accrue par les fournisseurs des services fournis aux points de vente en est un exemple. L'usage de cette technologie est de plus en plus répandu dans l'industrie et le Ministère s'attend à ce qu'elle soit mise à profit pour un plus grand nombre d'avantages et de services dans le cadre du nouveau contrat de traitement des demandes qui sera conclu avec une tierce partie.

6.0 Recommandations, réponses et plans d'action de la direction

Recommandation 1 :

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint des Politiques, des Communications et de la Commémoration collabore avec le sous-ministre adjoint de la Prestation des services afin que les attentes des demandeurs et des bénéficiaires ayant servi dans les FAC s'harmonisent mieux avec les avantages et les services offerts dans le cadre du Programme, par les moyens suivants : (Essentiel)

- i. concevoir et mettre en œuvre des moyens de recueillir une rétroaction plus précise et complète auprès des vétérans des FAC par rapport à leurs attentes et à leur degré de connaissance du Programme;**
- ii. fournir aux demandeurs et aux bénéficiaires ayant servi dans les FAC de l'information claire sur les critères d'admissibilité, les avantages particuliers fournis et des précisions quant au processus.**

Réponse de la direction :

La direction convient qu'il faut sensibiliser davantage les membres des FAC, les vétérans et leur famille.

ACC a apporté plusieurs améliorations à ses outils de sensibilisation depuis la période d'évaluation : la Boîte à outils des Services aux anciens combattants a été remise à neuf, le Navigateur des avantages a été lancé et la section du site Web qui porte sur le Programme d'avantages pour soins de santé a été actualisée et rédigée en langage simple.

Le Ministère continuera de travailler en partenariat avec les FAC, les organismes de vétérans et d'autres intervenants afin de fournir de l'information plus claire sur le Programme d'avantages pour soins de santé. Il se servira aussi des mécanismes de rétroaction existants, notamment des « Études sur la vie après le service », pour mesurer le degré de connaissance du Programme d'avantages pour soins de santé.

Plan d'action de la direction :

Mesures correctives à prendre	BPR	Date cible
Recueillir les commentaires ciblés des vétérans des FAC : <ul style="list-style-type: none">• Études sur la vie après le service	Directeur général, Politiques	2013-2014
Fournir des renseignements clairs sur les critères d'admissibilité, les avantages et le processus par les moyens suivants : <ul style="list-style-type: none">• Séances d'information dans les bases et les escadres, dans le cadre des séminaires du Service de préparation à une seconde carrière• Entrevues de transition, au besoin• Contenu Web sur l'admissibilité des vétérans des FAC• Soumission d'un article sur l'admissibilité des FAC dans le bulletin <i>Salut!</i>	Directeur général des Politiques Directeur général des Opérations en région, Prestation des services Directeur général des Communications	Hiver 2013-2014

Recommandation 2 :

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint de la Prestation des services examine et actualise la Stratégie de mesure du rendement pour y inclure des mesures plus appropriées qui lui permettront de mieux évaluer l'efficacité du Programme. (Essentiel)

Réponse de la direction :

La direction accueille favorablement cette recommandation. ACC a entrepris l'examen et la mise à jour de la Stratégie de mesure du rendement du Programme d'avantages pour soins de santé.

Plan d'action de la direction :

Mesure corrective à prendre	BPR	Date cible
Réviser et mettre en œuvre la Stratégie de mesure du rendement du Programme d'avantages pour soins de santé afin d'y intégrer des mesures plus appropriées qui permettront de mieux évaluer l'efficacité du Programme.	Prestation des services	Mars 2014

7.0 Distribution

Sous-ministre

Sous-ministre déléguée

Chef de cabinet du ministre

Sous-ministre adjoint, Politiques, Communications et Commémoration

Sous-ministre adjoint, Prestation des services

Sous-ministre adjoint, Ressources humaines et Services ministériels

Directeur exécutif et chef avocat-conseil des pensions

Directrice générale, Opérations en régions

Directeur général, Communications

Directeurs de secteur (12)

Directeur général, Coordination, Liaison stratégique et Transformation

Coordonnateur adjoint, Accès à l'information et Protection des renseignements personnels

Analyste des programmes, Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada

Centre d'excellence en évaluation, Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada

Annexe A – Aperçu des groupes d'avantages et de services

1. Aides à la vie quotidienne – Appareils et accessoires conçus pour faciliter les activités quotidiennes, p. ex. les aides à la marche et les aides pour la salle de bain. Le coût des réparations nécessaires à cet équipement sont également couverts.

