Santé Canada Health Canada

Évaluation du programme de partenariat pour l'infostructure canadienne de la santé

Rapport d'évaluation intégré

Présenté à

Santé Canada
Comité ministériel de vérification et d'évaluation

Novembre 2005

Canada

ÉVALUATION DU PROGRAMME DE PARTENARIAT POUR L'INFOSTRUCTURE CANADIENNE DE LA SANTÉ

PLAN D'ACTION EN RÉPONSE AUX RECOMMANDATIONS DE L'ÉVALUATION

CONTEXTE ET ANTÉCÉDENTS

Programme de partenariat pour l'infostructure canadienne de la santé

Le Programme de partenariat pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS) a été lancé en 2000 pour promouvoir l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) par le soutien d'applications à grande échelle entre les administrations pour la prestation des soins de santé. Le Programme de soutien à l'infostructure de la santé (PSIS) précédait le PPICS et fournissait un financement pour la mise à l'essai d'applications de TIC innovatrices et poussées dans la prestation des services de santé. Le programme a vu le jour en réponse à l'occasion de regrouper et d'étendre l'utilisation des solutions s'appuyant sur les TIC pour aborder le renouvellement du système de santé.

Le PPICS a été conçu pour aborder certaines questions auxquelles fait face le système de soins de santé canadien, comme les coûts accrus, la pénurie de professionnels de la santé et l'accès aux soins de santé. Le PPICS a cherché à régler ces questions au moyen du soutien d'applications fondées sur les TIC dans deux secteurs : dossier électronique de santé (DES) et réseaux de télésanté. Le budget fédéral de 1999 prévoyait 80,5 millions de dollars sur trois ans et le programme utilisait un modèle de partage des coûts favorisant l'élaboration de partenariats interprovinciaux pour la mise en oeuvre de projets à grande échelle. À la fin, des 180 demandes de ressources, 29 projets ont été financés, dont 10 concernaient les DES et 19, la télésanté.

Inforoute Santé du Canada Inc.

Inforoute Santé du Canada Inc. (*Inforoute*) a été créé en réponse à l'engagement des premiers ministres de la Santé du Canada de « collaborer à renforcer une infostructure pancanadienne de la santé qui améliorera la qualité et l'accessibilité des soins de santé et leur prestation en temps opportun ». *Inforoute* est une organisation indépendante à but non lucratif, dont les membres sont les sous-ministres de la Santé des gouvernements provinciaux et territoriaux et du gouvernement fédéral.

La priorité d'*Inforoute* est de réaliser des solutions de DES interopérables et un développement de la télésanté connexe. *Inforoute*, avec ses partenaires, investit dans le but d'élaborer, de reproduire et de déployer des solutions de DES interopérables, solides et réutilisables. *Inforoute* vise principalement à déterminer les occasions d'investissement et une fois les décisions de financement prises, le partenaire élabore et met en oeuvre la solution de DES. Cette approche de partenariat devrait permettre une élaboration des solutions de DES plus rapide et plus rentable que si une seule entreprise élaborait ces solutions et assurait l'harmonisation de ces solutions avec les priorités provinciales et territoriales.

Inforoute a maintenant 1,2 milliard de dollars en capitaux d'investissement. Le gouvernement du Canada a attribué 500 millions de dollars en 2001 et 600 millions de dollars de plus en 2003 après l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Les investissements appréciables semblent indiquer que *Inforoute* est actuellement le principal moyen du gouvernement fédéral pour faire avancer l'utilisation des applications de TIC dans la prestation des soins de santé.

RÉSULTATS ET CONCLUSIONS DU RAPPORT D'ÉVALUATION

Le rapport d'évaluation conclue que le PPICS a essentiellement réalisé ses objectifs, comme ils étaient énoncés dans la présentation au Conseil du Trésor à l'origine.

Le rapport d'évaluation conclue que le PPICS :

- a fait avancer l'élaboration et la mise en oeuvre de services de santé s'appuyant sur les TIC (télésanté et dossier électronique de santé) d'une façon qui a permis la participation de partout au pays;
- a pu s'adapter aux contextes provinciaux et territoriaux où les applications de TIC ont été mises en oeuvre et simplifiées;
- a contribué grandement à l'application des TIC dans le domaine de la santé et a aidé le Canada à créer l'infrastructure nationale nécessaire pour l'intégration constante des TIC dans les soins de santé;
- a réussi à créer des programmes et des partenariats de prestation durables.

Le rapport conclut que ces programmes et partenariats durables forment le fondement de l'élaboration et de la mise en oeuvre des TIC dans les soins de santé. Le PPICS a également contribué grandement à la simplification des TIC dans les soins de santé à l'aide de nombreux projets de télésanté et quelques projets de DES s'intégrant entièrement aux plans de prestation des services de santé provinciaux ou régionaux. Par exemple, plusieurs des projets de télésanté et quelques-uns des projets de dossiers électroniques de santé ont été entièrement intégrés à la prestation des soins de santé provinciaux ou régionaux. Cette intégration améliorée des services, du point de vue du patient et du fournisseur, a, dans certains cas, amélioré la continuité des soins.

L'évaluation ne pouvait pas conclure que le PPICS avait amélioré la qualité, l'accessibilité ou l'efficacité de la prestation des services de santé étant donné que la période d'évaluation n'était pas suffisante pour saisir les conséquences des services s'appuyant sur les TIC à leur plein maturité. Toutefois, l'évaluation conclut que l'acceptation des services de santé s'appuyant sur les TIC est élevée et qu'il s'agit d'une importante condition préalable à l'obtention de résultats en matière de qualité, d'accessibilité et d'efficacité.

Enfin, le PPICS a réalisé d'importants résultats sous forme d'outils, de produits, de protocoles, de normes, de pratiques exemplaires et de leçons tirées. Ces produits, s'ils sont distribués de façon appropriée, seront susceptibles d'accélérer l'élaboration des TIC pancandiennes en fonction de l'apprentissage et de l'expérience antérieurs.

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT D'ÉVALUATION ET RÉPONSE DE SANTÉ CANADA

Recommandation n^{o} 1 – Évaluation approfondie et de longue durée

Les efforts d'évaluation déployés dans le cadre du PPICS, jusqu'à la présente évaluation inclusivement, ne peut fournir qu'une évaluation partielle et précoce des conséquences des services de TIC sur les soins de santé et les systèmes de soins de santé. La plupart du travail d'évaluation à ce jour s'est fait au moyen d'études ne faisant pas l'objet d'un contrôle, il manquait d'approches normalisées de mesure et la période de suivi était inadéquate. Il faut des études à long terme ayant des contrôles appropriés pour évaluer rigoureusement les conséquences sur les résultats clés (accessibilité, qualité et coûts du système de santé). Les intervenants clés, comme Inforoute Santé du Canada Inc., la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, la Division des soins de santé primaires de Santé Canada et la Société canadienne de télésanté, devraient être invités à collaborer à ces évaluations pour s'assurer que leurs principales préoccupations sont abordées.

Réponse du Ministère	**Échéancier**	**Responsabilité**
Le rapport d'évaluation détermine les lacunes en matière de connaissances qui sont liées au rendement du PPICS dans le domaine de la rentabilité, des résultats relatifs aux patients et de la viabilité à long terme des projets de TIC financés par le PPICS. D'autres évaluations pourraient aborder les lacunes et intégrer les caractéristiques suivantes : • période prolongée pendant laquelle les coûts et le rendement des projets de TIC peuvent être déterminés et évalués; • conception d'une étude rigoureuse, comprenant une analyse du rendement structurée et l'utilisation de protocoles et d'outils normalisés au moyen desquels les projets dans toutes les administrations peuvent recueillir des données complètes, exactes et comparables; • participation continue des projets à la conception et à l'exécution de la prochaine étude d'évaluation. Santé Canada est en bonne position pour jouer le rôle de responsable dans le cadre d'une autre évaluation en raison de son leadership en matière d'évaluation de programme, de sa capacité de coordonner à l'échelle nationale et de ses liens bien établis avec les projets du PPICS, ainsi qu'avec les sources d'expertise externes. À cette fin, la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère (DMERM) ajoutera une proposition aux fins d'une évaluation du PPICS approfondie dans l'ébauche de plan de travail pour 2006-2007, qui sera présenté au Comité ministériel de vérification et d'évaluation (CMVE). Il faut tenir compte que l'inclusion d'une proposition de projet ne signifie pas nécessairement que celle-ci sera entreprise puisque tous les projets d'évaluation sont assujettis au processus d'établissement des priorités en ce qui a trait à la répartition des ressources limitées. Comme le programme de financement a pris fin le 31 mars 2004, il n'y a actuellement aucun financement prévu pour d'autres évaluations. Si le CMVE décide de procéder à d'autres évaluations du PPICS, des ressources devront être déterminées et attribuées à l'organisation responsable de l'évaluation.	Avril 2006 Proposition au sujet d'autres évaluations du PPICS à inclure dans le plan de travail proposé pour 2006-2007 du Ministère	Direction sur la mesure du rendement et l'évaluation du Ministère, Direction générale du contrôleur ministériel (DGCM) Comité ministériel de vérification et d'évaluation (CMVE)

Recommandation n° 2 – Application des connaissances et diffusion améliorées

Une approche coordonnée et efficace pour la diffusion des connaissances est nécessaire. Cette approche comprendrait une meilleure communication entre les initiatives, afin de veiller à ce que les leçons tirées et les pratiques exemplaires soient partagées et à ce que l'élaboration des mécanismes d'application des connaissances pour atteindre les milieux d'intervenants, notamment les administrateurs du système de santé et les décideurs, les praticiens et leurs organismes professionnels, les établissements de formation postsecondaires et les fournisseurs de produits. Ces mécanismes devraient également comprendre des boucles de rétroaction pour assurer un apprentissage mutuel continu de tous les secteurs.

Réponse du Ministère	**Échéancier**	**Responsabilité**
L'évaluation du PPICS tient compte de la nécessité d'un partage d'information accru entre les intervenants dans le domaine des TIC. Le PPICS et les projets financés par le PPICS ont produit un grand nombre de résultats et les avantages du PPICS pourraient être améliorés par la diffusion de cette information. Santé Canada joue un rôle dans la collecte, l'organisation et la diffusion des résultats du PPICS au moyen d'un effort ponctuel. Santé Canada réalisera une page Web qui fournira des liens vers les organisations de création pour autant de produits du PPICS que possible. La grande majorité des résultats seront accessibles par lien vers l'organisation qui a élaboré le produit, étant donné que c'est la meilleure manière de respecter la propriété intellectuelle et de limiter la responsabilité de Santé Canada. Actuellement, tous les rapports de projet finaux du PPICS ont été affichés sur le site Web de Santé Canada, de même que la liste des résultats générés par projet, indiquant le nom de la personne-ressource et son adresse courriel. Comme cela sera un effort ponctuel en vue de terminer les projets du PPICS, les ressources de Santé Canada ne seront pas nécessaires pour mettre à jour la page au-delà des coûts de sa première élaboration. Santé Canada rendra également disponible le contenu de la page Web à *Inforoute*, qui l'utilisera à sa guise en tant que fournisseur de fonds du gouvernement fédéral pour l'élaboration et la mise en oeuvre de services de soins de santé s'appuyant sur les TIC. Le contenu sera également fourni à la Société canadienne de télésanté. Les résultats des projets du PPICS, tels que présentés dans les rapports d'évaluation et les rapports finaux, ont été extraits et archivés dans la base de données du PPICS. Des contrats sont actuellement en cours pour financer des documents de recherche fondés sur les résultats du projet du PPICS dans les domaines comme l'évaluation, la gouvernance, la protection des renseignements personnels et la gestion du changement. Ces documents seront publiés comme des documents stratégiques du gouvernement et dans les publications sur la cybersanté pertinentes. La diffusion des résultats provenant du financement d'*Inforoute* est la responsabilité d'*Inforoute* et de ses partenaires.	Mars 2006 Page Web à mettre en oeuvre d'ici la fin de l'exercice 2005-2006	Bureau de la santé et l'inforoute (BSI), Direction générale des services de gestion (DGSG) Webmestre de Santé Canada

Recommandation n° 3 – Leadership national en ce qui concerne les normes

La vision du PPICS était de contribuer à l'élaboration d'un système de santé pancanadien capable de tirer profit des TIC dans les soins de santé. L'élaboration, la diffusion et le soutien de normes nationales est un facteur de réussite essentiel pour atteindre cette vision, et les expériences du PPICS peuvent contribuer grandement à ces nouvelles normes une fois que l'apprentissage a été regroupé. Des normes sont nécessaires dans les domaines de la protection des renseignements personnelles, de l'interopérabilité, de l'établissement du calendrier, du transfert d'information entre administrations, des compétences et de la formation du personnel, des processus organisationnels et du protocole clinique.

