



Anciens Combattants
Canada

Veterans Affairs
Canada

ÉVALUATION DE LA FONCTION DE GESTION DU PROGRAMME DES AVANTAGES POUR SOINS DE SANTÉ (AVANTAGES MÉDICAUX)

Mai 2018

Direction générale de la
vérification et de l'évaluation

Canada 

Table des matières

SOMMAIRE	i
1.0 Introduction	1
1.1 Aperçu du Programme.....	1
1.2 Admissibilité au programme	3
1.3 Exécution du programme	3
2.0 Portée et méthode	4
2.1 Multiples sources de données	4
2.2 Limites et considérations	6
3.0 Contexte de la gestion de programme	7
3.1 Définition	7
3.2 Structure de gestion de programme à ACC	8
4.0 Constatations	10
4.1 Dans quelle mesure les extraits livrés par l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux concordent-ils avec le but original de l'Unité et sont-ils liés aux objectifs du Programme?	10
4.1.1 Objectifs du Programme	10
4.1.2 Rôles et responsabilités de l'Unité de gestion du Programme	10
4.1.3 Priorités liées à la gestion de programme	12
4.1.4 Extraits de la gestion de programme.....	12
4.2 Dans quelle mesure l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux optimise-t-elle l'utilisation des ressources et produit-elle les extraits requis?.....	13
4.2.1 Ressources (intrants).....	13
4.2.2 Activités et extraits.....	14
4.2.3 Évaluation de l'optimisation des ressources.....	18
4.2.4 Possibilités d'amélioration.....	20
4.3 Existe-t-il des possibilités de réaliser des gains d'efficience dans la gestion du Programme d'avantages médicaux?	20
4.3.1 Mesure du rendement.....	20
4.3.2 Gestion des risques	21
4.3.3 Analyse des données.....	21
4.3.4 Mobilisation des intervenants.....	22
4.3.5 Leçons apprises	22
4.3.6 Autres conclusions du rapport	22
4.3.7 Initiatives en cours/réalisées en matière d'efficience.....	23
5.0 Conclusions	24
6.0 Recommandations	25
Annexe A – Aperçu des programmes de choix (PDC)	A-1
Annexe B – Modèle logique du Programme d'avantages médicaux	B-1
Annexe C – Questions d'évaluation	C-1
Annexe D – Principaux rôles et responsabilités concernant la gestion de programme ..	D-1
Annexe E – Chronologie des événements	E-1
Annexe F – Processus d'acheminement des demandes de renseignements	F-1

SOMMAIRE

Profil du programme

Le Programme des avantages pour soins de santé (communément appelé le Programme d'avantages médicaux) permet aux vétérans admissibles et à d'autres bénéficiaires admissibles d'obtenir des fonds pour accéder aux avantages pour soins de santé dont ils ont besoin. Le Programme est complexe et comprend quatorze catégories d'avantages/services incluant des centaines d'avantages et de services pour répondre à toute une gamme de besoins. En 2016-2017, les dépenses de programme se chiffraient à environ 308 millions de dollars et près de 80 000 vétérans accédaient aux avantages. Le Programme est géré par le personnel sur le terrain d'Anciens Combattants Canada (ACC) et par l'entremise d'une tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé avec le soutien de divers secteurs à ACC. L'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux est responsable de la gestion du Programme.

But de l'évaluation et contexte

L'évaluation de la fonction de gestion du Programme des avantages pour soins de santé (Programme d'avantages médicaux) a été réalisée entre juin 2017 et janvier 2018. L'évaluation avait pour but d'évaluer l'efficacité opérationnelle de la fonction de gestion du Programme d'avantages médicaux et d'offrir des occasions d'amélioration. La période visée par l'évaluation s'échelonnait d'avril 2014 à septembre 2017. L'approche de l'évaluation était de nature formative; il s'agissait d'une évaluation fondée sur les processus et sur l'utilisation. On a recouru à de nombreuses sources de données dans le cadre des méthodes d'évaluation, principalement les suivantes : examen de la documentation, entrevues, analyse des données, et visites sur place/observation du travail. L'évaluation avait pour limite principale le fait qu'il y avait une disponibilité limitée de données de gestion pour appuyer une évaluation des activités et des extrants et une dépendance envers la charge de travail autodéclarée.

Définition de la gestion de programme

Selon un examen de nombreuses sources, la gestion de programme consiste à gérer les composantes interreliées du programme pour créer des synergies et maintenir les composantes sur la bonne voie afin d'atteindre les objectifs et les résultats voulus. La gestion de programme exige que l'on porte attention à la réflexion stratégique, à l'analyse et l'établissement de relations.

Constatations tirées de l'évaluation

L'équipe d'évaluation a constaté qu'il y avait des occasions d'améliorer la structure de gouvernance de la gestion du Programme d'avantages médicaux. En raison du besoin de mettre l'accent sur les activités opérationnelles, du récent roulement de personnel, des changements dans les structures organisationnelles et d'un contexte des soins de santé qui évolue sans cesse, il est nécessaire de réorienter la fonction de gestion de programme et de déterminer les objectifs, les priorités et les rôles et responsabilités connexes qui sont nécessaires à l'atteinte des résultats attendus du programme. Le document sur les rôles et les responsabilités n'a pas été mis à jour depuis 2010 environ, et les priorités, les leçons apprises et les secteurs de risque étaient documentés/discutés de façon officieuse.

Le Comité d'examen des avantages est un autre élément clé de la structure de gouvernance du Programme. Ce comité assure une fonction essentielle pour ce qui est des discussions et des

changements liés aux services et aux avantages, et il permet une prise de décisions transparentes et fondées sur des données probantes par les intervenants. Des discussions sont en cours depuis plusieurs mois au sujet du mandat du comité et aucune réunion officielle du comité n'a atteint le quorum des membres depuis 2016. L'équipe d'évaluation a également repéré des possibilités de recourir davantage au comité pour éclairer des domaines d'intérêt potentiel et pour orienter l'analyse des données/tendances relativement au Programme.

Au moment de l'évaluation, l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux avait connu une importante baisse de personnel compétent et expérimenté, et les travaux opérationnels avaient préséance sur les travaux de gestion stratégique (les enjeux qui touchent les vétérans sont considérés comme hautement prioritaires). En raison de l'accent mis sur les besoins opérationnels et du roulement du personnel, l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux menait des activités limitées d'analyse des données et des tendances. La surveillance et la production de rapports continus appuyaient la mesure du rendement du programme et aidait à cerner les enjeux et les tendances qui pourraient améliorer la gestion et la prestation du programme.

Les tableaux des avantages constituent la base des règles qui appuient directement la prestation des avantages et des services aux vétérans. Le dernier examen officiel des tableaux a été réalisé entre 2008 et 2010. Dans le contexte des soins de santé qui ne cesse d'évoluer, il est nécessaire de mener des examens plus fréquents à l'égard des services et avantages médicaux admissibles et des exigences d'approbation connexes.

Il ressort des résultats de l'évaluation que du personnel supplémentaire à court terme pourrait permettre à l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux d'analyser les enjeux ou secteurs de risques potentiels, de travailler à un plan à moyen et à long terme et, par conséquent, d'améliorer la prestation et la gestion du programme.

Conclusions

La structure de gouvernance de l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux pourrait tirer profit de mises à jour pour mieux soutenir une gestion de programme efficace et efficiente. Le document sur les rôles et les responsabilités du Programme d'avantages médicaux doit être mis à jour. Les discussions en cours sur la raison d'être du Comité d'examen des avantages et les rôles de ses membres, le fait que le mandat ne soit pas finalisé et la fréquence irrégulière des réunions ont également une incidence sur la prestation efficace et efficiente du Programme.

Une concentration accrue sur les secteurs stratégiques serait profitable pour les vétérans ainsi que le personnel d'ACC si l'on mettait à jour les documents d'orientation et les outils à l'appui (comme les tableaux des avantages), réduisant ainsi le nombre de demandes de renseignements acheminées aux échelons supérieurs.

Vu le manque d'information de gestion, l'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure de confirmer que des ressources supplémentaires régleraient tous les problèmes ou que les ressources seraient nécessaires à long terme; toutefois, les résultats de l'évaluation laissent croire que l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux bénéficierait d'une dotation à court terme. L'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux doit d'abord officialiser sa structure de gouvernance puis déterminer les ressources nécessaires pour réaliser les priorités et les objectifs établis du Programme.

Recommandations

Les constatations et les conclusions de l'évaluation ont débouché sur les recommandations suivantes :

Recommandation 1

Il est recommandé que la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, améliore la structure de gouvernance du Programme :

- en mettant à jour le document sur les rôles et les responsabilités du Programme d'avantages médicaux de manière à refléter les changements dans la structure organisationnelle, les rôles et les responsabilités du personnel de l'Unité hors programme et des comités pertinents, les objectifs de l'Unité de gestion du Programme, les extrants et principales activités et les priorités;
- en créant un plan stratégique et opérationnel à moyen et à long terme pour l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux, qui indique notamment les besoins en ressources, les échéanciers, les objectifs et les liens avec les priorités du Programme d'avantages médicaux; et
- en distribuant les documents susmentionnés aux employés du Ministère et au personnel de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé.

Recommandation 2

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint, Prestation des services, finalise le mandat du Comité d'examen des avantages (y compris les rôles des membres et la raison d'être du comité), transmette le document aux employés du Ministère et au personnel de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé, et s'assure de la tenue de réunions régulières à l'avenir.

Recommandation 3

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint, Prestation des services, travaille en collaboration avec les secteurs pertinents à travers le Ministère à renforcer la collecte et l'analyse des données de sorte à appuyer la gestion du Programme d'avantages médicaux (comme la mesure du rendement, les secteurs de risque, l'analyse des tendances et un suivi régulier des données concernant les avantages).

Recommandation 4

Il est recommandé que la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, mette en œuvre un cycle d'examens des avantages pour s'assurer que ceux-ci sont mis à jour de façon continue et efficace.

1.0 Introduction

Le Programme des avantages pour soins de santé (communément appelé le Programme d'avantages médicaux) fournit aux vétérans admissibles et autres personnes admissibles un soutien financier pour accéder aux avantages pour soins de santé qui répondent à leurs besoins identifiés. Ce soutien est offert en vertu de la Partie 1 du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*. Le répertoire des programmes¹ d'Anciens Combattants Canada (ACC) place le Programme des avantages pour soins de santé sous la Responsabilité essentielle 1 : Avantages, services et soutien.

Le Programme d'avantages médicaux (ci-après nommé le Programme), mis en œuvre durant la Seconde Guerre mondiale, est l'un des programmes emblématiques du Ministère. Il est habituellement perçu comme un programme stable dont les avantages et les services sont mis à jour de façon continue et dont la prestation des services a subi certains changements au cours des dernières années. Aucun changement récent n'a été apporté à la structure de conception du programme et la majorité des transactions et des décisions prises relativement au programme sont claires, le remboursement aux fournisseurs/bénéficiaires du programme s'effectuant de manière efficace. Même si l'Enquête nationale sur les vétérans 2017 d'ACC ne comporte pas de question sur l'ordre de priorité des programmes d'ACC en fonction des besoins, les bénéficiaires ont attribué une cote élevée à leur compréhension des services et des avantages du Programme qui sont offerts (77 %), au nombre de fournisseurs de services disponibles (91 %), et à l'énoncé selon lequel le Programme répond à leurs besoins de soins de santé (84 %).

1.1 Aperçu du Programme

Le Programme, qui regroupe quatorze programmes de choix (PDC) distincts, est complexe. Ces groupes d'avantages comprennent ensemble des centaines d'avantages et de services individuels qui répondent à toute une gamme de besoins admissibles en soins de santé. Vous trouverez un aperçu des avantages et services offerts par chacun des PDC à l'annexe A.