2. Services d'ambulance – Services d'ambulance nécessaires en situation d'urgence ou en raison d'une affection spécifique.

3. Services audiologiques (ouïe) – Appareils et accessoires pour déficience auditive, p. ex. les appareils auditifs, les amplificateurs pour téléphone, les appareils infrarouges, les accessoires pour problèmes d'audition et les frais d'honoraires et d'ajustement.

4. Services dentaires – Soins dentaires de base et certains services dentaires complets autorisés au préalable, p. ex. les examens, les obturations et les dentiers.

5. Services hospitaliers – Services de traitement fournis dans un hôpital de soins actifs, de soins prolongés ou de réadaptation. Étant donné que ces services sont généralement de compétence provinciale, leurs coûts sont habituellement couverts par ACC uniquement s'ils sont liés à une affection pour laquelle le bénéficiaire reçoit une prestation d'invalidité.

6. Services médicaux – Services fournis par des médecins autorisés à exercer et liés à une affection pour laquelle le bénéficiaire reçoit une prestation d'invalidité. Les coûts associés aux examens médicaux, aux traitements et aux rapports faisant l'objet d'une demande particulière de la part d'ACC sont aussi couverts par ce programme. Pour la plupart des bénéficiaires d'ACC, les services fournis par des médecins relèvent des programmes de soins de santé provinciaux.

7. Fournitures médicales – Équipement et fournitures à usage médical et chirurgical généralement utilisés par une personne dans un environnement extra-hospitalier, par ex. les pansements et les fournitures pour incontinence.

8. Soins infirmiers – Services offerts par le personnel infirmier autorisé ou le personnel infirmier auxiliaire qualifié autorisé, p. ex. les soins des pieds, l'administration de médicaments, l'application de pansements et les conseils offerts aux anciens combattants ou aux soignants en ce qui concerne l'utilisation de fournitures médicales.

9. Inhalothérapie (équipement respiratoire) – Oxygène et accessoires, y compris la location ou l'achat de pièces d'équipement et de fournitures liés à ce type de soins.

10. Médicaments sur ordonnance – Médicaments et autres avantages pharmaceutiques offerts aux bénéficiaires qui ont démontré un besoin médical et qui possèdent une ordonnance délivrée par un professionnel de la santé autorisé à rédiger une ordonnance médicale dans la province concernée. Ce programme comprend également des avantages standards et des avantages nécessitant une autorisation spéciale.

11. Prothèses et orthèses – Prothèses, orthèses et autres accessoires connexes. La réparation des appareils est obtenue grâce à ce programme.