Réponse du Ministère	**Échéancier**	**Responsabilité**
La prise de mesures relatives à la recommandation n° 3 relève presque exclusivement de Inforoute Santé du Canada Inc. (normes technologiques, p. ex. interopérabilité) et de l'Institut canadien d'information sur la santé (normes de renseignements). En fonction de la capacité d'*Inforoute* en tant que principale source de financement pour l'élaboration et la mise en oeuvre des services de soins de santé s'appuyant sur les TIC, l'établissement des normes que devront respecter les projets et les initiatives financés est la responsabilité d'*Inforoute* et de ses partenaires. Santé Canada est représenté au conseil d'*Inforoute*. Par l'entremise de cette position, il travaillera en vue d'influencer cette organisation pour qu'elle prenne la responsabilité en ce qui concerne l'élaboration de normes nationales.	Permanent Mars 2006 pour le document stratégique sur les normes de cybersanté	Bureau de la santé et l'inforoute, Direction générale des services de gestion (DGSG)

Évaluation du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS)

Rapport d'évaluation intégré

Présenté par :

Division de l'innovation et de l'investissement, Bureau de la santé et l'inforoute
et Division de l'évaluation des programmes du Ministère,
Direction de la recherche appliquée et de l'analyse;
Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité
Santé Canada RP 1904B1, immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Présenté par :

Natalie Kishchuk Research and Evaluation inc.
Natalie Kishchuk, Kaisa McCandless, Greg Finlayson, Jocelyne Picot, Robert Perreault et Arto Ohinmaa
26, rue Oriole
Kirkland (Québec) H9H 3X3
(514) 694-8995

Howard Research & Management Consulting Inc.
Dale Howard et Darren Mondor
10117, avenue Jasper, bureau #1105
Edmonton (Alberta) T5J 1W8
(780) 496-9994

Division de la formation médicale continue
Faculté de médecine
Université de la Colombie-Britannique
740, rue Nicola, bureau 104
Vancouver (C.-B.) V6G 2C1
(604) 639-5310

Table des matières

SOMMAIRE 6
1. INTRODUCTION : CONTEXTE, RAISON D'ÊTRE ET STRUCTURE DU PPICS 8
1.1 Objectif du présent rapport 8
1.2 Contexte de la création du PPICS 8
1.3 Description du programme 9
1.3.1 Objectifs du PPICS 9
1.3.2 Aspects clés de la conception et de la mise en œuvre du programme 10
1.3.3 Activités de programme : projets financés et initiatives horizontales 11
1.3.4 Résultats escomptés 17
2. CONCEPTION ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION 20
2.1 Structure globale et questions abordées 20
2.2 Procédures de collecte, d'analyse et de synthèse des données 22
2.2.1 Examens méthodiques de la documentation 22
2.2.2 Entrevues auprès des informateurs clés 23
2.2.3 Études de cas 24
2.2.4 Examen de la documentation 25
2.2.5 Procédures de synthèse 25
3. CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION 26
3.1 Incidence sur l'acceptation des TIC dans le secteur des soins de santé 27
3.1.1 Quelle a été l'incidence des projets financés par le PPICS sur l'acceptation des TIC dans le contexte de la prestation des services de santé et de la diffusion d'information à ce sujet? 27
3.1.2 Quels sont les facteurs qui ont facilité/entravé l'acceptation des solutions fondées sur les TIC? 29
3.2 Enjeu 2 : Incidence sur l'accessibilité des services de santé 32
3.2.1 Quelles ont été les répercussions des projets financés par le PPICS sur l'accessibilité de l'information sur les soins et la santé? 32
3.2.2 Quelles ont été les répercussions des projets financés par le PPICS sur les modalités de renvois et l'efficacité de ces derniers? 35
3.3 Enjeu 3 : Incidence sur la qualité des soins 36
3.3.1 Quelles répercussions les projets financés par le PPICS ont-ils eues sur la rapidité de prestation des services (temps d'attente et caractère opportun)? 37
3.3.2 Quelle sont les répercussions des projets financés par le PPICS sur la qualité des diagnostics et du traitement? 38
3.3.3 Quelle ont été les conséquences des projets financés par le PPICS sur le perfectionnement des compétences et le recrutement et le maintien en emploi des dispensateurs de soins de santé? 41
3.4 Enjeu 4 : Répercussions sur l'efficience et la viabilité à long terme du système de santé (renouvellement du système de santé) 46

3.4.1 Quelle a été l'incidence des projets du PPICS sur l'efficience des dispensateurs de soins de santé et sur les services qu'ils fournissent? 46
3.4.2 Quel est le degré d'utilisation des équipements mis en place dans le cadre des projets financés par le PPICS? 47
3.4.3 Quelle a été l'incidence globale des initiatives financées par le PPICS sur les coûts, la rentabilité et la viabilité du système de santé? 48
3.5 Enjeu 5 : Incidence sur la protection des renseignements personnels 51
3.5.1 Dans quelle mesure le PPICS a-t-il influé sur les politiques et procédures relatives à la confidentialité élaborées au Canada? 51
3.5.2 Quelles étaient les opinions des clients concernant le traitement et l'utilisation de leurs renseignements personnels? 54
3.5.3 Dans quelle mesure les règles et normes de protection des renseignements personnels/confidentialité influent-elles sur la prestation du service? 55
3.6 Enjeu 6 : Répercussions macro-économiques 57
3.6.1 Dans quelle mesure et de quelle façon les projets prévoient-ils continuer et croître? 57
3.6.2 Dans quelle mesure le PPICS a-t-il modifié le « paysage » des TIC dans le domaine des soins de santé au Canada, directement et indirectement? 60
3.6.3 Dans quelle mesure le PPICS a-t-il contribué à la « banalisation » des TIC au sein du système de soins de santé? (intégration du point de vue des systèmes de santé) 61
3.6.4 De quelle manière et dans quelle mesure le PPICS a-t-il influé sur l'intégration de la prestation des services? (intégration du point de vue de la prestation des services/patients) 62
3.6.5 Quelle a été l'incidence des projets appuyés par le PPICS sur les collectivités et les régions, en dehors de soins de santé? 63
3.6.6 Dans quelle mesure le PPICS a-t-il contribué à l'efficacité et à la viabilité des partenariats/collaborations au sein des administrations et entre celles-ci? 64
3.6.7 Dans quelle mesure les contributions en termes de budget et de ressources d'autres sources se sont-elles ajoutées aux contributions du PPICS, au-delà de l'accord relatif à un ratio de contribution de 50/50? 70
3.6.8 Quelles répercussions le PPICS a-t-il eu sur les initiatives de TIC et leurs commanditaires qui n'ont pas été sélectionnés pour le financement du Programme? 70
3.7 Enjeu 7 : Contribution de la conception du programme à l'accomplissement des objectifs 71
3.7.1 Quelle différence est imputable aux éléments de conception du programme, du point de vue de la participation à celui-ci, de la dimension et de la nature des projets et de l'accomplissement des objectifs du programme? 71
3.7.2 Dans quelle mesure et de quelle façon les politiques et la mise en œuvre du PPICS ont-ils influé sur l'accomplissement des objectifs de programme? 73
3.7.3 Quelle a été l'efficacité de chacune des caractéristiques administratives suivantes du programme du point de vue de leur contribution à l'accomplissement de ses objectifs? 74

3.8 Question 8 : Leçons apprises 77
3.8.1 Quelles ont été les contributions du PPICS à la connaissance des meilleures pratiques et les facteurs de réussite clés? 77
3.8.2 Quelles solutions aux problèmes de politique, comme les remboursements, l'obtention de permis et l'imputabilité, ont conçu les équipes de projets financés par le PPICS? 87
3.8.3 Dans quelle mesure les projets financés par le PPICS ont-ils contribué à l'élaboration de nouvelles normes et lignes directrices en matière de télésanté et de DES? 88
3.8.4 Dans quelle mesure les connaissances produites dans le cadre du PPICS sont-elles partagées avec les intervenants des TIC? Quelles mesures doivent être prises pour assurer que les connaissances acquises sont diffusées concrètement aux auditoires cibles? 90
4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 91
4.1 Conclusions d'ensemble : répercussions du PPICS sur les services et les systèmes de santé 91
4.2 Conclusions non probantes et partagées : besoins de connaissances 93
4.3 Recommandations visant l'exploitation du potentiel d'amélioration de la santé, des soins de santé et des systèmes de santé grâce aux TIC. 94
Annexes ..... Error! Bookmark not defined.

Annexe 1 : Membres du Comité consultatif de l'évaluation de programme
Annexe 2 : Enjeux, questions, indicateurs et sources de données détaillées en matière d'évaluation
Annexe 3 : Documents de projet examinés
Annexe 4 : Liste des rapports techniques

SOMMAIRE

CONTEXTE

Lancé au début de l'an 2000, en tant que partenariat établi pour une période de deux ans entre le Bureau de la santé et l'inforoute (BSI) de Santé Canada et des partenaires provinciaux et territoriaux, le Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS) visait à promouvoir l'utilisation, dans le secteur des services de santé, des technologies nouvelles de l'information et des communications (TIC). Le PPICS a financé, aux fins de la prestation de soins de santé, la mise en œuvre, dans une vaste gamme de contextes un peu partout au pays, de 29 applications intersectorielles, à grande échelle et validées de TIC.

SOURCES D'INFORMATION

L'évaluation globale du PPICS a fait la synthèse de renseignements provenant de plusieurs sources afin de répondre à huit questions principales. Ces sources d'information étaient les suivantes : 1) examen méthodique des évaluations de projet, d'autres comptes rendus de projet et de rapports sur les activités de programme horizontales (environ 10 000 pages de documents); 2) entrevues auprès des informateurs clés, soit 76 intervenants, entre autres des répondants rattachés à un projet en particulier, des fonctionnaires gouvernementaux et régionaux, des représentants du PPICS, des experts en la matière, des dispensateurs de soins de santé, des dirigeants de services de santé et des représentants d'organismes non gouvernementaux; 3) études de cas et analyses de cas multiples approfondies qui visaient six projets du PPICS et comprenaient 39 entrevues avec des informateurs clés; un sondage en direct, l'examen de 60 comptes rendus de projet et d'autres documents ainsi que 78 autres entretiens avec diverses personnes-ressources; 4) analyse documentaire structurée de chaque secteur d'intérêt, afin de replacer les conclusions dans le contexte plus général du savoir.

CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION

Dans l'ensemble, les résultats de la présente évaluation montrent que les objectifs du PPICS ont été pleinement atteints :

Objectif 1 : Financer des projets modèles de mise en œuvre, essentiellement à grande échelle, auxquels s'associent plusieurs secteurs de compétence qui prennent part à l'élaboration et à la mise en application

En ce qui a trait aux services de santé et aux systèmes de soins médicaux, le PPICS aura surtout eu pour effet de faire avancer à pas de géant l'élaboration et la mise en œuvre de services de santé fondés sur des applications validées de TIC, étapes auxquelles ont participé toutes les régions du pays, tout en adaptant les modèles et les services aux contextes provinciaux et territoriaux où ils sont désormais intégrés et soutenus. En dépit des nombreux défis non encore relevés, le PPICS a laissé une empreinte durable dans le monde des TIC, en permettant au Canada de jeter les bases de l'infrastructure nationale nécessaire en vue de l'intégration permanente des TIC à tous les aspects des soins de santé.