En date du 31 mars 2017, près de 80 000 vétérans accédaient au Programme². Le nombre total de bénéficiaires du Programme diminue chaque année depuis 2005-2006. Ce déclin est le résultat du taux de mortalité qui est plus élevé chez les vétérans du temps de guerre que chez les vétérans des Forces armées canadiennes (FAC) qui se joignent au Programme. Le taux de déclin a toutefois diminué en 2015-2016, étant donné qu'un plus grand nombre de membres des FAC demandent l'appui d'Anciens Combattants Canada (ACC). ACC prévoit maintenant une légère augmentation du nombre de bénéficiaires du Programme d'avantages médicaux au cours des cinq prochaines années.³

Les dépenses de programme se chiffraient à 308 millions de dollars en 2016-2017. Trois PDC représentent environ 80 % des dépenses de programme : Médicaments sur ordonnance (PDC 10), Services paramédicaux (PDC 12) (par exemple : ergothérapie, physiothérapie,

¹ Le répertoire des programmes du Ministère est une compilation de l'ensemble des programmes du Ministère et une description de la manière dont les ressources sont organisées pour contribuer aux responsabilités essentielles et aux résultats du Ministère.

² Prévisions relatives aux clients et aux dépenses d'ACC 2018-2019. Mars 2017.

³ Prévisions relatives aux clients et aux dépenses pour 2017-2018 (mars 2016) et Livre des faits et des chiffres (mars 2017).

massothérapie) et Services audiologiques (PDC 3). Ces mêmes trois PDC sont également ceux dont les services ou avantages sont les plus fréquemment utilisés par les vétérans. Le tableau 1 indique le nombre de bénéficiaires du Programme, d'autorisations d'avantages⁴, de transactions⁵ et de dépenses par PDC pour l'exercice 2016-2017.

Tableau 1 – Données sur le Programme d'avantages médicaux par Programme de choix pour l'exercice 2016-2017

PDC	Bénéficiaires du Programme	Total d'autorisations d'avantages ⁶	Total de transactions liées aux avantages ⁷	Total des dépenses ⁸
1	6 957	13 584	30 235	1 731 000 \$
2	5 108	66 420	605 463	1 365 000 \$ ⁹
3	39 816	116 939	304 628	45 012 000 \$
4	13 738	Non disponible	122 770	11 397 000 \$
5	1 535	3 336	15 086	10 795 000 \$
6	2 024	3 835	19 927	3 101 000 \$
7	8 652	32 922	80 355	5 091 000 \$
8	15 714	66 556	103 010	7 560 000 \$
9	1 401	2 593	10 510	2 012 000 \$
10	46 081	Non disponible	4 673 960	135 038 000 \$ ¹⁰
11	3 692	4 655	7 686	3 666 000 \$
12	29 127	270 180	695 846	59 097 000 \$
13	13 362	76 788	144 395	20 844 000 \$
14	7 658	15 666	23 802	3 619 000 \$
	79 964¹¹	673 474	6 837 673	308 033 000 \$¹²

Remarque : La protection supplémentaire pour les déplacements à des fins médicales (description à l'annexe A) représente une somme supplémentaire de 18 millions de dollars en dépenses de programme pour l'exercice 2016-2017.

- 4 Les autorisations sont des mesures prises pour appuyer les transactions de services/d'avantages pour soins de santé. Quelques autorisations sont nécessaires avant qu'un avantage ou un service puisse être administré par un fournisseur de soins de santé, et certaines autorisations sont accordées au moment même de la transaction. De multiples transactions peuvent être rattachées à une autorisation. Par exemple, une autorisation pourrait couvrir jusqu'à quinze séances de massothérapie dans une année civile.
- 5 Les transactions sont le point de traitement des services et des avantages pour soins de santé. Chaque fois qu'une demande est traitée ou rajustée, une transaction a lieu.
- 6 Programme des avantages pour soins de santé – Aperçu du rendement de la gestion de programme. Exercice financier 2016-2017. Secteur de la prestation des services.
- 7 Idem. Les transactions comprennent les paiements, les rajustements, les refus et les transactions spéciales.
- 8 Prévisions relatives aux clients et aux dépenses d'ACC 2018-2019. Mars 2017.
- 9 Ne comprend pas les déplacements à des fins médicales.
- 10 Comprend le cannabis à des fins médicales.
- 11 Nombre total de bénéficiaires uniques. Certains bénéficiaires utilisent plusieurs PDC.
- 12 La colonne des dépenses ne concordera pas avec ce qui est indiqué à la ligne de total des dépenses, puisque les dépenses totales comprennent les rajustements (p. ex., les paiements en retard ou les crédits portés à un compte qui sont engagés au cours d'un exercice mais qui sont reportés). Les rajustements sont nécessaires pour équilibrer les rapports financiers de fin d'année d'ACC avec les données mensuelles du SFTDSS.

1.2 Admissibilité au programme

Le Programme n'a pas de processus de demande distinct. L'admissibilité est fondée sur la réception d'autres services/programmes d'ACC. Les vétérans et les autres personnes admissibles pourraient avoir droit à une aide financière pour des avantages médicaux s'ils reçoivent des services ou du soutien de l'un des programmes suivants d'ACC :

- Prestations d'invalidité
- Programme pour l'autonomie des anciens combattants
- Programme des soins de longue durée
- Allocation aux anciens combattants

Les avantages et services du Programme sont offerts aux bénéficiaires admissibles dans les deux cas suivants :

- Pour le traitement des invalidités liées au service; et/ou
- En tant que protection supplémentaire lorsque les services ou avantages ne sont pas offerts dans le cadre de programmes de santé provinciaux.

De plus, les participants au Programme de réadaptation pourraient être admissibles à un soutien financier pour des avantages médicaux liés à leur plan de réadaptation.

1.3 Exécution du programme

ACC fournit du financement aux bénéficiaires pour qu'ils reçoivent des services et des avantages de fournisseurs de soins de santé. Le Programme est géré par le personnel sur le terrain d'ACC réparti dans plus de trente bureaux de secteur partout au pays et par la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé. Les avantages et les services sont administrés au moyen du Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé (SFTDSS) à l'aide des politiques et des processus d'ACC, et des règles établies dans chaque tableau des avantages¹³. La surveillance du Programme est assurée par la Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services de l'administration centrale d'ACC. La prestation du Programme est également appuyée par d'autres directions générales au sein d'ACC, y compris les suivantes :

- Professionnels de la santé;
- Opérations en région;
- Politiques et recherche;
- Administration des contrats;
- Opérations centralisées;
- Finances;
- Équipe de consultation en matière de prestation des services (ECMPS)¹⁴.

¹³ Les tableaux des avantages comprennent une liste exhaustive de la plupart des services et des avantages médicaux admissibles, ainsi que les limites de coût et de fréquence, et les exigences d'approbation pour chaque PDC.

¹⁴ L'ECMPS est le point de contact unique pour tous les points de services à ACC en vue d'offrir un soutien aux questions complexes lorsque les processus opérationnels ou les politiques ne sont pas clairs ou s'il y a des questions d'ordre opérationnel.

Au moment de l'évaluation, le Profil d'information sur le rendement du Programme continuait d'être mis à jour. L'objectif du programme et le modèle logique ont fait l'objet de mises à jour minimales depuis la dernière évaluation en 2013. Le modèle logique se trouve à l'annexe B.

2.0 Portée et méthode

L'évaluation a été menée conformément au Plan de vérification et d'évaluation axé sur les risques de 2017-2022 d'ACC, et dans le respect de la directive et des normes précisées dans la *Politique sur les résultats* 2016 du Conseil du Trésor.

L'évaluation se concentrait sur l'évaluation de l'efficacité opérationnelle de la fonction de gestion du Programme d'avantages médicaux (comme décrit à la section 3.2). Il est à noter que la gestion du cannabis à des fins médicales était considérée comme hors de portée puisqu'elle est gérée par une unité distincte. De plus, l'évaluation n'a pas permis d'évaluer l'exécution du Programme en tant que telle ou le contrat du SFTDSS.

La période couverte par l'évaluation s'échelonnait du 1^{er} avril 2014 au 30 septembre 2017. L'annexe C énonce les questions/enjeux de l'évaluation ayant été évalués.

Pour appuyer l'élaboration de la portée de l'évaluation, une évaluation de calibration/fondée sur le risque a été menée à bien; elle a été étayée par des entrevues préliminaires, un examen de la documentation et une analyse des données. En se fondant sur les résultats de l'évaluation des risques, ainsi que sur le besoin identifié par le secteur de programme, il a été convenu que l'évaluation se concentrerait sur une évaluation de l'efficacité opérationnelle de la fonction de gestion de programme.

2.1 Multiples sources de données

L'évaluation était de nature formative¹⁵; il s'agissait d'une évaluation fondée sur les processus et sur l'utilisation¹⁶.

La méthode de recherche intégrait de multiples sources de données, en assurant la fiabilité des renseignements recueillis et des résultats signalés. Les sources de données utilisées pour évaluer l'efficacité opérationnelle de la fonction de gestion du programme sont indiquées au tableau 2.

¹⁵ Les évaluations formatives mettent l'accent sur l'amélioration des programmes. Elles évaluent habituellement la mise en œuvre d'un programme, d'aspects particuliers d'un programme, et tentent de comprendre pourquoi un programme fonctionne ou ne fonctionne pas, et s'il y a des facteurs d'influence en jeu.

¹⁶ L'évaluation des processus est une méthode servant à évaluer comment un programme est mis en œuvre, et qui met l'accent sur les activités du programme, la mise en œuvre et la prestation des services. L'évaluation de l'utilisation se penche sur le fonctionnement du programme et sa mise en œuvre.

Tableau 2 – Liste des méthodes

Méthode	Source
Examen de la documentation ministérielle et des recherches secondaires	<p>Les renseignements/documents ministériels suivants ont été examinés afin de comprendre l'intention/les objectifs du Programme, leurs autorisations et exigences, la complexité, le contexte et tous les principaux secteurs d'intérêt : documents de planification, vérifications et évaluations antérieures, documents stratégiques, rapports sur le rendement, travaux de recherche et résultats de sondage.</p> <p>Divers documents de l'Unité de gestion du Programme ont été examinés pour comprendre la structure de gouvernance, la charge de travail et les questions clés : politiques, processus opérationnels, organigramme, comptes rendus des décisions/procès-verbaux de réunions et rapports sur le rendement.</p>
Examens de la documentation non ministérielle	Divers documents non ministériels, notamment de la documentation de programme provenant d'autres ministères fédéraux et d'autres pays, et des revues publiées et/ou articles se rapportant aux évaluations de processus et à la gestion de programme ont été examinés. On a également examiné des rapports au Parlement, des discours du Budget et des discours du Trône à titre contextuel.
Entrevues	On a mené plus de 70 entrevues auprès de la haute direction d'ACC, du personnel d'ACC prenant part à la gestion et aux activités des programmes (y compris le personnel sur le terrain) et d'autres experts en la matière. Des entrevues ont également été menées auprès du personnel de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé, qui joue un rôle dans l'exécution du programme. Des entrevues avec d'autres unités de gestion de programme de ministères provinciaux et fédéraux ont été menées pour comprendre les modèles de ressources et les pratiques exemplaires possibles.
Analyse des données	Les données financières et opérationnelles recueillies pour les exercices 2014-2015 à 2017-2018 ont été analysées, le cas échéant.
Visites sur place/ observation du travail	Des visites sur place et d'observation du travail chez la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé ont été réalisées pour observer les processus et les pratiques en place concernant le Programme d'avantages médicaux depuis l'adoption du nouveau contrat du SFTDSS.
Modèle logique	Un modèle logique, indiquant les extrants, les activités et les intrants de gestion de programme, a été créé pour faciliter la compréhension de la charge de travail, des priorités et des rôles et responsabilités de l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux et du personnel de l'Unité.
Examen des dossiers	Un petit examen de 37 demandes de renseignements reçues par l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux a été réalisé pour mieux comprendre les types de demandes de renseignements reçues et le temps requis pour y répondre et pour savoir s'il y avait des tendances ou enjeux principaux.
Schéma de processus	Un schéma du processus de renvoi des demandes de renseignements aux niveaux supérieurs a été créé pour aider à comprendre les étapes du déroulement du processus et les principales parties qui participent à ce processus.