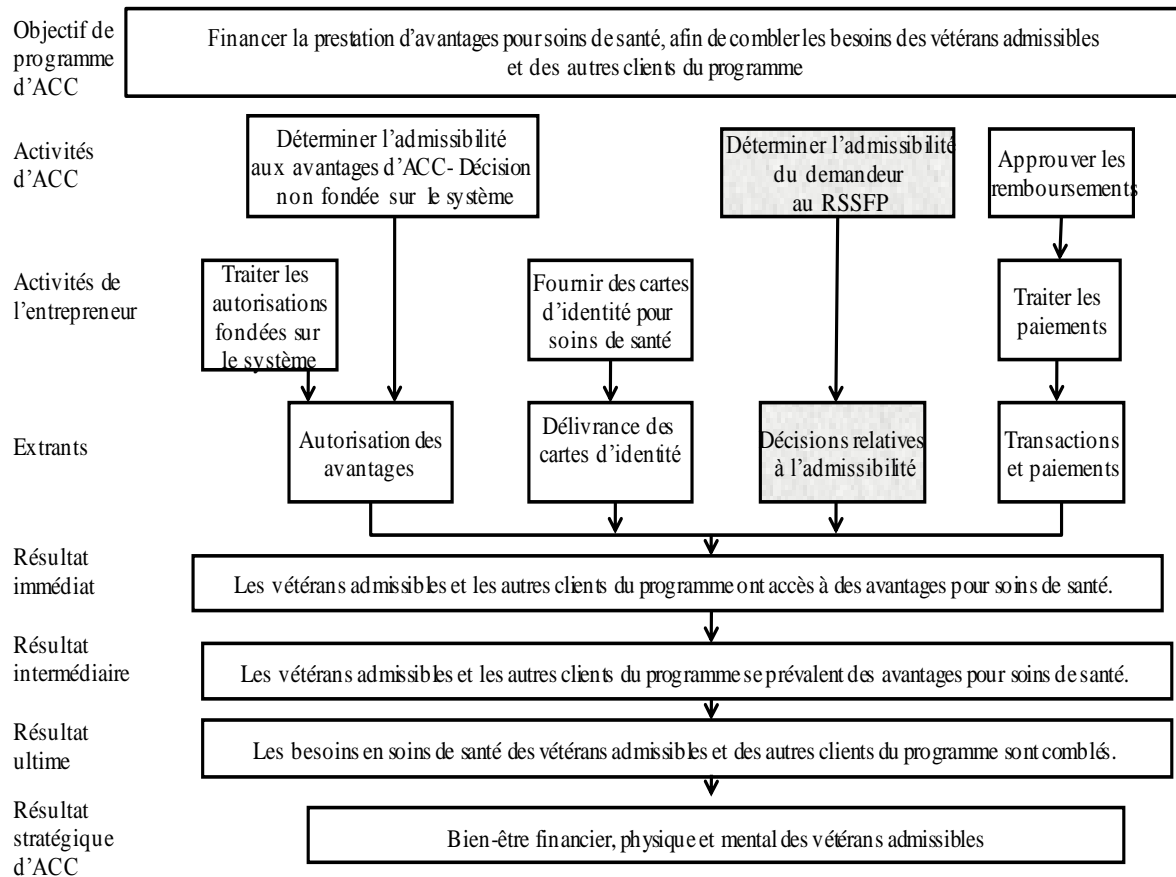
12. Services paramédicaux – Services fournis par des professionnels de la santé autorisés. Dans de nombreux cas, le service doit être prescrit par un médecin avant qu'il ne soit approuvé par ACC. Voici quelques exemples de services admissibles : ergothérapie, physiothérapie et massothérapie.

13. Équipement spécial – Équipement spécial nécessaire aux soins et au traitement des bénéficiaires admissibles. Ces avantages doivent être prescrits par le médecin et, dans bien des cas, ils doivent aussi être appuyés par la recommandation d'un autre professionnel de la santé. De plus, ACC peut couvrir les frais d'adaptation ou de modification du domicile (p. ex. rampes d'accès pour fauteuils roulants, élargissement des portes) pour permettre l'utilisation d'équipement spécial dans la maison. Voici quelques exemples d'équipement admissible : lits d'hôpital, fauteuils roulants et ascenseurs.

14. Soin de la vue (yeux) – Les examens de la vue, les verres, les montures de lunettes et les accessoires pour corriger les problèmes visuels ainsi que les aides pour malvoyants.

Annexe B – Modèle logique du Programme d'avantages pour soins de santé²⁴

Modèle logique du Programme d'avantages pour soins de santé (comprend le Programme de soins de santé)



²⁴ Le Modèle logique du Programme d'avantages pour soins de santé présente le Programme d'avantages pour soins de santé conformément à la description qui en est faite dans l'Architecture d'alignement des programmes.