Objectif 2 : Faciliter la collaboration et préparer le terrain en vue de la mise en œuvre accélérée du renouvellement des modes de prestation des services de santé dans l'ensemble du pays

Le PPICS a été particulièrement fructueux dans plusieurs secteurs clés où, n'eût été de son intervention, de tels progrès n'auraient probablement pas été observés. Premièrement, le PPICS a réussi à établir une collaboration et des partenariats durables, mettant souvent en cause plusieurs secteurs de compétence. Plus que tout autre résultat, ces partenariats constitueront l'assise du développement ultérieur des TIC dans le

domaine des soins de la santé. En outre, ils serviront vraisemblablement de modèles pour l'établissement de nouveaux partenariats, compte tenu de l'évolution constante des TIC.

Deuxièmement, les projets du PPICS ont contribué de manière significative à « l'intégration » des TIC aux systèmes de soins de santé, la plupart des projets de télésanté et certains projets de DES s'intégrant parfaitement aux plans des services provinciaux ou régionaux. Le PPICS a également facilité l'intégration des services, du point de vue des patients et des dispensateurs, et, dans certains cas, il peut avoir contribué à l'amélioration du suivi des soins. Il s'agit d'une étape évolutive importante dans la mise au point des services fondés sur des applications validées de TIC puisque, jusqu'à présent, les projets pilotes étaient le plus souvent fragmentaires, n'ayant que des liens fort tenus avec les systèmes courants de soins de santé provinciaux et territoriaux. Dans plusieurs secteurs de compétence, on s'attend que l'intégration des TIC favorisera le renouvellement permanent des services de santé.

Objectif 3 : Améliorer la qualité et l'efficience de la prestation des services de santé aux Canadiens, et l'accessibilité à ces derniers, en finançant des applications de télésanté, comme les DES, la télémédecine et les télésoins à domicile

Il n'est pas certain que cet objectif ait été réalisé, et ce pour deux raisons principales. Premièrement, même si les services fondés sur des applications validées de TIC sont suffisamment bien accueillis (condition préalable à l'obtention des autres résultats) et même si certaines évaluations de projet illustrent assez clairement l'incidence du PPICS sur l'accessibilité, la qualité et l'efficience des services de santé, et sur la santé des patients, dans la plupart des cas, les évaluations n'ont pas duré assez longtemps pour qu'on puisse mesurer les répercussions des services fondés sur des applications validées de TIC au moment où ces derniers auraient été pleinement opérationnels. Deuxièmement, en raison des difficultés associées à la conduite d'évaluations dans ce domaine, celles-ci ont été conçues de telle sorte que leurs résultats, qui semblent indiquer que le PPICS a eu des répercussions favorables, devront être corroborés de manière plus rigoureuse.

Les indications disponibles à l'heure actuelle fournissent certaines hypothèses utiles quant à l'éventuelle incidence des TIC sur la prestation des services de santé aux Canadiens qui vivent dans des régions rurales ou éloignées. Les conclusions de l'évaluation laissent croire que les gains découlent, en majeure partie, de la prestation plus opportune, et à moindre coût pour les patients, de services déjà offerts, et non pas de la prestation de services auxquels les Canadiens ne pouvaient avoir accès auparavant. Par conséquent, l'incidence des TIC sur l'accès à des services autrefois inaccessibles est plus indirecte qu'on aurait pu le prévoir et cela peut vouloir dire que le problème du manque d'accès est moins aigu que ce que l'on supposait. Les projets qui ont eu les résultats les plus remarquables du point de vue de l'accès aux soins sont ceux qui utilisaient les technologies pour amener directement les services aux patients, plutôt que pour faciliter l'accès à distance à ceux-ci. Selon certaines indications, quelques-unes des TIC ont permis d'améliorer le caractère complet ou exhaustif des soins.

Objectif 4 : Favoriser l'acquisition de connaissances sur le renouvellement des soins de santé grâce à des applications validées de TIC, à travers l'évaluation exhaustive des projets financés par le PPICS et de l'ensemble du programme et le regroupement des leçons apprises

Les objectifs du présent document, qui comporte plusieurs volets, étaient de miser sur les évaluations des projets pour réaliser une évaluation globale et détaillée et de cerner les pratiques exemplaires et les leçons apprises. Le PPICS a également produit une énorme quantité d'information, se présentant sous forme d'outils, de produits, de protocoles, de normes, de pratiques exemplaires et de leçons apprises, qui, si elle était diffusée aux groupes d'utilisateurs pertinents, pourrait accélérer le développement des TIC puisque les systèmes de soins de santé pourraient alors être fondés sur les connaissances déjà acquises.

1. INTRODUCTION : CONTEXTE, RAISON D'ÊTRE ET STRUCTURE DU PPICS

1.1 Objectif du présent rapport

Lancé au début de l'an 2000, en tant que partenariat établi pour une période de deux ans entre le Bureau de la santé et l'inforoute (BSI) de Santé Canada et des partenaires provinciaux et territoriaux, le Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS) vise à promouvoir l'utilisation des nouvelles technologies d'information et de communications (TIC), grâce au financement, aux fins de la prestation de soins de santé, de la mise en œuvre, dans une vaste gamme de contextes un peu partout au pays, d'applications intersectorielles, à grande échelle et validées de TIC. Le présent document rend compte de l'évaluation de l'ensemble du PPICS, comme l'exigeait le Conseil du Trésor et conformément aux lignes directrices en matière d'évaluation de Santé Canada. Essentiellement, il s'agit d'une évaluation externe du caractère fructueux du PPICS du point de vue de la réalisation de ses objectifs, réalisée, à des fins de responsabilisation, à partir des réponses à une longue série de questions définies par les intervenants.

Trois équipes de consultants ont été chargées de la réalisation des volets de l'évaluation, sous la direction du Comité consultatif de l'évaluation du programme (CCEP), formé de spécialistes des universités, de personnes visées par des projets du PPICS et de représentants de Santé Canada (annexe 1). Sont prises en considération dans le présent rapport les constatations de tous les volets de l'évaluation.

1.2 Contexte de la création du PPICS

Le PPICS a fait suite au Programme de soutien à l'infostructure de la santé (PSIS), couronné de succès, qui, à partir de 1997, a consacré 8,8 millions de dollars à la mise à l'essai, à titre expérimental, d'applications novatrices des nouvelles TIC aux fins de la prestation de services de santé. L'accueil réservé au PSIS laissait croire que les systèmes canadiens de soins de santé envisageaient de fonder leur renouvellement sur l'adoption rapide et généralisée de solutions fondées sur des applications validées de TIC; d'où l'accumulation, un peu partout au pays, de connaissances spécialisées et d'expériences significatives. Le PPICS a été mis en place pour qu'on saisisse l'occasion de consolider et d'intensifier l'élan nouveau en tirant parti de l'effet de levier du financement accordé fédéral grâce à la collaboration avec les provinces, les territoires et les autres intervenants.

Donc, avant l'adoption du PPICS, l'élaboration d'applications validées de TIC suscitait beaucoup d'intérêt et d'activité, la plupart des provinces et des territoires ayant déjà mis sur pied divers genres de projets pilotes ou de projets de démonstration, dont certains avaient bénéficié de l'appui du PSIS. Toutefois, la majeure partie de ces projets étaient d'une portée trop restreinte pour qu'on puisse prendre en considération des questions intersectorielles complexes ou élaborer des systèmes pouvant guider l'adoption généralisée et la pleine intégration des TIC en matière de prestation des soins de santé. Qui plus est, alors que d'importants travaux sur l'élaboration de normes techniques, organisationnelles et relatives à la protection des renseignements personnels étaient déjà en cours, il n'existait pas encore, à l'échelon national, d'orientation ou de mécanismes structurés qui auraient permis de consolider les acquis à l'échelle de la vaste gamme des expériences. Pendant ce temps,

tous s'accordaient à dire que les systèmes de soins de santé étaient en crise et devaient se tourner vers des solutions novatrices, entre autres celles qu'offraient les TIC.[1]

1.3 Description du programme

1.3.1 Objectifs du PPICS

Si l'on en croit sa documentation préparatoire, le PPICS a été conçu en vue de résoudre certains des problèmes auxquels le système de soins de santé canadien faisait face, entre autres, la hausse des coûts, la pénurie de professionnels de la santé et l'accès aux services de santé, en particulier l'accès à des spécialistes dans le cas des Canadiens qui vivent dans des collectivités rurales ou éloignées. Sur la base des consultations avec les provinces, les territoires et les autres intervenants, la priorité a été accordée à l'élaboration et à la mise en œuvre d'applications dans deux principaux secteurs stratégiques : les dossiers électroniques de santé (DES) et la télésanté. On considérait que l'information contenue dans des systèmes autrefois indépendants ou incompatibles pouvait être versée aux DES et que l'accès aux données et l'intégration de celles-ci s'en trouveraient de la sorte simplifiés, ce qui se traduirait par d'importants gains sur le plan de l'efficience, de l'exactitude et de l'exhaustivité. Les réseaux de télésanté étaient vus comme un moyen d'améliorer l'accès aux services de santé et de remédier aux pénuries de professionnels de la santé et à la répartition inéquitable de ces effectifs.

Les objectifs du PPICS, approuvés par le Cabinet et le Conseil du Trésor, étaient les suivants [2]:

- Financer des projets modèles de mise en œuvre, essentiellement à grande échelle, auxquels s'associent plusieurs secteurs de compétence qui prennent part à l'élaboration et à la mise en application;
- Faciliter la collaboration et préparer le terrain en vue de la mise en œuvre accélérée du renouvellement des modes de prestation des services de santé dans l'ensemble du pays;
- Améliorer la qualité et l'efficience de la prestation des services de santé aux Canadiens, et l'accessibilité à ces derniers, en finançant des applications de télésanté, comme les DES, la télémédecine et les télésoins à domicile;
- Favoriser l'acquisition de connaissances sur le renouvellement des soins de santé fondés sur des applications validées de TIC, grâce à l'évaluation exhaustive des projets financés par le PPICS et du programme global et au regroupement des leçons apprises.

---

[1] Romanow, R.J. *Guidés par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada.* Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002; Kirby, M. J. L. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie. Novembre 2002.

[2] Tiré de : *Stratégie proposée en vue de l'évaluation du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé* : document ridge pour la reunion due Comate consultative; et de : *Strategies propose en vie de l'évaluation du Programme de partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé*, document détaillé comprenant des annexes; ces documents récapitulent tous deux la présentation au Conseil du Trésor et le Mémoire au Cabinet.

1.3.2 Aspects clés de la conception et de la mise en œuvre du programme

Le programme est conçu pour favoriser l'établissement de partenariats intersectoriels liés à de grands projets, grâce à un modèle de financement fondé sur le partage des coûts; le PPICS assumant tout au plus 50 p. 100 du total des coûts du projet et les partenaires assumant le reste. Le budget fédéral de 1999 prévoyait l'affectation d'une somme de 80,5 millions de dollars au titre du financement du programme; la contribution maximale du PPICS étant fixée, pour chaque projet, à 20 millions de dollars. Au nombre des organisations pouvant être des partenaires, mentionnons les ministères provinciaux et territoriaux de la santé, les organismes des Premières nations et inuits, les autorités sanitaires régionales, les universités, les hôpitaux et les organismes bénévoles. Les partenaires pouvaient faire un apport autre que financier en fournissant du personnel ou une infrastructure.