2.2 Limites et considérations

Il faut tenir compte des limites et des considérations ci-dessous lors de l'examen des résultats d'évaluation.

- On a recueilli et surveillé des données limitées sur la mesure du rendement du programme au cours des deux dernières années. Le Programme (de même que tous les autres programmes à ACC) fait actuellement l'objet d'un processus de révision de toutes les stratégies de mesure du rendement afin de se conformer aux exigences de la *Politique sur les résultats de 2016* visant les Profils d'information sur le rendement¹⁷.
- Les données de gestion étaient limitées concernant les extraits et les activités réalisées par l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux. Afin d'atténuer ce risque, les responsables de l'évaluation ont collaboré étroitement avec le personnel du programme pour comprendre et consigner les intrants, les activités et les extraits de l'Unité. Durant la phase de l'examen de l'évaluation, il a été précisé que le nouvel outil de suivi mesurait les demandes reçues (contrairement aux demandes menées à bien) par l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux et que ce ne sont pas toutes les activités/extraits qui ont fait l'objet d'un suivi. De plus, les renseignements étaient autodéclarés et avaient fait l'objet d'un suivi manuel; il y a donc un risque d'erreurs. L'équipe d'évaluation a envisagé d'entreprendre une évaluation axée sur les activités; toutefois, compte tenu de la nature variée des demandes reçues, il était difficile d'obtenir un portrait représentatif de la charge de travail dans les limites de temps fixées pour l'évaluation.
- Un important roulement de personnel au sein de l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux a eu lieu pendant la période visée de l'évaluation, ce qui a eu une incidence sur la charge de travail puisque les employés apprenaient de nouveaux rôles et responsabilités et étaient formés par des employés plus expérimentés.
- Les perceptions individuelles de la charge de travail peuvent influencer les opinions du personnel sur l'efficacité. Afin d'atténuer la partialité personnelle, l'équipe d'évaluation a mené des entrevues auprès de divers membres du personnel, y compris le gestionnaire, et a examiné un échantillon de dossiers de demandes.

¹⁷ Le Profil d'information sur le rendement établit l'information sur le rendement pour chaque programme faisant partie du répertoire des programmes du Ministère.

3.0 Contexte de la gestion de programme

Afin de comprendre et de définir ce que l'on entend par « gestion de programme », l'équipe d'évaluation a mené un examen de la documentation et des entrevues.

3.1 Définition

En se fondant sur un examen de nombreuses sources, y compris les politiques du gouvernement du Canada, le Project Management Institute (PMI), l'Organisation internationale de normalisation (ISO) et divers articles de l'industrie, l'équipe d'évaluation a établi la définition suivante de la gestion de programme :

La gestion de programme est la gestion de plusieurs projets interdépendants, ou de composantes de programme, gérés ensemble pour atteindre des objectifs opérationnels ou organisationnels et des résultats. La gestion de programme consiste à s'assurer que toutes les composantes se déroulent comme prévu afin de produire les résultats souhaités. Contrairement à la gestion de projet, qui met l'accent sur la réalisation de tâches précises du plan de projet dans les délais prévus, la gestion de programme exige de mettre davantage l'accent sur la réflexion stratégique, l'analyse et l'établissement de relations.

L'examen de la documentation fait par l'équipe d'évaluation a fait ressortir les principaux concepts ou caractéristiques de la gestion de programme ci-dessous¹⁸ :

- Les composantes de programme sont interdépendantes/interreliées (avec des occasions de synergies/efficacités en gérant conjointement les composantes);
- Un cadre ou plan de gestion du programme est en place (y compris la structure de gouvernance, l'harmonisation avec les objectifs organisationnels/stratégiques, les avantages escomptés en gérant le programme, les rôles et les responsabilités et les ressources nécessaires);
- On coordonne et établit l'ordre de priorité des ressources parmi les composantes du programme;
- On gère les coûts, la portée, la qualité et les risques;
- Les livrables sont harmonisés avec les résultats du programme;
- Le programme est géré afin d'atteindre les objectifs et les résultats;
- On optimise la capacité organisationnelle;
- On cerne et gère les intérêts des intervenants.

Voici de possibles différences à considérer pour la gestion de programme dans le secteur public par opposition à la gestion de programme dans le secteur privé :

¹⁸ Organisation internationale de normalisation. Management de projets, programmes et portefeuilles – Recommandations sur le management de programmes. Numéro de référence ISO 21503:2017(fr). 2017.

Zein, O. (2010). Roles, responsibilities, and skills in program management. Paper presented at PMI® Global Congress 2010 – EMEA, Milan, Italy. Newtown Square, PA: Project Management Institute. (anglais seulement)

Moore, Thomas J. An evolving program management maturity model integrating program and project management Conference Paper. Program Management. 2000. (anglais seulement)

- De nombreux programmes gouvernementaux sont des programmes permanents/financés à long terme (par opposition aux programmes axés sur des projets qui sont plus courts);
- Les programmes du gouvernement sont conçus pour offrir des avantages aux bénéficiaires du programme et répondre aux besoins de ces derniers, mais doivent également se conformer aux lois et aux règlements du gouvernement fédéral, et aux contraintes budgétaires possibles (par opposition aux exigences précises et aux coûts fournis par les clients dans les demandes de propositions du secteur privé).

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les responsabilités et rôles habituels entourant la gestion de programme à l'annexe D.

3.2 Structure de gestion de programme à ACC

L'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux (ci-après appelée l'Unité des avantages médicaux) est responsable de la gestion et des opérations du Programme. Durant la période couverte par l'évaluation, l'Unité des avantages médicaux faisait partie de la Direction des programmes de soins de santé et de réadaptation d'ACC¹⁹.

En date de septembre 2017, l'Unité des avantages médicaux regroupait un gestionnaire de programme (qui était également responsable du Programme pour l'autonomie des anciens combattants), trois analystes principaux, deux analystes subalternes, deux employés administratifs et un étudiant pour un total de neuf employés.

Il y a eu quelques changements internes et externes en ce qui a trait à la prestation du Programme dans les dernières années :

- Une restructuration organisationnelle de l'administration centrale a eu lieu en 2011 (ce qui a entraîné le regroupement des fonctions de gestion de programme et de prestation des services en une direction générale);
- Des initiatives dirigées par le Ministère cherchant à faire des gains d'efficacité et à simplifier les processus ont été menées de 2011 à 2013;
- Un nouveau contrat pour le SFTDSS a été attribué en 2015 à une tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé; ce contrat comprenait d'autres composantes de l'administration du Programme qui ont été transférées d'ACC à l'entrepreneur;
- Les modifications apportées en 2014-2015 à la législation canadienne concernant le cannabis à des fins médicales;
- Il y a eu un important roulement de personnel au sein de l'Unité des avantages médicaux entre 2013 et 2017;
- Le Bureau du vérificateur général (BVG) a publié son rapport intitulé « Les prestations pharmaceutiques – Anciens Combattants Canada » en avril 2016,

¹⁹ En janvier 2018, la direction du Programme a été regroupée en une direction des soins de santé avec le Programme pour l'autonomie des anciens combattants et le Programme de soins de longue durée – la Direction des programmes de soins de santé.

accompagné de constatations et de recommandations liées à la partie du Programme ayant trait aux médicaments sur ordonnance, ce qui a donné lieu à des mises à jour au formulaire de médicaments d'ACC et à sa structure de gouvernance;

- La politique d'ACC sur le cannabis à des fins médicales a été établie en novembre 2016 et une unité distincte, mobilisant quelques employés de l'Unité des avantages médicaux, a été créée pour gérer cette politique.

L'annexe E, Chronologie des événements, donne des précisions sur les principaux jalons concernant le Programme.

4.0 Constatations

4.1 Dans quelle mesure les extraits livrés par l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux concordent-ils avec le but original de l'Unité et sont-ils liés aux objectifs du Programme?

Les extraits attendus de l'Unité des avantages médicaux appuient l'objectif du Programme. Les extraits et les objectifs documentés de l'Unité ont toutefois besoin d'être mis à jour. Il y a eu un certain nombre de changements relatifs au Programme et bien que les priorités de l'Unité soient documentées de façon officielle, ces priorités ne sont pas liées à la majorité des extraits actuels de l'Unité.

4.1.1 Objectifs du Programme

Comme l'indique le modèle logique du Programme, l'objectif général de ce programme est de fournir du financement pour des prestations de soins de santé de sorte à répondre aux besoins en soins de santé des vétérans et autres clients admissibles au Programme. Les objectifs du Programme sont consignés dans diverses sources : le Plan ministériel 2017-2018 d'ACC, la Stratégie de mesure du rendement/le Profil d'information sur le rendement, le site Web externe d'ACC et un document interne sur les rôles et les responsabilités du Programme d'avantages médicaux. Les objectifs énumérés à l'intérieur des documents sont décrits et détaillés à divers niveaux et les documents ne sont pas facilement accessibles au personnel de l'administration centrale ou des bureaux de secteur.

4.1.2 Rôles et responsabilités de l'Unité de gestion du Programme

Lorsqu'on demande aux personnes interviewées, tant à l'administration centrale qu'aux Opérations en région d'ACC, quels seraient les rôles et responsabilités attendus de l'Unité des avantages médicaux, trois principales catégories ressortent :

1. Offrir des directives et une orientation claires au personnel sur le terrain;
2. Fournir des communications opportunes et complètes;
3. Superviser et examiner les composantes du programme pour améliorer l'efficacité et l'efficacité (p. ex., processus opérationnels et tableaux des avantages).

L'Unité des avantages médicaux a fourni une copie de son document sur les rôles et responsabilités du Programme qui a été créé en réponse à une recommandation découlant de la *Vérification analytique des programmes de choix 2009* d'ACC. Le document fait ressortir l'objectif/l'intention du programme en général ainsi que les rôles et les responsabilités des diverses sections d'ACC dans la prestation du Programme. Selon ce document, l'Unité des avantages médicaux est responsable de ce qui suit :

- Établir les objectifs et offrir une orientation stratégique pour le programme;
- Maintenir à jour les tableaux d'avantages, y compris travailler avec les systèmes d'ACC et la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé, pour s'assurer que les produits, les services et les prix dans les tableaux donnent une juste représentation des conditions actuelles du

marché et répondent adéquatement aux besoins des clients d'ACC tout en respectant les règlements et politiques d'ACC;

- Cerner les tendances du Programme et donner suite aux préoccupations liées au Programme;
- Collaborer avec le Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS) dans la négociation de diverses ententes avec les fournisseurs, auprès d'associations de fournisseurs de partout au Canada²⁰;
- Enquêter sur les problèmes systémiques au sein du Programme d'avantages médicaux, les interpréter et les résoudre;
- Faire partie du Comité d'examen des formulaires (CEF)²¹, du Comité d'examen des avantages (CEA)²² et du Groupe de travail intégré sur les avantages médicaux (GTIAM)²³ pour s'assurer que le Programme d'avantages médicaux continue de s'adapter aux conditions changeantes de la prestation des avantages et services de soins de santé au Canada;
- Travailler en collaboration avec la Direction générale de la recherche et des politiques pour s'assurer que les politiques d'ACC sont actuelles et reflètent les objectifs du Programme d'avantages médicaux et d'ACC.

Le document n'a pas été mis à jour depuis l'achèvement du plan d'action découlant de la recommandation de la vérification, en 2010 environ, et il est maintenant désuet. Comme il a été mentionné à la section 3.2, il y a eu de nombreux changements liés au Programme depuis 2010, y compris des modifications aux structures de gestion et d'exécution du Programme. Dans sa forme actuelle, le document ne définit pas clairement les objectifs et les extraits de l'Unité des avantages médicaux ou le rôle des principaux partenaires internes et externes (p. ex., Direction générale des professionnels de la santé d'ACC, Direction de l'administration des contrats d'ACC et tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé).