L'invitation à soumettre des projets au PPICS a été lancée en juin 2000, la date limite ayant été fixée au mois d'août 2000. Plus de 180 demandes de financement ont été reçues. Un Conseil consultatif du programme (CCP) composé de onze membres, dont des universitaires, des gestionnaires de système des soins de santé et des professionnels de la santé, a été formé pour donner des conseils sur l'évaluation proposée et la sélection de projets. Le processus d'examen et de sélection comportait plusieurs étapes, dont les suivantes :

1. Évaluation préliminaire de l'admissibilité et de la conformité aux exigences;
2. Examen approfondi, comprenant deux volets :
    - Évaluation technique menée par des équipes de spécialistes techniques externes et fondée sur des critères portant sur : la gestion du projet, la gestion des risques, l'évaluation, la gestion financière, les technologies de l'information et des communications, les partenariats, les communications et la sensibilisation;
    - Contrôle par les pairs mené par une équipe de dix contrôleurs externes et fondé sur une série de critères permettant d'évaluer le projet du point de vue de son éventuelle incidence sur la prestation et le système des soins de santé.
3. Évaluation stratégique visant à cerner un ou plusieurs groupes de projets qui, pris ensemble, permettrait d'optimiser les deniers publics grâce à la prise en considération : 1) des résultats de l'examen approfondi; 2) du caractère complémentaire des projets 3) des critères stratégiques généraux définis par Santé Canada, à l'issue des consultations fédérales/provinciales/territoriales, et approuvés par le Ministre;
4. Examen par les gestionnaires et examen par le CCP des résultats des étapes précédentes, débouchant sur une recommandation quant à la décision du Ministre[3].

Les critères d'évaluation sur lesquels se fonde la sélection des projets du PPICS figurent au tableau 1.

[3] *Mécanisme d'évaluation des propositions du PPICS*, jeu d'acétates, août 2000.

Tableau 1 : Critères d'évaluation aux fins de la sélection des projets du PPICS

- Être conforme aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*
- Viser l'application des TIC aux fins d'amélioration de la prestation des soins de santé
- Faire partie des secteurs stratégiques des DES et de la télésanté (télémédecine et télésoins à domicile)
- Avoir recours à des TIC de pointe
- Respecter les normes établies en matière de technologies de l'information et des communications
- Obtenir la participation d'autres secteurs de compétence ou, le cas échéant, la prévoir
- Le cas échéant, obtenir l'appui des provinces et des territoires visés
- Soumettre des plans de communication des résultats et des solutions
- Faire la preuve d'un potentiel d'applicabilité à l'échelon national
- Faire la preuve de la disponibilité de fonds de contrepartie
- Faire la preuve de la capacité de mener à terme le projet et de poursuivre les activités au-delà de la période de financement par le gouvernement fédéral
- Établir un cadre d'évaluation détaillé conformément à l'objectif principal qui est de démontrer les résultats et les répercussions
- Observer un cadre de gestion de projet et de risques pertinent.
- Se conformer strictement aux processus de reddition de comptes nécessaires
- Préciser clairement que le PPICS n'est pas seulement une autre source de financement de programmes ou projets existants et qu'il prévoit l'octroi de fonds à l'appui d'un nouveau projet ou de nouvelles fonctions/composantes d'un projet existant
- Certifier que le projet gérera les renseignements personnels identifiables conformément aux lois fédérales et provinciales sur la protection des renseignements personnels et aux principes du code modèle de l'Association canadienne des normes (CSA) pour la protection des renseignements personnels (CAN/CSA Q 830-96)
- Être conforme à l'esprit et au sens de la *Loi sur les langues officielles* au moment d'offrir des services à la population.

L'étude a débouché sur la sélection de 29 projets (10 relevant du domaine des DES et 19 de celui de la télésanté). Même si, selon les estimations, la majorité des projets proposés comportaient d'importantes lacunes, on a considéré qu'un certain nombre d'entre eux pourraient être financés; ces derniers n'ont toutefois pas été sélectionnés parce qu'on voulait assurer l'équilibre le plus juste et le plus grand potentiel d'apprentissage pour l'ensemble des projets.

À l'issue du processus d'examen, l'octroi des subventions, totalisant 80 millions de dollars, aux 29 projets a été approuvé en février 2001. Compte tenu du grand nombre de demandes, de la nécessité d'en arriver à un équilibre quant à l'ensemble des projets financés et du fait que le comité d'examen avait jugé que bon nombre d'entre eux pouvaient être échelonnés, on a décidé de réduire les niveaux de financement proposés de la plupart des projets. Ont ensuite eu lieu des négociations et des révisions de projet avec les auteurs de demandes s'étendant sur plusieurs mois, la plupart des projets ayant officiellement entrepris leurs activités au plus tard au printemps 2001.

1.3.3 Activités de programme : projets financés et initiatives horizontales

Le tableau 2 récapitule les 29 projets financés, de même que les contributions du gouvernement fédéral et des partenaires. Le financement accordé par le PPICS variait, s'établissant entre 400 000 dollars et 12 millions de dollars, pour atteindre au total 71 millions de dollars. Dans l'ensemble, les partenaires ont fourni 83 millions de dollars, ce qui porte l'investissement global dans le programme à 153,4 millions de dollars sur trois ans. Le financement des projets de télésanté figurait pour 72 % du total, tandis que les projets relevant du domaine des DES ont reçu 28 % du total des fonds.

Tableau 2 : Projets financés par le PPICS et leurs allocations budgétaires

Titre du projet	Description du projet	Allocation du PPICS	Allocation des partenaires
Projets de télésanté			
Alberta First Nations Project to Screen for Limb, I-Sight, Cardiovascular and Kidney (SLICK) Complications using Mobile Diabetes Clinics (projet de dépistage des complications liées au diabète mis en place par les Premières nations de l'Alberta)	Dans le cadre de ce projet, deux véhicules ont été équipés de technologies de pointe du domaine de l'information et des communications aux fins du dépistage des complications diabétiques dans les collectivités des Premières nations. Les techniciens, qui se déplaçaient d'une collectivité à l'autre, ont pris des images rétiniennes numériques, tridimensionnelles et les ont transmises aux spécialistes d'Edmonton qui les ont examinées et ont rendu un diagnostic.	0,8 million de dollars	0,9 million de dollars
Application en milieu rural de la télémédecine de première ligne au Témiscamingue	En partenariat avec les Premières nations, l'Université du Québec de l'Abitibi-Témiscamingue et des fournisseurs de produits technologiques du secteur privé, le Centre de santé de Sainte-Famille a mis en place un réseau de télémédecine de soins de première ligne et de soins infirmiers à distance desservant quatre sites, des consultations entre les médecins et les infirmières étant prévues. Ce réseau fonctionnait 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.	0,9 million de dollars	0,9 million de dollars
BC Telehealth Program (programme de télésanté de la C-B.)	Ce programme a permis d'établir, à l'échelon de la C.-B., un réseau électronique multidisciplinaire visant à offrir des services de télésanté dans plusieurs collectivités de toutes les régions de la C.-B. Au nombre des services offerts, signalons la consultation clinique dans trois principaux services cliniques (urgences/traumatologie; santé maternelle et infantile; soins palliatifs pédiatriques.) et formation professionnelle continue.	3,0 millions de dollars	4,1 millions de dollars
Central BC-Yukon Telemedicine Initiative (initiative de télémédecine du centre de la C.-B et du Yukon)	Cette initiative de télémédecine a débouché sur la mise en place d'un réseau de télésanté à haute vitesse en vue de la transmission rapide d'images radiologiques, ce qui améliore la qualité des services de radiologie offerts dans les régions rurales ou éloignées de la Colombie-Britannique et du Yukon.	2,5 millions de dollars	3,4 millions de dollars
CLSC of the Future: Telehealth and Tele-home Care (le CLSC de l'avenir : projet de télésanté et de télésoins à domicile)	La prestation de services de soins à domicile offerts par l'entremise d'un centre local de services communautaires a été facilitée par la communication de renseignements détaillés sur les patients à tous les dispensateurs de soins de santé visés en l'occurrence, y compris les infirmières qui fournissent des soins à domicile (à l'aide de technologies portables), et aux médecins de famille des régions éloignées.	3,0 millions de dollars	3,6 millions de dollars
Eastern Ontario Health Network (EOTN) (réseau de télésanté de l'est de l'Ontario)	Cette initiative a permis de mettre en service un réseau de télésanté reliant 19 hôpitaux communautaires et de soins tertiaires dans toutes les régions rurales de l'est de l'Ontario, dont l'objectif est de donner des consultations cliniques en matière de soins cardiaques, de soins pédiatriques, de soins palliatifs, de soins prolongés complexes et de soins aux aînés.	3,0 millions de dollars	3,5 millions de dollars

Infostructure atlantique de la santé	Ce projet a poursuivi le travail d'Infostructure atlantique de la santé (IAS), créé par les quatre ministères de la santé de la région de l'Atlantique en 1999. Il comprenait quatre volets : élaboration de normes communes pour un registre électronique de la santé pour la région de l'Atlantique (une application DES, mis en oeuvre à l'Île-du-Prince-Édouard), systèmes intégrés de gestion électronique des cas (mis en application à l'Île-du-Prince-Édouard aux fins du programme provincial de lutte contre le diabète, services sociaux de l'enfance de Terre-Neuve et du Labrador et système de soins prolongés à guichet unique de la Nouvelle-Écosse; et un programme de téléradiologie mis en œuvre à l'Ile-du-Prince-Édouard (7 sites); à Terre-Neuve et au Labrador (11 sites); en Nouvelle-Écosse (10 sites); au Nouveau Brunswick (8 sites).	12,0 millions de dollars	12,6 millions de dollars
IIU Network (réseau IIU)	Cette initiative, qui vise à améliorer l'accès à une large gamme de services sanitaires et sociaux, la formation continue et les contacts entre les dispensateurs de services de santé, a permis d'élargir le réseau de télésanté du Nunavut à 15 collectivités, et ensuite aux dispensateurs de soins de santé et de cours de formation, du territoire et d'ailleurs.	3,7 millions de dollars	4,2 millions de dollars
MBTeleHealth Network (réseau de télésanté du Manitoba)	Les autorités sanitaires régionales de Winnipeg et leurs partenaires ont mis en œuvre un réseau de télésanté regroupant 22 collectivités rurales et éloignées. Les services offerts par l'entremise de ce réseau sont les suivants : téléconsultations dans un grand nombre de domaines relevant de la santé, des services paramédicaux et sociaux, de la formation continue en soins médicaux et en soins infirmiers et de la sensibilisation des patients.	3,0 millions de dollars	4,3 millions de dollars
NORad	Ce projet consistait à remplacer les appareils d'analyse aux rayons X par des technologies numériques et à établir des réseaux locaux et régionaux auxquels seraient connectés les appareils d'analyse aux rayons X des hôpitaux participants du district de Cochrane et des régions de la baie James et du nord de l'Ontario. Cette infrastructure a permis de transmettre en toute sécurité, d'un hôpital à l'autre, des images médicales de haute qualité, à l'appui des diagnostics radiologiques posés dans les collectivités.	1,0 million de dollars	1,5 million de dollars
Northern Ontario Remote Telecommunications Health (NORTH) Network Réseau NORTH (réseau de télécommunications de santé à distance du Nord de l'Ontario)	En association avec plus de 70 partenaires, ce projet a permis l'expansion d'un réseau de télésanté, qui est passé de 14 à 47 sites dans toutes les régions de l'Ontario et l'établissement d'un lien avec Winnipeg. Grâce à ce réseau, ces collectivités ont pu avoir accès à des services médicaux, entre autres des consultations dans plus de 30 domaines de spécialisation médicale, des activités de sensibilisation à distance et des programmes éducatifs destinés à des groupes ou à des organismes.	8,5 millions de dollars	9,3 millions de dollars
Project Outreach (projet d'extension)	Sous la direction du *St. Joseph's Health Care* de London, ce projet visait l'intégration de quatre centres psychiatriques (noyaux) à bon nombre de petites villes éloignées et de collectivités des Premières nations en vue de la prestation de services de téléspychiatrie grâce à des technologies de vidéoconférence.	2,5 millions de dollars	3,3 millions de dollars

Southwestern Ontario Telehealth Network (SWOT-N) (Videocare) (réseau de télésanté du sud-ouest de l'Ontario (SWOT-N) - vidéosoins)	Aux fins d'établissement d'un réseau reliant au moins 40 sites, ce projet a misé sur les applications de télésanté qui étaient déjà en place dans cette région et qui fonctionnaient bien. Essentiellement, les services offerts étaient les suivants : formation continue en temps réel, soins indirects aux patients (transmission d'images pour diagnostic, en particulier la transmission à des ophtalmologistes de lectures d'empreintes rétiniennes), prise de décision au sujet d'un cas, conférences de cas, séances éducatives et administratives.	2,0 millions de dollars	2,3 millions de dollars
Surgical Services Network (réseau des services chirurgicaux)	Ce projet, fondé sur le téléentraînement médical et la télérobotique, offre de la formation et effectue de la recherche en ce qui a trait aux procédures laparoscopiques; des chirurgies laparoscopiques ayant été effectuées dans des régions éloignées grâce aux conseils donnés par des spécialistes durant les chirurgies en direct et à la télérobotique.	1,0 million de dollars	1,2 million de dollars
Tele-Mental Health Project (projet de télésanté mentale)	Le projet a mis au point des services de télésanté mentale destinés aux collectivités rurales et éloignées de la C.-B., en vertu desquels des vidéoconférences ont été organisées avec des psychiatres du programme d'extension, ce qui a permis d'élargir les activités permanentes itinérantes.	0,4 million de dollars	0,6 million de dollars
*Tele-oncology: Model for a Comprehensive Cervical Cancer Screening Program using ICTs (*la téléoncologie : modèle de vaste programme de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide des TIC)	Ce projet consistait à mettre en œuvre un vaste système de dépistage du cancer du col utérin au Nouveau-Brunswick afin de réduire l' incidence et la mortalité de cette maladie chez les femmes vivant en milieu rural et dans des collectivités des Premières nations.	1,2 million de dollars	1,2 million de dollars
Telehealth Saskatchewan (télésanté Saskatchewan)	Fondé sur deux projets pilotes de télésanté existants, ce projet a permis de consolider et d'élargir le réseau de télésanté provincial, en offrant des consultations à distance, des soins d'urgence, des services pédiatriques et de la formation continue.	1,0 million de dollars	1,6 million de dollars
WestNet Tele-Ophthalmology Project (projet de téléophtalmologie WestNet)	Grâce à ce projet, *WestNet Telehealth* a élargi son réseau aux collectivités des T.N.-O. Les récents progrès de la technologie numérique portable dans le domaine de l'ophtalmologie ont permis de faire passer des examens annuels de la vue, comprenant des dilatations de l'œil, aux personnes souffrant de diabète qui résident dans des collectivités éloignées. Des techniciens visuels ont reçu une formation pour qu'ils puissent, à l'aide d'un rétinographe numérique portable, saisir, stocker et transmettre des images aux spécialistes aux fins de diagnostic, de traitement et de suivi.	0,4 million de dollars	0,5 million de dollars
Yukon Telehealth (télésanté Yukon)	En partenariat avec des spécialistes de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, le gouvernement du Yukon a établi un réseau de télésanté reliant, par vidéoconférence, plusieurs villes du Yukon. La prestation des services est axée sur la télésanté mentale et le téléapprentissage.	1,0 million de dollars	1,0 million de dollars
	Total : projets de télésanté	50,9 millions de dollars	60,0 millions de dollars
		110,9 millions de dollars	

Projets DES			
Bridges to Better Child Health	Ce projet a permis d'élaborer et de mettre en place, à deux endroits, une infrastructure de réseau et un dossier électronique de santé auxquels auront accès les personnes autorisées qui donnent des soins à des patients des services d'oncologie pédiatrique.	1,8 million de dollars	1,8 milllion de dollars
COMPETE	Ont été conçus et mis en application grâce à ce projet des outils de transmission de dossiers électroniques de santé, de renseignements sur les médicaments, de tests de laboratoire et d'information à jour visant à favoriser l'éducation et l'autogestion des patients diabétiques.	1,0 million de dollars	1,3 million de dollars
Development and Implementation of an Integrated Community Mental Health Information System (ICMHIS) (système communautaire intégré d'information sur la santé mentale)	Avec la collaboration de plusieurs collectivités et organismes publics du domaine de la prestation de services de santé mentale en Colombie-Britannique, ce projet a mis au point un logiciel de dossier électronique de santé intégré destiné à des professionnels des services sociaux en hygiène mentale, assurant de la sorte le caractère compatible de la gestion et du couplage des dossiers et des données y figurant	0,9 million de dollars	1,1 million de dollars
Healthlink	Ce projet a permis de créer une base de données conçue pour aider les personnes âgées et les professionnels de la santé du sud de la Colombie-Britannique à faire connaître les services communautaires existants et coordonner les services de santé offerts aux personnes âgées	0,4 million de dollars	0,3 million de dollars
HealthNet/WHIC Provider Registry (registre des dispensateurs de soins de HealthNet de la C.-B.)	Ont collaboré à ce projet, les gouvernements de la C.-B., du Manitoba, de l'Alberta et de la Saskatchewan. Leur objectif était de créer et de mettre en place un registre des dispensateurs de soins dans l'ouest de la province. Il s'agit d'intégrer les médecins, infirmières, pharmaciens et autres professionnels de la santé à un système national de dossiers électroniques de la santé	2,2 millions de dollars	3,1 millions de dollars
Medical Office of the 21st Century (MOXXI) (Pratiques médicales de l'avenir - PMA)	Le projet PMA a permis d'élaborer et d'évaluer un prototype de système intégré d'information clinique en vue de la prescription et de la gestion, par voie électronique, des médicaments. Le système comprenait notamment des dossiers médicaux électroniques communs aux fins du transfert de données cliniques pertinentes aux pharmaciens et aux médecins de premier recours.	2,3 millions de dollars	2,6 millions de dollars
Projet d'inforoute régionale en oncologie clinique	Ce projet a permis de mettre au point un système d'information intégré en vue de la création, du stockage et de la diffusion de données protégées sur la santé pour les patients souffrant de cancer. Le système a été mis en œuvre dans la région de la Mauricie au Québec.	3,8 millions de dollars	4,4 millions de dollars
Regionally Accessible Secure Cardiac Health Records (RASCHR) (dossiers protégés de santé cardiaque accessibles en région)	Ce projet a permis de créer et mettre en place un système Web, protégé, accessible à l'échelon régional, de dossiers sur des personnes souffrant de problèmes cardiaques. Ce système, qui prenait assise sur le système existant de traçage des patients et d'inscription de ces derniers dans un registre, a été mis en application dans plusieurs hôpitaux de toutes les régions de l'Ontario.	1,5 million de dollars	1,9 million de dollars

SYNAPSE Multi-Jurisdictional Mental health Information System (système communautaire intégré d'information sur la santé mentale)	Avec ses partenaires, la région sanitaire de North Shore en Colombie-Britannique a mis en place un système général de dossiers électroniques de santé, basé sur des normes, afin de répondre aux besoins en gestion de l'information des dispensateurs de services de santé mentale.	0,45 million de dollars	0,5 million de dollars
Système d'information du réseau intégré de Laval –SI-RIL	Ce projet a permis d'élargir l'utilisation des technologies d'information et des communications par des omnipraticiens et des spécialistes de Laval aux fins de la diffusion, de la consolidation et du traitement de l'information clinique se rapportant, entre autres, aux diagnostics, résultats de test et médicaments prescrits.	5,5 millions de dollars	5,6 millions de dollars
	Total : projets DES	19,9 millions de dollars	22,6 millions de dollars
	Total	42,5 millions de dollars	

Le PPICS a également cerné certains secteurs clés dans lesquels tous les projets, ou un vaste ensemble de projets, et (ou) le programme proprement dit pourraient éventuellement tirer parti de l'adoption de cadres et de lignes directrices. Un grand nombre d'activités horizontales, résumées au tableau 3, ont pris place dans ces secteurs.

Tableau 3 : Activités horizontales du PPICS

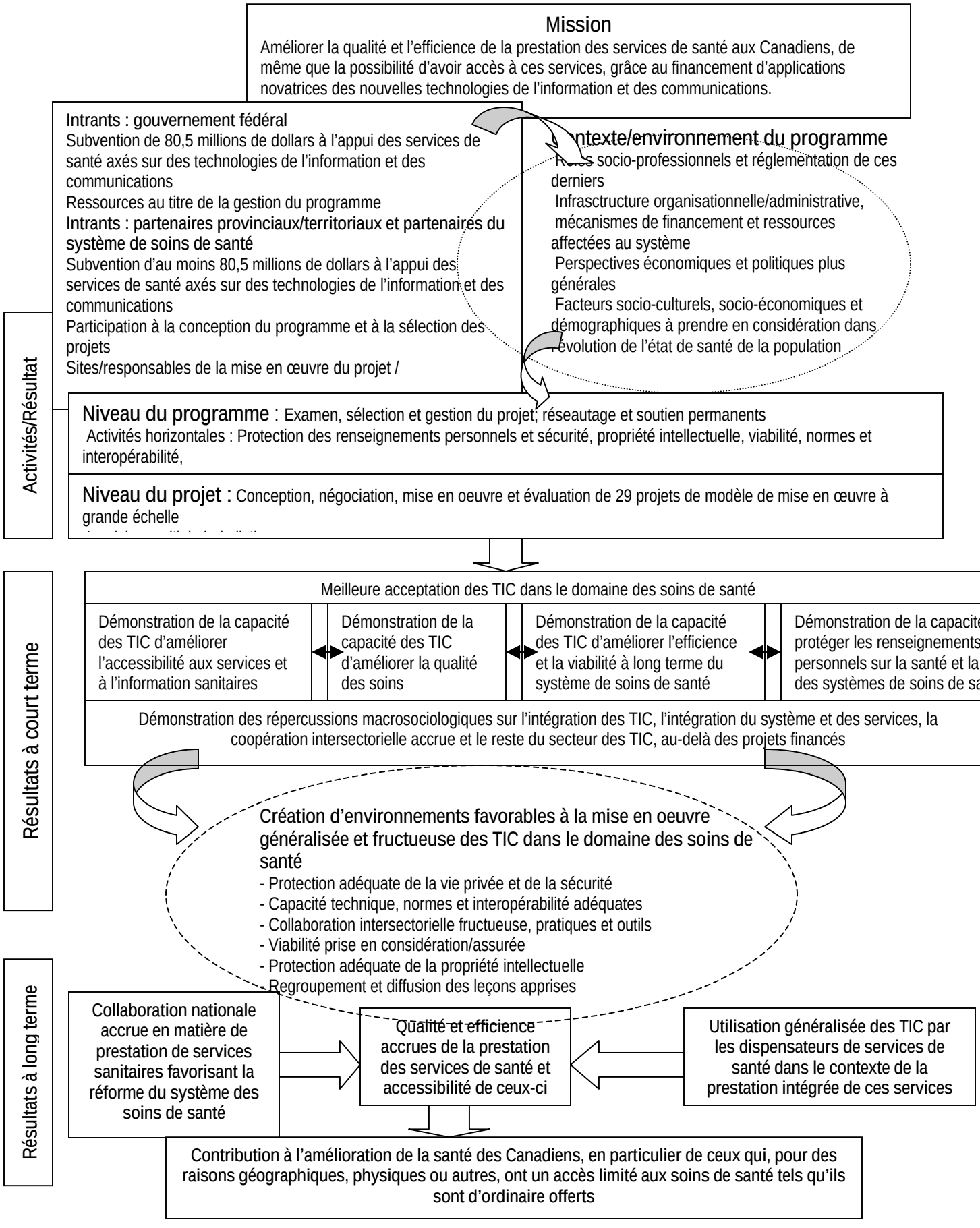
Enjeu horizontal	Résultats
Protection des renseignements personnels et sécurité	Compte rendu du sondage sur les mesures de protection des renseignements personnels et de sécurité prises dans le cadre des projets financés par le PPICS, octobre 2002.
Propriété intellectuelle	Étude des options en matière de gestion de la propriété intellectuelle dans la foulée du PPICS, date à déterminer
Viabilité	Lignes directrices sur la viabilité des projets relevant du PPICS Rapport sur l'étude approfondie de la viabilité de tous les projets relevant du PPICS
Normes et interopérabilité	Rapport sur le relevé des normes ayant trait à la télésanté et aux dossiers électroniques de santé, Conseil consultatif sur les normes et l'interopérabilité du PPICS, commandé par l'Institut canadien d'information sur la santé, décembre 2001
Communications	Plan stratégique des communications et de la dissémination; ateliers national et régionaux (voir ci-dessus)
Coordination régionale	Cinq ateliers régionaux et national sur l'évaluation, la viabilité, les leçons apprises tenus en 2001 et en 2002; activités permanentes de consultation et de liaison.
Gestion des risques et gestion des projets	Au nombre des lignes directrices et des protocoles rédigés à l'appui de la mise en œuvre des projets et de la surveillance du programme, mentionnons les lignes directrices sur la rédaction des rapports du PPICS (à mi-parcours, finale, évaluation); lignes directrices financières (pour la préparation des demandes et des rapports d'étape; lignes directrices financières et liste de contrôle du PPICS (traitant des aspects financiers de la gestion des projets de contribution); lignes directrices relatives à la cession des immobilisations); Outils de gestion des risques (guide de contrôle du projet; modèle de boîte d'outils ou de feuille d'évaluation des risques; évaluation des risques en vue des modifications aux ententes de financement); notions élémentaires de communications; protocoles régissant les visites de site Web; et lignes directrices pour la clôture des projets.