De nombreux employés sur le terrain qui ont été interviewés avaient une connaissance limitée des rôles et responsabilités du Programme assumés par la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé et par l'administration centrale, ce qui étaye davantage la nécessité de disposer d'objectifs de programme accessibles et uniformes. L'*Examen de la prestation des services de 2016*²⁴ d'ACC a donné lieu aux mêmes constatations et à une recommandation connexe²⁵ pour remédier à cette préoccupation. En date de février 2018, ces mesures sont toujours en suspens. Un examen ministériel interne mené en 2016 proposait

²⁰ Remarque : Le Partenariat fédéral pour les soins de santé n'existe plus.

²¹ Le CEF procède à l'examen, au maintien à jour et à la révision des médicaments énumérés sur la Liste des médicaments d'ACC. Le comité fournit des recommandations et une orientation au Programme afin de maintenir et d'améliorer les services offerts aux vétérans.

²² Le CEA est décrit plus amplement à la section 4.2.3.

²³ Le Groupe de travail intégré sur les avantages médicaux est un organe interne qui regroupe des employés de l'administration centrale d'ACC et des employés des Opérations en région; ces employés se réunissent régulièrement pour discuter des tendances, préoccupations et enjeux liés aux services et aux avantages pour soins de santé.

²⁴ À l'automne 2015, ACC a mené un examen exhaustif de ses quatre modes de prestation des services – en ligne, par téléphone, en personne et par courrier postal – qui visait à trouver de meilleures façons de travailler à l'interne ainsi que des façons plus efficaces de collaborer avec des fournisseurs de services externes dans le but d'améliorer le service offert aux vétérans et à leur famille.

²⁵ Mettre au point un processus continu pour offrir des séances de recyclage régulières aux employés sur les délais d'exécution et les processus de l'entrepreneur tiers, et sur leurs rôles et responsabilités relativement au contrat.

également d'élaborer un aperçu stratégique pour chaque secteur de programme d'ACC afin de préciser l'intention du programme, l'orientation et les attentes en matière de rendement.

4.1.3 Priorités liées à la gestion de programme

Les priorités pour l'Unité des avantages médicaux sont consignées de façon officielle et font l'objet de discussions, mais ne sont pas officiellement diffusées. Voici des priorités cernées :

- Comité d'examen des avantages
- Comité d'examen des formulaires de médicaments
- Cliniques multidisciplinaires (PDC 5)
- Déplacements à des fins médicales (PDC 2)
- Tableaux des avantages
- Processus opérationnels/lignes directrices

Même si on a constaté que les priorités de l'Unité des avantages médicaux cadreraient avec les rôles et les responsabilités de l'Unité, elles ne cadreraient toutefois pas avec la majorité des travaux effectués par le personnel de l'Unité (comme il est indiqué plus en détail dans les sections suivantes).

4.1.4 Extrants de la gestion de programme

Il a été constaté que les extrants attendus de l'Unité des avantages médicaux, tels que déclarés par le personnel de l'Unité, étaient liés à l'objectif général du programme. Le personnel a indiqué les extrants suivants en ce qui a trait aux avantages médicaux :

- Réponses aux demandes de renseignements/orientation sur les cas individuels et les sujets d'ordre général (personnel sur le terrain et personnel contractuel d'ACC, agents de résolution des problèmes²⁶, Bureau de l'ombudsman, haute direction d'ACC, Accès à l'information, médias et questions parlementaires);
- Directives, règles et lignes directrices opérationnelles;
- Formulaires et lettres;
- Mises à jour des tableaux des avantages;
- Mises à jour du RPSC;
- Protocoles d'entente, ententes, et accords sur les listes de produits/médicaments;
- Trousses de réunion/comité, présences et comptes rendus de décisions;
- Initiatives et examens ponctuels (y compris la participation au sein du groupe de travail ministériel);
- Trousses de formation pour le personnel sur le terrain d'ACC et le personnel de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé;
- Présentations des intervenants et réunions;

²⁶ L'agent de résolution examine le problème du client, fournit des réponses, formule des recommandations et résout le problème; au besoin, il assure la liaison avec le personnel de l'unité ou du secteur du Ministère ou l'achemine directement à la haute direction, pour les dossiers qui ne font pas partie de son champ de pratique.

- Plans d'action en réponse aux rapports d'évaluation et de vérification internes et externes.

L'équipe d'évaluation a constaté que les extrants produits par l'Unité des avantages médicaux soutiennent les activités et les extrants dans le modèle logique du programme (autorisations d'avantages, décisions d'appel, paiements, délivrance de cartes de soins de santé) comme le montre l'annexe B.

Selon les entrevues, les observations et les données d'activités auto-déclarées, le personnel consacre la majorité de son temps à répondre aux demandes de renseignements sur les avantages. Ces demandes de renseignements peuvent être de simples demandes de précisions ou porter sur des questions approfondies qui nécessitent une interprétation des politiques et des consultations auprès d'autres employés d'ACC. Le niveau d'effort consacré aux demandes de renseignements sera élaboré davantage à la section 4.2.3.

4.2 Dans quelle mesure l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux optimise-t-elle l'utilisation des ressources et produit-elle les extrants requis?

L'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure d'évaluer entièrement l'optimisation des ressources en raison d'un manque d'information sur les extrants et des nombreux changements apportés dans les ressources au cours de la période visée par l'évaluation. À compter de 2017-2018, les ressources de l'Unité des avantages médicaux ont diminué, tandis que le nombre de demandes de renseignements reçues par l'unité par l'entremise de l'ECMPS a augmenté et que le nombre de processus opérationnels et de tableaux des avantages nécessitant des mises à jour continue de croître.

4.2.1 Ressources (intrants)

Les intrants sont les ressources humaines et financières et les infrastructures nécessaires pour administrer un programme. Les principaux intrants de l'Unité des avantages médicaux sont les ressources humaines et financières, les règlements et politiques, et le SFTDSS et les systèmes du RPSC.

Comme il est mentionné dans l'introduction (section 1.0), un certain nombre de changements survenus au cours des dernières années ont eu une incidence sur le Programme. Comme il est indiqué au tableau 3, ces changements comprennent notamment une perte (-3,4) d'équivalents temps plein (ETP). De surcroît, une perte importante de connaissances ministérielles survenue au sein de l'Unité des avantages médicaux vient aggraver la perte de ces ressources. Au cours des derniers exercices financiers, certains postes permanents ont été dotés par des employés non permanents ou de nouveaux employés au sein du secteur d'activité. Comme on peut le voir au tableau 3, en 2013-2014, 100 % des ETP de l'Unité des avantages médicaux étaient nommés pour une période indéterminée, comparativement à 62 % en septembre 2017. Les nouveaux employés doivent suivre une formation et ont besoin de temps pour apprendre les politiques et les processus complexes liés aux avantages du programme, de même que leurs particularités.

Tableau 3 - Ressources humaines pour l'Unité des avantages médicaux d'avril 2013 à septembre 2017²⁷

Exercice	Total d'ETP	ETP nommés pour une durée indéterminée	ETP occasionnels/nommés pour une période déterminée
2013-2014	12,9	12,9	0,0
2014-2015	10,6	10,6	0,0
2015-2016	9,6	9,6	0,0
2016-2017	9,2	8,25	0,95
2017-2018 (ACJ)	9,5	5,9	3,6
Changements	-3,4	-7,0	+3,6

Remarque : Au cours de la phase d'examen de l'évaluation, l'Unité des avantages médicaux a perdu un autre analyste d'expérience.

La grande majorité des personnes interrogées à l'administration centrale ont indiqué que l'Unité des avantages médicaux ne disposait pas de ressources suffisantes pour gérer le programme de façon adéquate. Bien qu'il ne concerne pas uniquement les avantages médicaux, un examen interne réalisé en 2016 a indiqué qu'il y avait trop de demandes de renseignements de la part du personnel et pas assez de directives fonctionnelles et d'expertise disponibles.

4.2.2 Activités et extraits

Les activités sont des processus ou opérations qu'effectue une organisation en ayant recours aux intrants disponibles. Les extraits sont les produits ou services directs résultant des activités.

Selon les entrevues et les données de suivi autodéclarées, la majorité des efforts des ressources de l'Unité des avantages médicaux est consacrée à des éléments opérationnels. L'Unité des avantages médicaux se concentre essentiellement sur les demandes de renseignements et les renvois de demandes concernant les vétérans. Cette priorité est directement liée aux priorités ministérielles d'une démarche centrée sur les vétérans, notamment en mettant l'accent sur le bien-être des vétérans et l'excellence du service ainsi que sur l'atteinte des objectifs du programme.

Lorsque des problèmes se manifestent ou que des secteurs de risques sont reconnus, les ressources de l'Unité des avantages médicaux sont affectées au travail dans ces secteurs; souvent, cependant, elles ne peuvent s'y consacrer à fond, car le personnel de l'unité aide également à répondre aux demandes de renseignements.

²⁷ En se fondant sur les rapports internes sur la budgétisation des immobilisations et la gestion du capital humain pour la Direction des programmes de soins de santé et de réadaptation.

Processus de renvoi des demandes de renseignements aux niveaux supérieurs

Les demandes de renseignements reçues par l'Unité des avantages médicaux peuvent porter sur des dossiers de vétérans en particulier, des questions propres aux fournisseurs ou des généralités concernant les avantages médicaux. L'Unité des avantages médicaux reçoit des demandes de renseignements de diverses sources, soit :

- par l'entremise du système de l'ECMPS;
- directement du personnel des bureaux locaux et du personnel de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé;
- de la part de la haute direction d'ACC;
- de la part des agents de résolution de problèmes;
- de la part du Bureau de l'ombudsman.

Les résultats des entrevues menées auprès du personnel de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé et du personnel régional d'ACC ont permis de constater que le recours à diverses méthodes de renvoi des demandes de renseignements aux échelons supérieurs ne visait pas toujours le personnel de l'Unité des avantages médicaux (p. ex. les superviseurs locaux, les agents des normes, de la formation et de l'évaluation²⁸ (ANFE), l'ECMPS ou les demandes adressées directement à l'Unité des avantages médicaux). Peu de documents concernant le moment ou la façon d'acheminer des questions et des demandes de conseils liées aux avantages médicaux sont mis à la disposition du personnel régional d'ACC. Selon les processus actuels relatifs à l'ECMPS, le personnel doit suivre les « pratiques locales en place », après quoi, si le personnel n'est pas en mesure de résoudre le problème, un superviseur soumet une demande par l'entremise de l'ECMPS. Le système électronique de l'ECMPS est utilisé pour soumettre et consigner les demandes de renseignements et pour en faire le suivi. L'ECMPS distribue les questions aux secteurs compétents au sein d'ACC pour que des mesures soient prises (p. ex., les questions portant sur les avantages médicaux sont acheminées à l'Unité des avantages médicaux). Les demandes de renseignements que reçoit l'Unité des avantages médicaux par l'entremise de l'ECMPS sont triées par un membre du personnel d'une unité centrale. Un schéma du processus de renvoi aux échelons supérieurs se trouve à l'annexe F.

Selon les résultats des entrevues et le suivi des activités de gestion du programme, un certain nombre de demandes de renseignements (de 100 à 150 par mois) sont envoyées directement au personnel de l'Unité des avantages médicaux, y compris les éléments présentant un risque plus élevé. Le nombre limité d'orientations documentées concernant le processus de renvoi aux échelons supérieurs pour les questions liées aux avantages médicaux peut être une source de confusion pour le personnel régional, ce qui peut mener à des irrégularités dans le processus et à une méthode de suivi des demandes de renseignements qui manque d'uniformité pour l'Unité des avantages médicaux.

²⁸ Dans le cadre de ses fonctions, l'ANFE fournit des directives et de l'encadrement au personnel des bureaux locaux d'ACC en ce qui concerne l'interprétation et l'application des lois, des règlements, des politiques, des processus opérationnels et du processus décisionnel applicables à tous les programmes, ainsi que des conseils sur les questions liées aux programmes et aux services.

Demandes de renseignements reçues

Au cours des trois derniers exercices, le Programme a connu une augmentation du nombre de demandes de renseignements reçues par l'entremise de l'ECMPS. Il y a eu une hausse de 51 % (226) du nombre total de demandes de renseignements reçues par l'entremise de l'ECMPS entre 2014-2015 et 2017-2018 à ce jour (ACJ) (janvier 2018). Selon les estimations établies en fonction d'un examen des données de l'exercice 2016-2017, le total des demandes de renseignements reçues par l'entremise de l'ECMPS en 2017-2018 est en voie d'égaliser ou de surpasser celui de l'exercice précédent. Le plus récent changement d'une année à l'autre dans le nombre total de demandes de renseignements reçues par l'entremise de l'ECMPS (de 2015-2016 à 2016-2017) montre une augmentation de 40 % (229); les demandes de renseignements provenant d'ACC et de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé avaient toutes deux augmenté. Le tableau 4 présente les incidents enregistrés de 2014-2015 à 2017-2018.

Tableau 4 – Incidents enregistrés relativement aux demandes liées aux avantages médicaux reçues par l'entremise de l'ECMPS

Exercice	Incidents enregistrés par la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé	Incidents enregistrés par ACC	Nombre total d'incidents enregistrés
2014-2015	154	293	447
2015-2016	354	224	578
2016-2017	537	270	807
2017-2018 (prévisions)*	500	308	808

*Les données de prévision pour 2017-2018 sont fondées sur les données en date du 31 janvier 2018 et sur des estimations pour les deux derniers mois de l'exercice 2017-2018 établies en fonction de l'activité de l'exercice précédent.

Selon les entrevues et une analyse des données sur les incidents de l'ECMPS d'avril 2014 à janvier 2018, il y a lieu de croire que le transfert des autorisations de traitement des centres d'autorisation de traitements²⁹ d'ACC à la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé en 2014-2015 et 2015-2016 s'est traduit par une augmentation du nombre de demandes de renseignements à l'Unité des avantages médicaux. On constate une tendance à la hausse dans le nombre de demandes de renseignements reçues de l'entrepreneur (383 ou 249 %) par l'entremise de l'ECMPS entre avril 2014 et mars 2017³⁰. L'augmentation du nombre de demandes de renseignements pourrait raisonnablement être attribuée à un certain nombre de facteurs :

- L'augmentation globale du nombre d'autorisations d'avantages médicaux (passant de 560 702 en 2014-2015 à 673 474 en 2016-2017, soit une augmentation de 20 %);
- Il faut du temps pour acquérir de l'expérience/des connaissances à l'égard de nouveaux avantages/services (sans compter que la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé a dû embaucher du personnel supplémentaire, ce qui

²⁹ Les centres d'autorisation de traitements étaient des centres opérationnels régionaux d'ACC à qui il incombait, avant 2014, d'autoriser divers services et avantages pour soins de santé.

³⁰ Les données de 2016-2017 ayant été utilisées au moment de l'évaluation, il ne s'agit pas d'un exercice complet.

représenterait une courbe d'apprentissage accrue relativement aux vétérans et aux politiques et processus généraux d'ACC);

- Le fait que les règles opérationnelles et les tableaux des avantages ont besoin d'être revus pourrait contribuer à l'augmentation du nombre de demandes de renseignements;
- La tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé n'exerce pas le même niveau de pouvoir décisionnel discrétionnaire que le personnel d'ACC et, par conséquent, si les règles opérationnelles ne sont pas suffisamment claires pour lui permettre de prendre des décisions, elle doit acheminer les questions ou demandes de renseignements à l'Unité des avantages médicaux.

Fait intéressant, dans le cadre d'un examen des tableaux des avantages effectué à l'interne en 2010, on avait prédit que si le travail de traitement des CAT était transféré à la tierce partie et que les processus d'ACC n'étaient pas améliorés et simplifiés, il y avait un risque qu'un volume de travail croissant soit graduellement relégué à ACC. À la lumière des données probantes examinées, les évaluateurs ne sont pas en mesure de conclure définitivement que cette prédiction s'est concrétisée. Les constatations de l'évaluation indiquent toutefois que le déplacement de la charge de travail a contribué à entraîner du travail supplémentaire pour l'Unité des avantages médicaux.

Dans l'ensemble, les membres du personnel de la tierce partie et les membres du personnel régional d'ACC interrogés ont indiqué qu'ils bénéficient du soutien dont ils ont besoin pour exécuter le Programme d'avantages médicaux et qu'ils sont en mesure de répondre localement à la majorité de leurs demandes sans demander d'autres précisions à l'administration centrale ou sa participation accrue. Comme il a été souligné précédemment, il n'existe aucun processus documenté pour transmettre les questions soulevées aux échelons supérieurs.

Comme bon nombre des analystes de l'Unité des avantages médicaux ne possèdent pas une vaste expérience dans le domaine des soins de santé, il est important que des experts en la matière soient consultés. À l'heure actuelle, la documentation indiquant les cas où le personnel de l'Unité des avantages médicaux devrait consulter le personnel des secteurs non liés au programme (p. ex, les professionnels de la santé ou le secteur des politiques) est limitée, et les consultations ne sont généralement pas documentées dans le RPSC³¹. À la lumière des entrevues et d'un petit examen des demandes de renseignements soumises par l'entremise de l'ECMPS (37 dossiers), des consultations informelles et des consultations ponctuelles semblent avoir lieu avec le personnel des secteurs non liés au programme.

Outil de suivi des activités

Afin de faciliter la collecte des données requises pour obtenir une représentation complète de la charge de travail, un nouvel outil de suivi des activités a été mis en œuvre pour l'Unité des avantages médicaux en octobre 2017. L'équipe d'évaluation devait évaluer quatre mois d'informations au fil de l'évaluation. Au cours de ces quatre mois (d'octobre 2017 à janvier 2018), 1 778 activités consignées ont été signalées.

La saisie de l'information était principalement effectuée pour le travail lié aux demandes de renseignements; l'information consignée au sujet des activités stratégiques était très restreinte, voire inexistante. L'équipe d'évaluation a trouvé un nombre limité de preuves attestant que les

³¹ Réseau de prestation des services aux clients (RPSC) – Système informatique interne d'enregistrement d'ACC pour les dossiers des vétérans.

renseignements recueillis étaient utilisés pour faciliter la gestion de la charge de travail de l'Unité des avantages médicaux ou pour orienter le processus décisionnel de la direction.

L'équipe d'évaluation a déterminé que l'outil de suivi actuel pourrait être amélioré pour maximiser les capacités électroniques, mieux documenter les tendances et les enjeux et orienter la prise de décisions relatives à la gestion de programme. La saisie de renseignements supplémentaires, comme les réponses aux demandes de renseignements, les délais de traitement, les types de demandes de renseignements (p. ex. selon le PDC ou le type de fournisseur de soins de santé) et d'autres travaux réalisés par le personnel de l'Unité des avantages médicaux (p. ex. mises à jour de processus opérationnels, travaux du CEA et examens ponctuels réalisés à l'interne) pourrait présenter des avantages pour l'outil.

4.2.3 Évaluation de l'optimisation des ressources

En raison de la non-disponibilité de renseignements sur les extraits et changements organisationnels antérieurs, l'évaluation n'a pas permis d'obtenir correctement de l'information sur tous les extraits de l'Unité des avantages médicaux pendant la période visée par l'évaluation. Pendant la phase d'examen de l'évaluation, il a été précisé que le nouvel outil de suivi permettait de mesurer le nombre de demandes de renseignements reçues (non traitées) par l'Unité des avantages médicaux et que les activités/extraits ne font pas tous l'objet d'un suivi. Par conséquent, il est difficile de formuler des commentaires sur l'amélioration de la production d'extraits.

Afin de faciliter le développement des connaissances et le maintien en poste du personnel de l'Unité des avantages médicaux, le gestionnaire du programme a commencé en 2017 à passer d'un modèle des spécialistes des PDC à un modèle où les analystes de l'unité sont davantage des généralistes. Les entrevues auprès du personnel de l'Unité des avantages médicaux ont permis de constater que les réunions d'équipe hebdomadaires servent également de forum pour l'échange de renseignements et les discussions de cas.

Comparateurs de l'industrie

L'équipe d'évaluation a identifié les ministères fédéraux suivants qui ont des programmes de soins de santé similaires financés par le gouvernement fédéral :

- Forces armées canadiennes (FAC) [protection en matière de soins de santé pour les membres des FAC];
- Gendarmerie royale du Canada (GRC) [protection en matière de soins de santé pour les membres de la GRC];
- Conseil du Trésor du Canada [Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) qui offre un régime de soins médicaux pour les fonctionnaires et les retraités de la fonction publique fédérale et pour quelques autres groupes];
- Santé Canada [Programme des services de santé non assurés (SSNA) pour les Premières nations et les Inuits].

L'exécution et la gestion/les structures organisationnelles des programmes susmentionnés ont été évaluées dans le cadre d'un examen de la documentation et au moyen d'une recherche sur Internet et d'entrevues avec le personnel du programme. Chaque programme présente des particularités qui lui sont propres (p. ex., les FAC fournissent des soins de santé directement aux membres des FAC tandis que l'administration des SSNA se fait davantage à l'échelle régionale), et l'importance de leur clientèle varie (p. ex, le Programme des SSNA et le RSSFP desservent

une population beaucoup plus importante). En fin de compte, il n'y avait aucune structure de comparaison claire pour la gestion du Programme d'avantages médicaux d'ACC.

Aucune comparaison avec des régimes d'assurance privés n'a été effectuée dans le cadre de l'évaluation en raison des différences essentielles observées dans la conception et la structure d'exécution des programmes, principalement du fait que les bénéficiaires des régimes privés paient une quote-part de la couverture offerte, que l'admissibilité n'est pas liée à des affections (comme des affections ouvrant droit à pension), que la protection est la même pour tous les participants et que la limitation des coûts est un facteur déterminant.

Comité d'examen des avantages

Le Comité d'examen des avantages (CEA) est une entité officielle d'ACC qui se veut une tribune pour la discussion, la consultation et la formulation de recommandations concernant les interventions et avantages nouveaux et émergents en matière de soins de santé et les groupes de professionnels de la santé connexes. Le comité est composé de nombreux experts en la matière occupant des postes clés au sein d'ACC (p. ex, professionnels de la santé, appels, gestion de cas, réadaptation, politiques, etc.). Depuis janvier 2016, il n'y a eu aucune réunion officielle du CEA où le quorum a été atteint. Une réunion a eu lieu en septembre 2017, mais les membres n'étaient pas tous présents.

En 2017, le mandat du CEA a été examiné de manière à ce qu'il soit davantage harmonisé avec celui du Comité d'examen des formulaires (CEF) de médicaments d'ACC. Le CEF a été restructuré pour donner suite à un récent rapport de vérification du BVG, et les entrevues indiquent que comité fonctionne de manière plus efficiente et plus efficace par suite de ces changements. Au moment où le rapport d'évaluation était en préparation, le mandat du CEA était en cours d'élaboration depuis juillet 2016 et n'était pas encore finalisé. Les discussions se poursuivent entre la Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services et la Direction générale des professionnels de la santé concernant la composition du comité ainsi que les rôles et les responsabilités de ses membres.

Les personnes rencontrées en entrevue conviennent que le comité est nécessaire, et il y a une liste de points devant faire l'objet de discussions et d'un examen. Cette déclaration est étayée par la vérification du BVG de 2016 sur les médicaments et la *Vérification de la gouvernance d'ACC* menée à l'interne en 2017, qui ont toutes deux fait ressortir l'importance d'établir clairement les rôles et les responsabilités et de documenter les décisions.

À la suite d'un examen de la documentation et en se fondant sur les résultats des entrevues, les évaluateurs ont déterminé que les discussions sur la composition du comité qui se poursuivent, les réunions irrégulières et l'absence de version définitive du mandat entravent la prise de décisions éclairées concernant les avantages médicaux et les services. L'équipe d'évaluation a aussi cerné des domaines où le rôle du CEA pourrait être maximisé, notamment :

- examiner/orienter l'analyse des tendances et des risques en matière d'avantages médicaux;
- agir à titre de comité consultatif pour des projets spéciaux et des examens ponctuels;
- intégrer un représentant de la clientèle d'ACC pour s'assurer que plus de consultations sont menées auprès des intervenants.