1.3.4 Résultats escomptés

Le cadre initial d'évaluation élaboré pour le PPICS[4] comprenait un modèle logique qui définissait les principaux résultats escomptés de même que ses répercussions à plus long terme, compte tenu des ressources et des activités de ce programme. Afin qu'on puisse mieux formuler les résultats escomptés du programme et cerner ceux pouvant être abordés, de manière significative, dans la présente évaluation, ce modèle logique a été élargi pour en faire un cadre conceptuel plus détaillé du PPICS, sur la base des modèles dont il est question dans la documentation. La figure 1 expose ce cadre conceptuel.

[4] Santé Canada – Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (juin 2002) : *Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats*

Figure 1 : Cadre conceptuel/modèle logique élargi du PPICS



Comme l'indique le cadre, on prévoyait que le PPICS aurait des résultats à plusieurs niveaux. Pour ce qui est de chaque projet, on s'attendait à ce que le PPICS permette d'améliorer l'acceptabilité, la qualité et l'efficacité de l'organisation et de la prestation des services de santé et l'accessibilité à ces derniers. Puisque le programme visait à élargir la mise en œuvre des TIC de sorte qu'elle ne se limite plus à une application ou à un site unique, comme cela était le cas pour les projets pilotes antérieurs, on escomptait également des résultats se traduisant par l'établissement d'importants réseaux et systèmes de communications, en collaboration avec les secteurs chargés de la prestation des services et les secteurs administratifs et professionnels, et s'étendant à l'ensemble des secteurs. En bout de ligne, les projets du PPICS et le programme lui-même ont atteint une telle envergure qu'on s'attendait à ce que le programme ait des répercussions macrosociologiques significatives, se traduisant par une amélioration de la capacité globale du Canada d'élaborer, de mettre en œuvre et d'utiliser les applications validées de TIC aux fins de la prestation de soins de santé, et d'en tirer profit, et qu'il soit potentiellement viable grâce au financement permanent, à l'intégration des TIC aux systèmes de prestation des soins de santé et à la mise en place de l'infrastructure politique nécessaire pour régler les problèmes macrosociaux découlant de la participation de plusieurs sphères de compétence liées, par exemple, aux normes techniques, à la gestion de la protection des renseignements personnels et à la délivrance des autorisations d'exercer. Dans l'ensemble, on s'attendait à ce que le PPICS permette d'accroître l'accessibilité aux services de santé et la qualité de ceux-ci, tout en améliorant l'efficacité et en protégeant la viabilité financière à long terme du système de soins de santé.

Le cadre tient également compte de l'environnement dans lequel le PPICS a été lancé, afin de souligner l'existence de facteurs favorables ou non à la réussite du programme. Si l'on se fie aux expériences réalisées dans d'autres pays mettant en cause d'importantes applications validées de TIC utilisées aux fins de la prestation de soins des santé, on constate qu'au départ l'infrastructure organisationnelle et administrative, entre autres les mécanismes de financement et les ressources allouées au système, déterminent la rapidité d'introduction de ces innovations[5]. Le grand nombre de secteurs de compétences et d'intervenants qui participent au système de soins de santé canadien a été l'un des défis clés, lié à l'environnement, que le PPICS devait relever compte tenu de la restriction des ressources. Deuxièmement, au Canada comme dans bien d'autres pays, l'incidence de la technologie sur l'organisation de la prestation des services de santé est étroitement liée aux rôles socioprofessionnels et aux systèmes de réglementation des professionnels de la santé[6]. En particulier, les systèmes de rémunération des professionnels et les définitions de la pratique peuvent entraver sérieusement l'adoption des TIC[7]. En bout de ligne, le financement et l'acceptation des soins de santé fondés sur des applications validées de TIC dépendaient, du moins en partie, du contexte économique, social et politique élargi. Ce contexte était favorable au PPICS puisque les préoccupations du public quant à la capacité du système des soins de santé de même que le vieillissement de la population et les inégalités relevées eu égard à l'état de santé des membres des

---

[5] Helitzer D, Heath D, Maltrud K et coll. *Assessing or predicting adoption of telehealth using the diffusion of innovations theory: a practical example from a rural program in New Mexico. Telemed J E Health.* 9(2):179-87, été 2003.; May C, Harrison R, Finch T et coll. *Understanding the normalization of telemedicine services through qualitative evaluation.* J Am Med Inform Assoc. 10(6):596-604, nov-déc. 2003.

[6] Lehoux, P. (1995). *Tracer les parcours d'influence de l'évaluation sur l'utilisation des technologies de la santé. La Revue canadienne d'évaluation de programme*, 10(2), 33-50.

[7] Lim AC, Voir : AC, Shumack SP. *Progress in Australian teledermatology. J Telemed Telecare.* 7 Suppl 2:55-9, 2001; Gassert CA. *Telehealth: a challenge to the regulation of multistate practice. Policy, Politics, & Nursing Practice.* 1(2): 85-92, mai 2000; Lamonte MP, Bahouth MN, Hu P, et coll. *Telemedicine for acute stroke: triumphs and pitfalls.* Stroke. 34(3):725-8, mars 2003.

Premières nations et d'autres populations éloignées ou rurales ont suscité un élan politique qui fait que le PPICS a été considéré comme une source de solutions aux crises du système de soins de santé.[8]

Pour ce qui est des résultats à long terme escomptés du PPICS, le fait qu'ils se trouvent dans la partie inférieure de la figure 1 indique qu'il s'agit d'un des éléments du système de santé qui, dans l'ensemble, contribuent à la santé de la population. Essentiellement, ce programme de trois ans visait à susciter assez d'élan pour que soit créé un environnement pancanadien qui favoriserait la mise en application généralisée et fructueuse des TIC dans le domaine de la santé et appuierait celle-ci; un élan qui pourrait être soutenu et prendre de l'ampleur une fois que le programme aurait pris fin. En retour, on prévoyait pouvoir élargir de cette manière les résultats fixés pour le système de soins de santé, entre autres, favoriser une meilleure collaboration nationale en matière de prestation des services de santé, faciliter le renouvellement du système de santé et accroître la qualité et l'efficience de la prestation des services de santé et l'accessibilité à ces derniers. À très long terme, on s'attendait à ce que le PPICS permettrait d'améliorer l'état de santé des Canadiens, en particulier ceux qui, pour des raisons géographiques, physiques ou autres ont un accès restreint aux soins de santé traditionnels.

Du point de vue de l'évaluation, il est important de noter que, premièrement, seuls sont mesurables pour le moment les résultats à court et à moyen terme dont il est fait état dans le cadre. Deuxièmement, bien d'autres facteurs entrent également en ligne de compte eu égard aux résultats à moyen et à long terme ciblés par le PPICS, la prestation des services de santé fondés sur des applications validées de TIC n'étant somme toute qu'une assez petite composante.

2. CONCEPTION ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

2.1 Structure globale et questions abordées

L'évaluation du PPICS a été menée à deux paliers principaux : celui des projets et celui de l'ensemble du programme.

À l'échelon des projets, les responsables de chaque projet devaient mener une évaluation, avec l'aide d'évaluateurs externes. Chaque proposition devait comprendre des plans d'évaluation du projet. Les lignes directrices ont été diffusées en même temps que l'appel de propositions, afin de favoriser la normalisation des projets. Ces lignes directrices comportaient un cadre d'évaluation définissant une série de questions d'évaluation et certains indicateurs proposés. Ce cadre s'inspirait de modèles existants d'évaluations de services de télésanté et de dossiers de santé électroniques.

À l'échelon du programme – celui dont il est question dans le présent document -- la stratégie globale d'évaluation visait à faire des évaluations de chaque projet la principale source de données et à regrouper les conclusions en fonction des enjeux circonscrits dans le cadre d'évaluation commun remis aux responsables de projet. Venaient compléter et élargir cette information d'autres sources de

[8] Romanow, R.J. *Guidés par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada.* Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002.; Kirby, M. J. L. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie. Novembre 2002.

données qui ont permis que soient abordées des questions trop générales pour être prises en considération dans les évaluations des projets ou non mentionnées dans les lignes directrices relatives à l'évaluation de ceux-ci.

L'évaluation de l'ensemble du programme consistait essentiellement à mesurer jusqu'à quel point avaient été atteints, comme prévu, les résultats, dont ceux à court terme, du PPICS, tels que définis dans le modèle logique élargi, tout en cernant les leçons apprises dans le cadre de la réalisation du programme global. Par conséquent, l'évaluation portait sur 31 enjeux, regroupés sous huit rubriques principales. En collaboration avec le CCEP et des intervenants externes, le personnel du BSI a rédigé ces enjeux et ces questions pendant la durée du PPICS. Pour ce faire, ces personnes se sont largement inspiré d'un cadre d'évaluation préparé en 2001 par la firme Howard Research and Management Consulting[9] et ces enjeux et questions correspondent bien à ceux dont il est fait mention dans le CGRR du PPICS[10]. Au regard de chaque enjeu et question, plusieurs indicateurs potentiels ont en outre été relevés et ces derniers ont également fait l'objet d'une consultation poussée.

La série finale de questions et d'indicateurs, mise au point dès le début du présent processus d'évaluation, tient compte des éléments suivants : toutes les versions antérieures des enjeux, questions et indicateurs de même que des observations faites à ce sujet par les membres du personnel du BSI, la vérification de concordance des questions d'évaluation des projets et de l'ensemble du programme menées par le personnel du BSI et des contractants extérieurs, ainsi que l'examen préliminaire de la documentation des projets. A également été prise en compte la recommandation du CCEP de réduire la portée de l'évaluation compte tenu du délai de trois mois alloué.

Voici les enjeux pris en considération dans l'évaluation du PPICS :

Enjeu 1 : Incidence sur l'acceptation des TIC dans le secteur des soins de santé
Enjeu 2 : Incidence sur l'accessibilité des services de santé et de l'information s'y rapportant
Enjeu 3 : Incidence sur la qualité des soins
Enjeu 4 : Répercussions sur l'efficience et la viabilité à long terme du système de soins de santé (contribution au renouvellement du système de santé)
Enjeu 5 : Incidence sur la protection des renseignements personnels
Enjeu 6 : Répercussions macro-économiques
Enjeu 7 : Contribution de la conception du programme à l'accomplissement des objectifs
Enjeu 8 : Leçons apprises

Les trois firmes d'experts conseils ont utilisé le même cadre organisationnel pour circonscrire les sources de données pour chaque enjeu ou question d'évaluation. Les tableaux exposant en détail les enjeux, questions, indicateurs et sources de données utilisés aux fins de l'évaluation figurent à l'annexe 2.