4.2.4 Possibilités d'amélioration

En raison des nombreux changements de personnel et de l'insuffisance de l'information de suivi, l'évaluation ne permet pas de confirmer avec certitude que des ressources supplémentaires permettrait de régler les enjeux auxquels l'Unité des avantages médicaux est actuellement confrontée ou si des ressources supplémentaires seraient requises à long terme. L'embauche de personnel supplémentaire à court terme pourrait permettre à l'Unité des avantages médicaux d'analyser les enjeux/secteurs de risque potentiels, de mieux appuyer la gestion du programme et d'améliorer l'exécution du programme, en effectuant par exemple la mise à jour des règles/processus opérationnels et en accordant plus d'attention à des domaines clés comme les examens des tableaux d'avantages, les questions liées aux cliniques multidisciplinaires, les déplacements à des fins médicales, la mise à jour des ententes sur les listes de produits pharmaceutiques, la création d'un répertoire des réponses à des demandes de renseignements, et d'autres secteurs où il est possible d'améliorer l'efficacité.

L'outil de suivi de l'Unité des avantages médicaux constitue une bonne base pour créer un produit plus complet et, par conséquent, des améliorations pourraient renforcer son utilité et rehausser sa valeur. Faire le suivi des activités/extrants de l'Unité des avantages médicaux présente des avantages évidents : justifier les ressources actuelles et les limites liées à la charge de travail, faire ressortir et harmoniser les besoins futurs en ressources, et surveiller les enjeux/secteurs de risque qui nécessitent une analyse plus approfondie.

Les constatations faites lors de l'évaluation permettent de croire qu'il existe un manque de sensibilisation à l'égard des rôles et des responsabilités concernant l'Unité des avantages médicaux, de même que des incohérences dans le processus de renvoi actuel des demandes de renseignements concernant les avantages médicaux. La documentation mise à la disposition du personnel régional d'ACC concernant le moment et la façon d'acheminer les questions et les demandes d'orientation fonctionnelle aux échelons supérieurs étant limitée, il est possible d'accroître la sensibilisation et les connaissances du personnel régional dans ces domaines.

4.3 Existe-t-il des possibilités de réaliser des gains d'efficience dans la gestion du Programme d'avantages médicaux?

Depuis un certain nombre d'années, le Programme cherche à réaliser des gains d'efficience en matière de traitement. Il existe des occasions d'appliquer diverses pratiques au sein de l'Unité des avantages médicaux pour mieux soutenir la gestion du programme et aider à déterminer d'autres domaines où des gains d'efficience pourraient être réalisés.

4.3.1 Mesure du rendement

La *Politique sur les résultats* a été adoptée en juillet 2016 et a remplacé la précédente *Politique sur l'évaluation*. Avec le nouvel ensemble de politiques, l'accent a été mis davantage sur la surveillance de la mesure du rendement et la production de rapports à cet égard pour tous les ministères fédéraux, notamment sur l'exigence de rendre des comptes au Secrétariat du Conseil du Trésor et de le consulter au sujet des résultats du rendement des programmes, des indicateurs et des extrants.

La mesure du rendement est une fonction clé qui aide à favoriser une gestion de programme efficace. La mesure du rendement est généralement décrite comme la mesure régulière des indicateurs et des extrants établis pour suivre les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats attendus d'un programme. Les données recueillies servent à évaluer l'efficacité et l'efficience des programmes et à éclairer la prise de décision quotidienne pour la gestion de programme.

L'*Évaluation du Programme d'avantages pour soins de santé d'ACC* de 2014 a relevé les difficultés liées à la mesure du rendement. Au moment d'entreprendre la présente évaluation, la mesure du rendement du programme accusait deux ans de retard. Par conséquent, il n'y a aucune preuve que des données sur la mesure du rendement ont été recueillies de manière régulière, ont fait l'objet de rapports ou d'une surveillance par la direction du programme et qu'elles sont utilisées pour appuyer les décisions prises par l'Unité des avantages médicaux.

4.3.2 Gestion des risques

Un autre aspect important de la gestion de programme consiste à déterminer, évaluer et prioriser les risques et appliquer les ressources nécessaires afin d'atténuer l'incidence des événements négatifs et de maximiser les possibilités. La raison d'être de la gestion des risques est de parvenir à ce que l'incertitude n'entrave pas une organisation dans l'atteinte de ses objectifs.

À l'heure actuelle, les priorités informelles et les risques font l'objet de discussions informelles entre la direction et le personnel de l'Unité des avantages médicaux, mais ils ne sont pas officiellement documentés. De plus, il n'existe aucune preuve qu'une analyse formelle des tendances ou des risques est effectuée concernant les demandes de renseignements reçues par l'Unité des avantages médicaux. On s'attend à ce que le CEA fournisse une tribune pour discuter des risques. Toutefois, ce rôle n'est pas clair puisque le mandat du CEA n'a pas été finalisé et qu'aucune réunion officielle du CEA n'a eu lieu au cours de la période visée par le calendrier du projet d'évaluation (de juin 2017 à mars 2018).

4.3.3 Analyse des données

Le Programme est vaste et de nombreuses données sont disponibles. Toutefois, le nombre d'analyses réalisées au cours des dernières années a été limité. La surveillance continue des données et la production de rapports sur les données appuieraient la mesure du rendement du programme et aideraient à cerner les enjeux/tendances qui pourraient aider à améliorer l'exécution et la gestion du programme, améliorant du même coup le service aux vétérans.

Bien que l'évaluation n'ait pas porté sur des données d'autorisation ou de transaction au niveau des PDC ou du type de bénéficiaire, l'équipe d'évaluation a tout de même relevé certains sujets de préoccupation concernant l'uniformité, l'intégrité et l'utilisation des données pour éclairer la prise de décisions. Par exemple :

- Jusqu'à ce que l'équipe d'évaluation ne le demande, aucun aperçu du rendement du programme n'avait été produit depuis deux ans;
- Les entrevues menées auprès du personnel de l'Unité des avantages médicaux appuyaient le fait que les données sur le programme ont fort peu été utilisées au cours des dernières années pour gérer le programme;
- Une fois analysées par l'évaluation, les données de l'aperçu du rendement du programme ont indiqué qu'ACC traitait de 65 % à 75% des transactions, ce qui constitue une erreur puisque la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé traite en fait presque toutes les transactions du

programme. Cette erreur se produit depuis un certain nombre d'années, indiquant que cette information n'est pas examinée régulièrement.

4.3.4 Mobilisation des intervenants

La collaboration avec des groupes d'intervenants permet aux gestionnaires de programme de déterminer les besoins, les enjeux et les perspectives. Les intervenants peuvent être des bénéficiaires du programme, des partenaires internes et externes, des équipes de soutien, des fournisseurs et d'autres organisations ou groupes touchés par un programme. Comme il a déjà été mentionné à la section 1.0, les résultats de *l'Enquête nationale sur les vétérans 2017 d'ACC* indiquent que les bénéficiaires sont très satisfaits du Programme.

Selon les entrevues menées auprès du personnel de l'Unité des avantages médicaux et le personnel de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé, une certaine collaboration et des discussions ont lieu avec divers groupes/associations de fournisseurs de soins de santé. Certaines entrevues ont révélé le besoin de mettre davantage l'accent sur la gestion des enjeux relatifs aux fournisseurs. En fait, avant 2014, un membre du personnel de l'Unité des avantages médicaux était affecté à cette fonction. Comme il est mentionné à la section 4.2.3, il est également possible d'inclure la représentation d'un intervenant au sein du CEA.

4.3.5 Leçons apprises

Les leçons apprises sont des leçons tirées des expériences (positives ou négatives) des précédents cas ou projets. Le but du recensement, de la documentation et du partage des leçons apprises est d'appliquer des connaissances tirées de l'expérience. Les membres de l'Unité des avantages médicaux se réunissent chaque semaine pour discuter des dossiers en cours et partager l'information avec les membres de l'équipe. Les preuves permettant de conclure que les demandes de renseignements auxquelles on a déjà répondu sont utilisées pour orienter la manière de répondre à des demandes de renseignements portant sur des sujets similaires sont limitées. Des consultations ponctuelles et informelles entre les membres du personnel de l'Unité des avantages médicaux ont lieu, mais il n'y a pas de base de données officielle pour faire un suivi des demandes de renseignements auxquelles on a répondu antérieurement. La collecte et l'analyse de cette information doivent faire l'objet d'un effort concerté, car il y a également eu un renouvellement considérable du personnel au sein de l'Unité des avantages médicaux et ces renseignements pourraient servir à former et à informer le personnel, tout en favorisant l'uniformité des réponses aux demandes de renseignements.

4.3.6 Autres conclusions du rapport

Dans les *Rapports du vérificateur général du Canada, Rapport 4 – Les prestations pharmaceutiques – Anciens Combattants Canada*, des lacunes dans les domaines suivants ont été notées au sujet du PDC 10, mais pourraient être soulignées pour l'ensemble du Programme :

- processus adéquat pour prendre des décisions fondées sur des éléments probants concernant les avantages;
- surveillance des tendances en matière de décisions exceptionnelles (articles qui ne figurent pas dans le tableau des avantages qui sont habituellement approuvés);
- tendances dans l'utilisation qui pourraient éclairer les décisions sur la gestion du programme;

- application de stratégies de rentabilité pour gérer les coûts.

De même, un examen ministériel interne des tableaux des avantages réalisé en 2010 a révélé qu'il n'y avait pas de processus clair pour déterminer les paramètres contenus dans les tableaux et que les processus pour procéder à une évaluation et apporter des changements devraient être normalisés, bien compris et résister à un examen financier et juridique. En outre, le rapport d'examen a recommandé qu'un mécanisme d'établissement de rapports périodiques sur les données soit établi pour aider à cerner les tendances et les enjeux.

4.3.7 Initiatives en cours/réalisées en matière d'efficience

Même si la portée de l'évaluation n'impliquait pas d'évaluer si des gains d'efficience étaient réalisés en ce qui concerne l'exécution du programme, les évaluateurs ont indiqué que plusieurs initiatives visant la recherche d'efficience ont été réalisées depuis la dernière phase d'examen de l'évaluation (automne 2012) ou étaient en cours :

- En 2013, un projet visant à rationaliser les processus opérationnels concernant les autorisations des avantages et des services a été mené à bien. Le rapport de clôture du projet indique que les préautorisations subséquentes ont été grandement réduites (plus de 80 % des demandes sont traitées sans interaction avec ACC) et les sites Web internes et externes ont été améliorés pour faciliter la consultation de l'information. L'équipe d'évaluation n'a pas trouvé suffisamment d'éléments probants pour confirmer que des réductions d'autorisation se sont produites comme il a été indiqué. Cela vient étayer davantage la constatation du rapport d'évaluation au sujet de la nécessité d'améliorer la fonction d'analyse des données/tendances pour le programme.
- En vue d'optimiser les services aux clients et de déléguer des pouvoirs aux décideurs, des pouvoirs supplémentaires ont été délégués en 2014 au personnel du bureau de secteur d'ACC pour le Programme d'avantages médicaux. L'équipe d'évaluation n'a pas déterminé si les objectifs ont été atteints.
- Dans le cadre du nouveau contrat pour le SFTDSS, les tâches liées aux autorisations qui incombaient antérieurement à divers Centres d'autorisation de traitements d'ACC ont été consolidées en 2014-2015 avec la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé afin d'améliorer l'uniformité du traitement et réaliser des gains d'efficience. L'efficacité du contrat pour le FTDSS dépassait la portée de l'évaluation. Cependant, les demandes de renseignements au sujet des avantages médicaux provenant de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé sont de plus en plus nombreuses, tout comme le sont les règles opérationnelles et les tableaux des avantages qui doivent faire l'objet d'un examen, ce qui laisse entendre qu'il existe des possibilités d'amélioration.
- En 2012, un exercice de mise en concordance a été effectué pour s'assurer que les liens entre les affections médicales et les avantages sont adéquats. Cet exercice a donné lieu à un outil reproduisant des « feux de circulation » en 2015 qui est utilisé comme guide de référence pour la prise de décisions et la consultation. Des entrevues menées auprès du personnel de la tierce partie

responsable du traitement des demandes de soins de santé permettent de conclure que l'outil est utile.

- Pendant l'évaluation, le Programme a amorcé un examen du traitement des demandes de déplacement à des fins médicales. L'examen a pour but de rationaliser le processus afin de réduire le fardeau administratif et les taux d'erreurs et de répondre aux besoins des vétérans. L'examen a eu lieu trop tôt dans le processus pour pouvoir formuler des commentaires d'évaluation au sujet des résultats.
- Pendant la phase de production du rapport d'évaluation, l'Unité des avantages médicaux avait également entrepris un examen de plus de 20 lettres et formulaires liés au Programme dans le but de préciser l'information, de simplifier le processus et d'améliorer l'expérience des utilisateurs. L'examen de ces lettres et formulaires était considéré comme étant prioritaire en raison de leur utilisation élevée par l'entremise du SFTDSS.

5.0 Conclusions

Au cours des dernières années, l'Unité des avantages médicaux a apporté des changements importants à sa structure organisationnelle et sa capacité en matière de connaissances, ce qui a eu une incidence sur la capacité de répondre aux nombreuses demandes de renseignements et priorités qui continuent de se présenter dans un environnement de soins de santé complexe et en évolution au Canada.

La mise en place d'une structure de gouvernance concrète pour le Programme est nécessaire. Avoir en place des documents qui décrivent les objectifs, les rôles et responsabilités ainsi que les priorités de l'Unité des avantages médicaux fournirait une orientation et permettrait de faire en sorte que toutes les parties comprennent bien leurs activités principales. Par ailleurs, des discussions qui se poursuivent concernant la composition du CEA et un manque de réunions créent des obstacles à un processus décisionnel efficace pour les avantages et services médicaux.

Au sein de l'Unité des avantages médicaux, les éléments opérationnels ont préséance sur la gestion stratégique. Les demandes de renseignements/renvois concernant les vétérans sont considérées comme des priorités qui sont directement liées aux priorités ministérielles. Cependant, il est fort probable que l'absence de mises à jour des taux des tableaux des avantages et de documents d'orientation contribue à l'augmentation du nombre de demandes de renseignements, ce dont l'Unité des avantages médicaux s'est rendu compte. Si l'accent n'est pas davantage mis sur la gestion des enjeux globaux et l'élimination des causes profondes, on peut raisonnablement s'attendre à ce que la charge de travail de l'Unité des avantages médicaux reste élevée/continue de s'accroître dans ces domaines, alors que d'autres enjeux demeurent non réglés.

En outre, le fait de se concentrer davantage sur les domaines stratégiques profiterait aux vétérans et au personnel d'ACC en permettant une prestation plus efficace et efficiente des avantages. Qui plus est, si les problèmes susmentionnés ne sont pas réglés et que l'arriéré des demandes de prestations et des examens est éliminé, la charge de travail de l'Unité des avantages médicaux pourrait s'accroître à mesure que les nouveaux bénéficiaires du Programme commenceront à accéder aux avantages et services de soins de santé.

Le nombre d'analyses de données sur les avantages médicaux réalisées par l'Unité des avantages médicaux au cours des dernières années a été limité. La surveillance continue des données et la production de rapports sur les données appuieraient la mesure du rendement du programme et aideraient à cerner les enjeux/tendances qui pourraient aider à améliorer l'exécution et la gestion du programme.

6.0 Recommandations

RECOMMANDATION 1

Il est recommandé que la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, améliore la structure de gouvernance du Programme :

- en mettant à jour le document sur les rôles et les responsabilités du Programme d'avantages médicaux de manière à refléter les changements dans la structure organisationnelle, les rôles et les responsabilités du personnel de l'Unité hors programme et des comités pertinents, les objectifs de l'Unité de gestion du Programme, les extrants et principales activités et les priorités;
- en créant un plan stratégique et opérationnel à moyen et à long terme pour l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux, indiquant les besoins en ressources, les échéanciers, les objectifs et les liens avec les priorités du Programme d'avantages médicaux;
- en distribuant les documents susmentionnés aux employés du Ministère et au personnel de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé.

Réponse de la direction

La direction est d'accord avec cette recommandation.

Plan d'action de la direction

Mesures correctives à prendre	Bureau de première responsabilité (BPR)	Date d'achèvement cible
Compte tenu de la réorganisation de la fonction de gestion de programme pour tous les programmes de soins de santé sous un seul directeur à compter du 22 janvier 2018, les rôles, responsabilités, objectifs, priorités et activités/extrants clés associés à la gestion du Programme d'avantages médicaux seront examinés et mis à jour, afin de s'assurer que le personnel d'ACC et les partenaires externes en aient une compréhension claire.	Directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services	30 juin 2018
Élaborer un plan stratégique et opérationnel qui décrit les besoins en matière de ressources, les échéanciers, les buts et les liens avec les priorités. Ce plan sera élaboré en consultation/collaboration avec des partenaires clés. Il précisera les mesures à moyen et à long terme et sera axé sur les rôles et responsabilités actualisés susmentionnés du Programme d'avantages médicaux.		30 novembre 2018

Mesures correctives à prendre	Bureau de première responsabilité (BPR)	Date d'achèvement cible
Distribuer le document sur les rôles et responsabilités actualisées et le plan stratégique et opérationnel au personnel d'ACC, au personnel de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé et à d'autres intervenants s'il y a lieu.		31 décembre 2018

RECOMMANDATION 2

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint, Prestation des services, finalise le mandat du Comité d'examen des avantages (y compris les rôles des membres et la raison d'être du comité), transmette le document aux employés du Ministère et au personnel de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé, et s'assure de la tenue de réunions régulières à l'avenir.

Réponse de la direction

La direction est d'accord avec cette recommandation.

Plan d'action de la direction

Mesures correctives à prendre	Bureau de première responsabilité (BPR)	Date d'achèvement cible
Convoquer une réunion du Comité d'examen des avantages (CEA) axée sur le mandat provisoire.	Sous-ministre adjoint, Prestation des services	31 mai 2018
Collaborer avec la Direction générale des professionnels de la santé pour finaliser le mandat du CEA afin de s'assurer que les rôles des membres, la fréquence des réunions et la raison d'être du comité sont établis.	Directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services	30 septembre 2018
Distribuer la version définitive du mandat du CEA au personnel d'ACC et au personnel de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé, s'il y a lieu.	Directrice générale, Professionnels de la santé et médecin-chef	31 octobre 2018
Veiller à ce que les réunions du CEA aient lieu sur une base régulière, selon les termes du mandat.		31 décembre 2018

RECOMMANDATION 3

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint, Prestation des services, travaille en collaboration avec les secteurs pertinents à travers le Ministère à renforcer la collecte et l'analyse des données de sorte à appuyer la gestion du Programme d'avantages médicaux (comme la mesure du

rendement, les secteurs de risque, l'analyse des tendances et un suivi régulier des données concernant les avantages).

Réponse de la direction

La direction est d'accord avec cette recommandation. Toutefois, la nature, la portée et le moment de la mise en œuvre seront fonction de la disponibilité et de l'affectation des ressources, sous réserve de toute consigne exigeant de mettre l'accent sur les priorités ministérielles de niveau supérieur.

Plan d'action de la direction

Mesures correctives à prendre	Bureau de première responsabilité (BPR)	Date d'achèvement cible
Examiner et compiler des données actuellement disponibles.	Sous-ministre adjoint, Prestation des services	30 juin 2018
Renforcer la collecte des données pertinentes à l'appui du Programme d'avantages médicaux en travaillant en collaboration avec l'Unité de suivi du rendement, l'Unité des contrats, au personnel de la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé et les Statistiques du Ministère à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un cadre visant à améliorer les outils de suivi et de production de rapports afin de permettre une meilleure analyse des données/tendances.	Conjointement avec le sous-ministre adjoint, le Secteur du dirigeant principal des finances et des services ministériels	30 septembre 2018
Réaliser une analyse des tendances.	Directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services	30 novembre 2018
Surveiller les données pertinentes sur une base régulière et réaliser une analyse des tendances pour cerner les secteurs de risque.		31 mars 2019

RECOMMANDATION 4

Il est recommandé que la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, mette en œuvre un cycle d'examens des avantages pour s'assurer que ceux-ci sont mis à jour de façon continue et efficace.

Réponse de la direction

La direction est d'accord avec cette recommandation.

Plan d'action de la direction

Mesures correctives à prendre	Bureau de première responsabilité (BPR)	Date d'achèvement cible
<p>Élaborer une approche pour un examen cyclique des services et avantages médicaux et intégrer cette approche aux mesures à moyen et à long terme du plan stratégique et opérationnel.</p> <p>Mettre en œuvre un cycle d'examen des services et avantages médicaux.</p> <p>Veiller à ce que les services et avantages soient mis à jour de façon continue et efficace.</p> <p>Explorer des options pour simplifier les processus d'évaluation et d'approbation pour certains services et avantages médicaux (p. ex., des éléments à faible risque) et pour déléguer plus d'autorité au personnel approprié.</p>	<p>Directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services</p>	<p>30 novembre 2018</p> <p>31 décembre 2018</p> <p>31 mars 2019</p> <p>31 décembre 2018</p>

Annexe A – Aperçu des programmes de choix (PDC)³²

1. Aides à la vie quotidienne – Appareils et accessoires conçus pour aider à accomplir les activités de la vie quotidienne, comme les aides à la marche et les aides pour la salle de bain. Les coûts des réparations nécessaires à cet équipement sont également couverts.

2. Services d’ambulance et déplacements à des fins médicales – Services d’ambulance nécessaires en situation d’urgence ou en raison d’une affection spécifique. Le programme couvre également les frais liés au déplacement pour obtenir des traitements médicaux.

3. Services audiolologiques (ouïe) – Appareils et accessoires pour déficience auditive, comme les prothèses auditives, les amplificateurs pour téléphones, les appareils infrarouges, les accessoires pour problèmes d’audition et les frais d’honoraires et d’ajustements pour les prothèses auditives.

4. Services dentaires – Soins dentaires de base et certains services dentaires complets autorisés au préalable. Les examens, les obturations et les prothèses dentaires sont quelques exemples de services et avantages qui sont couverts.

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 client bénéficie d’une prestation d’invalidité.

6. Services médicaux – Services médicaux fournis par des médecins autorisés à exercer et liés à une affection pour laquelle le client bénéficie d’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 non hospitalier. Les pansements et les fournitures pour incontinence sont des exemples d’avantages qui sont couverts.

8. Soins infirmiers – Services offerts par le personnel infirmier autorisé ou le personnel infirmier auxiliaire qualifié autorisé. Les soins des pieds, l’administration de médicaments, l’application de pansements les conseils offerts aux vétérans ou aux soignants en ce qui concerne l’utilisation de fournitures médicales sont des exemples de services qui sont couverts.

9. Inhalothérapie (équipement respiratoire) – Oxygène et accessoires ainsi que la location ou l’achat d’appareils et de fournitures utilisés en inhalothérapie.

10. Médicaments sur ordonnance – Médicaments et autres avantages pharmaceutiques offerts à ceux et celles 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

³² Anciens Combattants Canada. Programmes de choix : <http://www.veterans.gc.ca/fra/services/health/treatment-benefits/poc/>

province concernée. Ce programme comprend également des avantages standards et des avantages nécessitant une autorisation spéciale.