---

[9] Programme de partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS) *Cadre d'évaluation des résultats du PPICS*, Howard Research and Management Consulting, janvier 2002.

[10] Santé Canada – Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (juin 2002) : *Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats*.

2.2 Procédures de collecte, d'analyse et de synthèse des données

2.2.1 Examens méthodiques de la documentation

Examen des évaluations des projets du PPICS et d'autres documents. Pour bon nombre de questions d'évaluation, la majeure partie de l'information a été puisée dans la documentation ayant trait aux projets financés par le PPICS qui a été méthodiquement examinée. Même si, à l'origine, l'examen devait se limiter aux rapports d'évaluation finaux des projets, il a été élargi pour que soient inclus le rapport final de chaque projet et les documents additionnels présentés, pour la plupart des projets, en annexe ou comme des rapports supplémentaires. La décision de procéder de la sorte a été prise parce que les rapports d'évaluation ne renfermaient pas toujours l'information pertinente se rapportant à tous les enjeux ou à toutes les questions de l'évaluation et que cette information se trouvait d'ordinaire dans ces autres documents[11]. Ont également fait l'objet d'un examen, les tableaux récapitulatifs d'évaluation et les tableaux de révision des projets préparés par un autre contractant externe pour tous les projets pour lesquels des rapports avaient été déposés en date de décembre 2003. Même si certains renseignements pertinents du point de vue des questions relevant de l 'évaluation globale du programme étaient déjà résumés dans ces tableaux récapitulatifs, des lacunes ont été relevées quant à la concordance des questions d'évaluation de chaque projet et de tout le programme, d'où l'examen de toute la documentation d'origine.

Fait important à signaler, la documentation se rapportant à certains des projets financés n'avait pas encore été fournie au moment de l'évaluation du programme. Certains projets ont été prolongés, tandis que d'autres ont tardé à communiquer leurs rapports. En date du 1er mars 2004, 23 des 29 projets avaient transmis de la documentation. Dans plusieurs cas, seul le rapport final du projet ou le rapport d'évaluation final avait été présenté, ce qui signifie que les tableaux d'examen de projet ou d'évaluation correspondants n'avaient pas été préparés. Les projets suivants n'ont pas été pris en considération dans l'examen méthodique :

- Application en milieu rural de la télémédecine de première ligne au Témiscamingue
- Le CLSC de l'avenir : projet de télésanté et de télésoins à domicile
- Projet d'inforoute régionale en oncologie clinique
- Réseau des services chirurgicaux
- Télésanté Saskatchewan

La documentation se rapportant à un projet final, le Système d'information du réseau intégré de Laval –SI-RIL, nous est parvenue trop tard pour que nous puissions l'inclure dans l'analyse formelle; les évaluateurs en ont toutefois pris connaissance afin de garantir qu'aucun élément clé n'est écarté. (Ce projet a également fait l'objet d'un étude de cas – voir ci-dessus.)

Les documents examinés pour chacun des projets financés sont énumérés à l'annexe 3. L'étude a été menée d'après un modèle, d'où la récapitulation structurée des renseignements tirés de chaque rapport, pertinents du point de vue de chacune des questions d'évaluation. Ce modèle est joint à l'annexe 5.

[11] Par exemple, en général, les rapports d'évaluation ne contenaient pas de renseignements sur la viabilité des projets mais des plans de viabilité devaient être inclus dans les rapports définitifs des projets.

Examen horizontal des résultats du programme. Les résultats des activités visant à soutenir les mécanismes horizontaux du programme ont eux aussi été examinés au cas où ils pourraient fournir des indications relativement aux questions d'évaluation. Ont notamment été passés en revue à cette fin, la plupart des documents énumérés au tableau 2, hormis les outils de gestion du projet et les lignes directrices.

Au total, environ 10 000 pages de documentation ayant trait au programme ont été méthodiquement examinées.

2.2.2 Entrevues auprès des informateurs clés

Les entrevues auprès des informateurs clés, qui participaient au programme, ont été la deuxième source importante de données, d'où proviennent des renseignements sur les résultats du programme non disponibles dans les autres sources. La firme Howard Research and Management Consulting a mené ces entrevues. Le BSI a identifié les éventuels informateurs clés, au nombre desquels figuraient une vaste gamme de répondants rattachés à un projet en particulier, d'organisateurs et de gestionnaires du PPICS, de fonctionnaires gouvernementaux et régionaux, de représentants du PPICS, de spécialistes en la matière, de dispensateurs de soins de santé, de cadres des services de santé et de représentants d'organismes non gouvernementaux. Plus de 100 éventuels informateurs clés ont été avisés. Des entrevues par téléconférence ont été menées avec 76 informateurs clés, dont 60 étaient rattachés à des projets financés par le PPICS. Les 16 autres ont fait part d'un point de vue plus général sur le PPICS et l'ensemble des TIC.

Pour ce qui est du rapport sur les informateurs clés, la conception du document et l'analyse des données ont été fondées, premièrement, sur les enjeux et les questions d'évaluation décrits ci-dessus, et, deuxièmement, sur le cadre plus général élaboré par la firme Howard Research and Management Consulting pour l'évaluation globale des technologies de l'information et des communications. Ce cadre est inclus dans le compte rendu global du volet de l'évaluation qui portait sur les entrevues avec les principaux intervenants, qui figure à l'annexe 5.

Les entrevues ont été menées en français et en anglais, selon la préférence du répondant, et ont duré en moyenne 30 minutes. Avec la permission du répondant, d'autres membres de l'équipe d'évaluation ont été autorisés à prendre part aux entrevues.

Les entrevues ont été enregistrées et des transcriptions[12] ont été faites, sauf dans le cas de celles réalisées avec cinq participants qui préféraient que l'intervieweur prennent des notes.

L'analyse portait sur la détermination de thèmes et d'unités de signification clés pour chaque entrevue. Au deuxième niveau, elle avait pour objet de définir les thèmes se dégageant des réponses fournies par les personnes interrogées faisant partie d'une même catégorie (c.-à-d. coordonnateurs de projet). Était visée, au troisième niveau, l'étude des thèmes et des significations entre les diverses catégories de répondants. Cette approche fondée sur plusieurs perspectives a permis d'unifier en quelque sorte les résultats glanés auprès du groupe des informateurs clés. De surcroît, elle permettait d'envisager les réponses dans l'optique des systèmes.

[12] En raison des délais serrés fixés pour la présentation des rapports et le transfert des données d'un volet à l'autre de l'évaluation, des comptes rendus textuels n'ont pas été préparés.

2.2.3 Études de cas

Six études de cas ont été menées pour définir les facteurs essentiels de la mise en œuvre et de l'exploitation fructueuses et de la viabilité des TIC dans le système de soins de santé, de même que la transmissibilité des pratiques ou approches à d'autres secteurs de compétence ou applications. La recherche axée sur des études de cas permet de comprendre et de décrire avec des détails le processus de mise en œuvre de chaque projet et de l'ensemble des projets du PPICS. En tant que stratégie de recherche, les études de cas constituent le meilleur moyen de comprendre le « comment » et le « pourquoi » des résultats[13] Les études de cas ont été menées par la Division de la formation médicale continue de l'Université de la Colombie-Britannique.

Les cas ont été sélectionnés parmi les projets pour lesquels des rapports avaient été soumis au plus tard au début de février 2004. Les cas sélectionnés se voulaient représentatifs des projets financés par le PPICS, du point du vue de l'aire géographique, de la portée géopolitique, de la science de la santé, de la population cible, de la priorité du projet (DES ou télésanté) et de la taille de ce dernier (petit : de 0,40 à 1 million de dollars; moyen : de 1,1 million de dollar à 3 millions de dollars; et grand : plus de 3 millions de dollars). Les six projets suivants ont fait l'objet d'études de cas :

- Infostructure atlantique de la santé
- Réseau de télésanté du sud-ouest de l'Ontario (SWOT-N), maintenant connu sous le nom de VidéoSoins
- Réseau de télésanté du Manitoba
- Réseau IIU du Nunavut
- Système communautaire intégré d'information sur la santé mentale (SYNAPSE)
- Système d'information du réseau intégré de Laval (SI-RIL) .

La collecte des données découlant des études de cas comportait : 39 entrevues auprès d'informateurs clés[14]; un sondage en direct (19 répondants); l'examen de 60 rapports de projet et d'autres documents et 78 autres contacts de divers genres (courrier électronique, courrier vocal, etc.).

Des rapports ont ensuite été rédigés pour chaque cas à l'aide d'un cadre commun fondé sur les enjeux et les questions d'évaluation. Par la suite, des analyses correspondantes ont été menées pour consolider l'information provenant de l'ensemble des sources, mettant l'accent sur les meilleures pratiques et les leçons apprises. À la première étape de l'analyse parallèle de cas, on procédait à un examen analytique du contenu de l'ensemble des données se rapportant au cas pour en dégager les thèmes à des fins de comparaison avec d'autres cas. Les auteurs des rapports de cas ont ensuite alimenté la matrice en données puisées à même les cas, en signalant les éléments discordants et les nouvelles catégories. Un septième analyste a alors analysé les six cas sur la base de ce cadre de

[13] Yin, R.K. *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.

[14]Les entrevues initiales avec les informateurs clés dans chaque cas, la plupart du temps des gestionnaires de projets du PPICS, ont été menées conjointement avec les membres de l'équipe chargée de l'étude portant sur les informateurs clés; les entrevues ultérieures ont été menées par les membres de cette même équipe. Sept des 23 entrevues ont été menées conjointement.

catégories et de thèmes. En bout de ligne, l'analyse parallèle a été validée par les six responsables des études de cas.

Le rapport de l'étude de cas, qui figure à l'annexe 6, expose en détail la méthodologie de même que les mécanismes d'analyse.

2.2.4 Examen de la documentation

En dernier lieu, la documentation a été passée au peigne fin pour ce qui est de chacune des questions d'évaluation du PPICS et les constatations ont permis de situer les conclusions de l'évaluation dans le contexte plus général de l'acquisition de connaissances. L'examen a été effectué à l'aide d'un modèle et comportait une évaluation méthodique de la qualité de l'étude axée sur les critères du *Cochrane Collaboration Review system*[15], les critères de qualité de l'évaluation de la DEPM et les normes du Conseil du Trésor. Autant que possible, seules ont été incluses les études de niveau 4, ou supérieur, selon l'échelle de Cochrane; c.-à-d., des études descriptives d'où sont exclus les comparaisons de données et les éléments subjectifs.

Le modèle d'examen a permis de dresser la liste des principaux syntagmes et synonymes de recherche. Les termes de recherche initiaux ont été validés et « ventilés » à l'aide des vedettes-matières pour *télésanté* et *télémédecine* dans les bases de données CINAHL, MEDLINE(R) et PsycINFO. La recherche informatisée finale a été exécutée simultanément à l'aide du logiciel OVID Online, par les cinq bases de données suivantes : CINAHL, Healthstar, Ovid MEDLINE(R) In-Process, Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) et PsycINFO. Des résumés ont été sélectionnés et classés (marqués) sur la base des mots clés du modèle d'examen.

L'annexe 7 renferme des précisions quant aux méthodes de recherche de même que les tableaux récapitulatifs de la documentation.