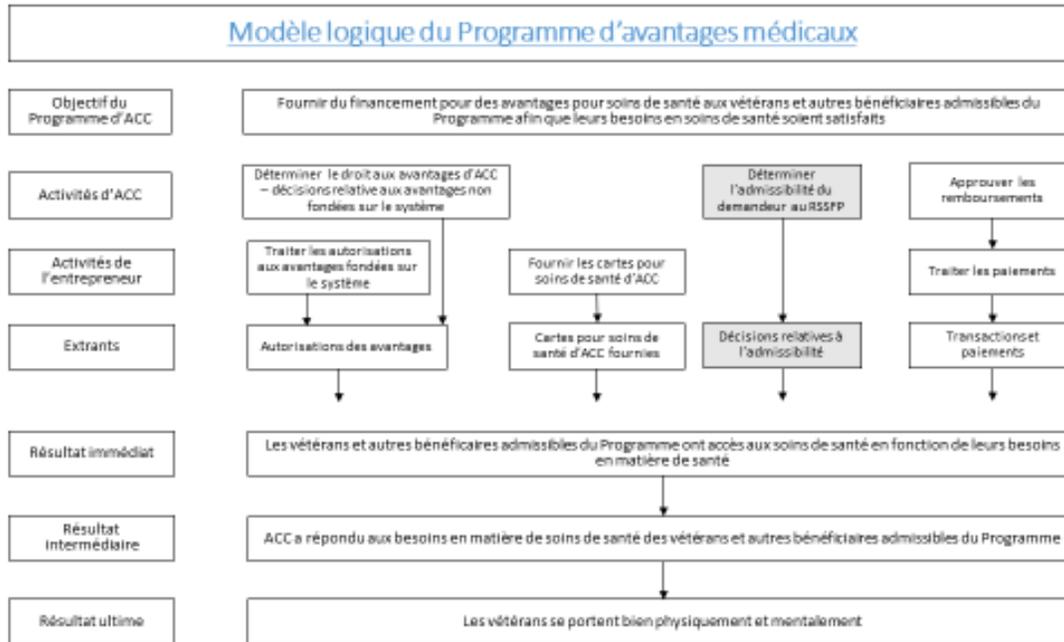
11. Prothèses et orthèses – Prothèses, orthèses et autres accessoires connexes. Les réparations nécessaires sont aussi couvertes. La réparation des appareils est obtenue grâce à ce programme.

12. Services paramédicaux – Services fournis par les 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. L'ergothérapie, la physiothérapie et la massothérapie sont des exemples de services admissibles.

13. Équipement spécial – L'équipement spécial nécessaire aux soins et au traitement des bénéficiaires admissibles. Ces avantages doivent être prescrits par un médecin et, dans bien des cas, ils doivent être appuyés par la recommandation d'un autre professionnel de santé. De plus, ACC peut couvrir les frais d'adaptation ou de modification au domicile (p. ex. rampes d'accès pour fauteuils roulants, élargissement des portes) pour permettre l'utilisation d'équipement spécial dans la maison. Les lits d'hôpitaux, les fauteuils roulants et les appareils de soulèvement sont des exemples d'équipements spéciaux admissibles.

14. Soins 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 des aides pour malvoyants.

Annexe B – Modèle logique du Programme d'avantages médicaux



Annexe C – Questions d'évaluation

Questions	Indicateurs	Méthodes de collecte	Sources de données
Pertinence			
1. Dans quelle mesure les extraits livrés par l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux concordent-ils avec le but original de l'Unité et sont-ils liés aux objectifs du programme?	<ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs et extraits de la Direction sont clairement définis • Les activités et extraits de la Direction sont directement liés à la raison d'être/aux objectifs du Programme • Les activités et extraits de la Direction sont directement liés à la raison d'être/aux objectifs de l'unité • Les responsabilités et les rôles de la Direction de la gestion des programmes sont clairement définis et compris • Les mesures incitatives pour la gestion s'harmonisent avec les buts/objectifs du programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la documentation • Entrevues/ observations 	<ul style="list-style-type: none"> • Lois, politiques, processus et procédures • Documents sur le programme • Personnel de la Direction de la gestion des programmes + haute direction • Notes d'information • Courriels • Directives de la haute direction
Efficiences			
2. Dans quelle mesure l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux optimise-t-elle l'utilisation des ressources et produit-elle les extraits requis?	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités/demandes d'information sont triées de manière efficace en fonction des risques/priorités • Le niveau de dotation et l'expertise de la Direction sont suffisants pour permettre d'obtenir les résultats attendus • Le chevauchement et le dédoublement des tâches sont limités • Le personnel qui ne fait pas partie de la Direction est adéquatement mobilisé/consulté au moment de produire les extraits de la Direction (p. ex., professionnels de la santé, Politiques, Opérations en région, personnel de l'entrepreneur) • L'utilisation des outils et de la technologie est optimisée pour aider à gérer le travail de façon appropriée • Les extraits clés produits par la Direction sont appropriés sur le plan de la qualité et de la quantité • Les événements/changements liés à la gestion/l'exécution du programme ont amélioré la production des extraits de la Direction • Un soutien approprié est offert au personnel chargé de l'exécution du programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la documentation • Analyse des données • Courriels • Entrevues • Observation/ Groupe(s) de consultation 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents sur la gestion du programme • Politiques, processus et procédures • Schémas de processus • Procès-verbaux de réunions/Comités (CEA et GTIAM) • Directives du Programme/ messages de l'ECMPS • Évaluations antérieures/RPAD • Organigramme • Finances/salaires et F et E • ECMPS, ARDR, demandes ministérielles et demandes du BOV reçues • Gestion des programmes, autres membres du personnel de l'AC, commentaires du personnel des Opérations en région et du personnel de l'entrepreneur • Examen de données comparatives disponibles sur des structures de gestion de programme (p. ex., MDN, AINC/Santé Canada)

Questions	Indicateurs	Méthodes de collecte	Sources de données
	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport entre les intrants et les extrants produits • La production d'extrants planifiée est atteinte ou dépassée • Le rapport entre les intrants et les extrants est comparable à celui des directions de la gestion de programmes similaires du gouvernement fédéral • Un effectif, une structure et des processus comparables sont utilisés par des programmes similaires du gouvernement fédéral 		
<p>3. Existe-t-il des possibilités d'améliorer l'efficacité dans la gestion³³ du Programme d'avantages médicaux?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des données sur la mesure du rendement sont recueillies, font l'objet de rapports et d'une surveillance et sont utilisées pour appuyer le processus décisionnel du programme • Les principaux risques ayant une incidence sur l'exécution du programme sont documentés et communiqués à l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux • Une consultation appropriée a lieu avec les autres secteurs du Ministère • La Direction utilise les leçons apprises et les considère comme des possibilités de futures améliorations du programme • La mesure dans laquelle des gains d'efficacité ont été réalisés depuis les évaluations antérieures des RPAD 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la documentation • Analyse des données • Courriels • Entrevues 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports réguliers sur le rendement • Suivi de la charge de travail de la Direction générale • Politiques, processus et procédures • Procès-verbaux de réunions/Comités (CEA et GTIAM) • Directives du Programme / messages de l'ECMPS • Personnel de l'AC, des Opérations en région et de l'entrepreneur • Examen de données comparatives disponibles sur des structures de gestion de programme (p. ex., MDN, AINC) • Évaluations antérieures/RPAD

³³ Dans le contexte de cette question, la gestion correspond aux activités et extrants réalisés par l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux.

Annexe D – Principaux rôles et responsabilités concernant la gestion de programme

L'examen des documents de l'évaluation a mis en lumière les responsabilités et les rôles suivants des gestionnaires de programme³⁴ :

- Respecter les directives de la direction;
- Veiller à ce que les avantages offerts par le programme soient obtenus et à ce qu'ils soient conformes au plan stratégique de l'organisation;
- Surveiller les progrès réalisés dans le cadre du programme/les réussites (y compris les principaux jalons);
- Gérer les ressources et les coûts du programme;
- Gérer les risques et les problèmes (les résoudre, les atténuer ou les acheminer aux échelons supérieurs, selon le cas);
- Gérer les relations avec les intervenants;
- Présenter des rapports d'étape à la direction.

Les responsabilités et les rôles suivants de la haute direction (appelée « leadership exécutif » et « promoteurs de programme » dans la documentation) ont également été mis en lumière :

- Établir l'orientation stratégique et le plan opérationnel de l'organisation;
- Mettre en place une structure de gouvernance efficace dans l'ensemble de l'organisation;
- S'assurer que les programmes respectent l'orientation stratégique de l'organisation;
- Parrainer le déploiement des programmes et tout changement demandé par la direction;
- Soutenir la mobilisation des intervenants;
- Instaurer la capacité de gestion permanente du programme;
- Fournir un financement suffisant pour appuyer la gestion de programme;
- Déléguer des pouvoirs aux gestionnaires du programme;
- Résoudre les problèmes qui ne peuvent être réglés par les gestionnaires du programme.

³⁴ Organisation internationale de normalisation. Management de projets, programmes et portefeuilles — Recommandations sur le management de programmes. Numéro de référence ISO 21503:2017(E). 2017

Modèle de maturité organisationnelle en gestion de programme intégrant la gestion de programme et la gestion de projet | Document de conférence | Gestion de programme | 2000. Par Thomas J. Moore.

Annexe E – Chronologie des événements

- 2008-2010 – L'examen des tableaux des avantages est effectué et les tableaux sont mis à jour.
- 21 juillet 2010 – L'ECMPS est présentée en tant que point de contact unique pour aider le personnel de l'administration centrale, des bureaux régionaux et des bureaux de district à traiter les dossiers complexes quand les processus opérationnels ou les politiques ne sont pas clairs.
- 2011 – Les secteurs de la gestion des programmes et de la prestation des services à l'administration centrale sont fusionnés.
- 2011-2012 – La mise en correspondance des codes médicaux de pension aux codes d'avantages est effectuée et les liens sont établis.
- Avril 2012 – Le budget de 2012 met l'accent sur la réduction des dépenses ministérielles (Plan d'action pour la réduction du déficit), ce qui a une incidence sur les fonds affectés aux ressources.
- Juin 2013 – La nouvelle réglementation de Santé Canada sur la marijuana à des fins médicales est adoptée.
- 2013-2014 – L'effectif de l'Unité de gestion du Programme d'avantages médicaux est réduit de 4 ETP.
- 2014-2015 – Afin de réaliser des gains d'efficacité, les travaux précédemment effectués par les centres d'autorisation de traitements d'ACC sont inclus dans le contrat attribué relativement au Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé. Le travail est transféré à la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé de façon graduelle (par PDC/domaine de travail) entre octobre 2014 et avril 2015.
- 2013-2016 – L'outil de mise en correspondance du code médical de pension au code d'avantage est créé pour simplifier le processus d'admissibilité/d'approbation pour les autorisations par la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé. L'outil est mis en œuvre graduellement, par programme de choix, entre novembre 2013 et novembre 2016.
- 2014-2015 – La réglementation canadienne en matière de marijuana médicale est mise à jour par Santé Canada, en apportant des changements aux exigences relatives aux fournisseurs autorisés, à la réglementation des prix, à la culture de plants personnels et à l'accès à divers types de marijuana.
- 16 février 2015 – Tous les appels provenant de fournisseurs qui demandent des autorisations, sauf les appels pour le PDC 10, au numéro sans frais du Centre d'autorisation de traitements seront traités par la tierce partie responsable du traitement des demandes de soins de santé.

- 2015-2016 – Les travaux de vérification sur les médicaments sont effectués par le BVG (portée et calendrier de la vérification – avril 2013 à mars 2015).
- Avril 2016 – Le rapport de vérification du BVG sur les médicaments est publié. Il contient des constatations et des recommandations concernant le cadre décisionnel du Comité d'examen du formulaire des médicaments, la documentation des éléments probants à l'appui des décisions, le suivi de l'utilisation des médicaments et les stratégies rentables.
- Novembre 2016 – La nouvelle politique sur le cannabis à des fins médicales d'ACC est établie.

Annexe F – Processus d’acheminement des demandes de renseignements

Déroulement du travail pour le renvoi

Tel que documenté/préscrit par l’Administration centrale