2.2.5 Procédures de synthèse

La synthèse des données a été structurée en fonction du cadre conceptuel logique ou fournie par le modèle et, par conséquent, des enjeux et questions d'évaluation. Pour chacun des huit enjeux de l'évaluation, tous les éléments provenant de toutes les sources de données disponibles (examen des évaluations, des rapports et de la documentation de projet et des études horizontales; entrevues auprès des informateurs clés, études de cas; étude de la documentation;) ont été regroupés afin :

- de récapituler les principales constatations concordantes et les principales divergences;
- d'établir des liens entre ces constatations et d'autres éléments du cadre conceptuel et (ou) d'autres questions d'évaluation;
- de décrire brièvement la manière dont les constatations concordent ou non avec celles qui figurent dans la documentation étrangère;
- de circonscrire tout secteur où les constatations ne cadrent pas avec celles visant l'ensemble du PPICS.

[15] http://www.cochrane.org/consumers/sysrev.htm#levelsofevidence

Chaque équipe d'évaluation participante a étudié les résultats de la synthèse pour déterminer s'ils concordaient avec ses propres analyses.

3. CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION

Les conclusions de l'évaluation sont présentées ci-dessous sous forme de réponses aux enjeux et questions d'évaluation. Elles représentent les principales concordances et divergences circonscrites dans le cadre du processus de synthèse des données. Afin de faire le plus de place possible aux projets individuels et à leurs expériences – principale source de l'information utilisée aux fins de l'évaluation – de longs passages des rapports de projets et des études de cas ont été extraits pour justifier et illustrer les conclusions issues de la synthèse des sources de données. Tous ces passages ont été cités avec la permission des auteurs.

Remarque quant au traitement des divergences entre les applications des DES et de la télésanté : Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, les deux priorités du PPICS sur le plan technique étaient les DES et la télésanté. Règle générale, les DES ont été les constituants de l'armature ou de l'infrastructure sous-jacente du flux d'information ayant rendue possible la prestation fructueuse des services de santé et, bien qu'ils soient souvent en grande partie invisibles aux yeux des patients, ils ont une très grande incidence sur les systèmes organisationnels internes. Les réseaux de télésanté (suivant le degré d'interactivité en temps réel des applications) ont une réalité plus tangible pour les patients et les professionnels de la santé, et ont tendance à correspondre plus étroitement aux processus organisationnels existants tout en les élargissant grâce à la connexion à des réseaux plus importants. Tandis que certaines des questions d'évaluation visaient pareillement l'un ou l'autre type de technologie, d'autres se rapportaient de manière différente, ou plus ou moins directement, à l'un ou l'autre type, suivant la nature particulière des applications. Dans les conclusions dont il est fait état ci-dessous, des distinctions sont établies entre les deux types de TIC seulement lorsque cela est pertinent[16].

[16] L'un des projets financés par le programme – soit le projet Healthlink – ne s'est pas traduit, en fin de compte, par une application de télésanté ou de DES, puisque que le volet DES a été abandonné en raison de difficultés techniques et organisationnelles.

3.1 Incidence sur l'acceptation des TIC dans le secteur des soins de santé

L'accueil favorable des TIC par les personnes qui les utilisent ou qui sont touchées d'une autre manière par leur utilisation était considéré comme une condition préalable de la mise en œuvre fructueuse de ces technologies et, par conséquent, ce facteur exerce une influence sur les services de santé. L'évaluation a envisagé l'acceptation des TIC sous deux angles. En premier, au microniveau, elle a étudié l'adoption des applications de TIC dans les projets du PPICS et l'évolution de leurs degrés et schémas d'utilisation. L'accueil réservé aux applications a également été évalué du point de vue de l'ensemble des principaux intervenants.

3.1.1 Quelle a été l'incidence des projets financés par le PPICS sur l'acceptation des TIC dans le contexte de la prestation des services de santé et de la diffusion d'information à ce sujet?

Dans l'évaluation du projet de télésanté du Manitoba, 174 patients sur les 175 qui ont rempli les questionnaires étaient satisfaits et ont affirmé qu'ils utiliseraient encore ce système (MBTelehealth Evaluation Report, p. 29). En lisant l'évaluation du projet NorthNet, on apprend que 96 % des répondants au sondage étaient satisfaits de leur consultation en télémédecine, que 97 % d'entre eux étaient à l'aise pour converser avec le spécialiste de télémédecine et que 90 % aimeraient ou aimeraient beaucoup avoir une autre consultation si leur médecin le leur recommandait (NorthNet Evaluation Report, p. 84). Suivant l'évaluation du projet EOTN, plus de 95 % des répondants ont indiqué ou clairement manifesté leur satisfaction à l'égard de la télésanté, par opposition aux cliniques traditionnelles.(EOTN Evaluation Report, p. 33)

Acceptation par les patients. Les projets qui évaluaient directement les réactions des patients à l'égard de l'utilisation des TIC dans le domaine de la santé ont tous conclu que le degré d'acceptation était très élevé. Les patients et leurs familles étaient généralement très satisfaits de leur expérience avec les applications des TIC, et dans toutes les évaluations au cours desquels ce facteur entrait en ligne de compte, la grande majorité des patients ont déclaré qu'ils seraient d'accord pour utiliser de nouveau l'application. Les taux de satisfaction tirés des évaluations de projet (voir l'encadré de gauche) concordent parfaitement avec ceux dont il est fait état dans la documentation, les patients dont il est question dans ce dernier cas ayant vu d'un œil extrêmement favorable l'utilisation des TIC dans le domaine de la santé et étant essentiellement intéressés à l'utiliser dans le cadre de la prestation soutenue des services[17]. Précisons que des indications figurant dans des évaluations qui ne portaient pas directement sur cet aspect faisaient également état de la satisfaction des patients. Dans deux projets, comme cela a été mentionné dans d'autres documents[18], certains patients ont exprimé une légère préférence pour les services personnels.

[17] Currell R, Wainwright P, Lewis R. *Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and healthcare outcomes.* (Cochrane Review). Voir : *Cochrane Library*, Issue 1, 2004 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; May C, Harrison R, Finch T et coll. *Understanding the normalization of telemedicine services through qualitative evaluation.* J Am Med Inform Assoc. 10(6): 596-604, nov.-déc. 2003.; Williams TL, May CR, Esmail. *Limitations of patient satisfaction studies in telehealthcare: a systematic review of the literature. Telemed J E Health.* 7(4): 293-316, 2001 Winter.; Mair F, Whitten P. *Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine.* BMJ 2000;320(7248):1517-20.; Schopp LH, Johnstone BR Merville OC. *Multidimensional telecare strategies for rural residents with brain injury. J Telemed Telecare.* 6 Suppl 1:S146-9, 2000.; Gattas MR, MacMillan JC, Meinecke I et coll. *Telemedicine and clinical genetics: establishing a successful service..* J Telemed Telecare. 7 Suppl 2:68-70, 2001; Krousel-Wood MA, Re RN, Abdoh A, Bradford D et coll. N. *Patient and physician satisfaction in a clinical study of telemedicine in a hypertensive patient population. J Telemed Telecare.* 7(4):206-11, 2001.

[18] Elford R, White H, Bowering R, Ghandi A, et coll. *A randomized, controlled trial of child psychiatric assessments conducted using videoconferencing. Journal of Telemedecine Telecare* 2000;6(2):73-82.

Veuillez toutefois noter que ces taux ne tiennent pas compte des opinions des patients qui n'ont pas accepté de recevoir les services axés sur ces technologies[19]. D'ordinaire, il n'est pas fait mention dans les rapports de projets des taux de consentement ou de refus. Aucun de ces rapports n'évalue directement les raisons pour lesquelles ces personnes refusent de prendre part à cette expérience, bien qu'ils signalent quelquefois en passant que ces technologies mettent certains patients dans l'embarras.

« Même si les possibilités de téléapprentissage suscitent généralement de l'enthousiasme et sont bien accueillies, les cliniciens font preuve de prudence à l'égard des applications cliniques, en particulier celles permettant d'offrir des services cliniques directs aux clients et à leurs familles ». (Yukon Telehealth Final Report, p. 18.)

Acceptation du dispensateur. Les dispensateurs de services de santé ont moins souvent bien accueilli les TIC, quoique dans bien des cas ils ont été assez satisfaits de leurs expériences. Toutefois, dans certains cas, ils ont exprimé une forte réticence à adopter ces technologies. Leur résistance découle, semble-t-il, non pas du fait qu'ils s'objectent à ces technologies mais bien plutôt du fait qu'ils craignent que ces nouveaux systèmes soient moins efficaces et moins pratiques. Les professionnels de la santé ont surtout bien accueilli les projets mettant en cause une application dont la conception était le fruit d'une compréhension approfondie des pratiques existantes et qui était conçue expressément en vue d'appuyer celles-ci et non pas de les transformer. Par exemple, dans le compte rendu des études de cas se rapportant au projet SI-RIL, on souligne que le succès du système était attribuable au fait qu'il avait été conçu pour des médecins et par des médecins.[20]

A signaler également le fait que bon nombre de projets ont intégré les applications à des systèmes ou contextes n'ayant qu'un contact limité ou pas du tout de contact avec les technologies sanitaires fondées sur des applications validées de TIC. Par exemple, dans l'évaluation du projet de téléoncologie, on indique que même si la technologie est jugée d'utilisation facile, bon nombre de médecins et d'infirmières ayant pris part au programme de dépistage ont trouvé difficile de l'utiliser parce qu'ils(elles) avaient peu de formation ou d'expérience en matière de technologies de l'information[21]. Comme l'ont souligné les informateurs clés, dans bien des endroits, le personnel était plus ou moins familiarisé avec la nouvelle technologie, d'où la forte courbe d'apprentissage[22].

Taux d'utilisation. Dans le cas des projets de télésanté, on peut également évaluer l'acceptation des services de santé fondés sur des applications validées de TIC en étudiant les niveaux d'utilisation relatifs aux divers types de services qui peuvent être offerts par le moyen de vidéoconférences interactives. Plusieurs projets de télésanté comparables comportaient la prestation de trois types principaux de services : cliniques, formation professionnelle continue et utilisation à des fins administratives (pour des réunions, des formations non cliniques, des entrevues, etc). L'utilisation à des fins cliniques a souvent été le volet le plus lent à prendre de l'expansion, ce qui va de pair avec les problèmes susmentionnés, et dans certains des projets du PPICS, ce volet était encore réduit au minimum au moment où l'évaluation a été effectuée. Cependant, dans l'ensemble, l'utilisation à des fins cliniques tendait à augmenter avec le temps;

Le nombre de médecins qui utilisent le réseau NORTH à des fins d'examens ou de consultations a augmenté de 192 % au cours des 2 années d'existence du PPICS (1er avril 2001 au 31 mars 2003), passant de 218 à 637 (NorthNet Final Evaluation report, p. 4)

[19] Voir la discussion portant sur le consentement des patients figurant dans la section.
[20] *SI-RIL Case Study Report (*compte rendu de l'étude de cas – SI-RIL*)*, p. 9
[21] Rapport d'évaluation du projet de téléoncologie, p. 18
[22] *Key Informant Interviews Report (*rapport d'entrevues auprès des informateurs clés*),* p. 15.

il arrivait souvent que certains sites affichaient au départ un taux d'adoption élevé et que les autres les rattrapaient à mesure qu'ils réglaient leurs problèmes techniques. Comme en témoigne l'encadré de gauche, le réseau North de l'Ontario est un bon exemple d'utilisation marquée des technologies à des fins cliniques. (La question connexe de l'optimalité de l'utilisation du point de vue de la rentabilité est abordée dans la section 3.4.)

Utilisation à des fins de formation continue. Dans plusieurs projets, en particulier ceux qui offrent des services à des collectivités nordiques, éloignées ou rurales, les taux de participation et d'utilisation ont été élevés, témoignant de la très grande acceptation de ces technologies par les utilisateurs. Le fait que les applications technologiques aient été très bien accueillies dans le domaine de la formation continue et moins bien accueillies lorsqu'elles étaient utilisées à des fins cliniques, phénomène analysé plus en détail dans la partie qui traite des répercussions sur les professionnels de la santé, explique qu'on ait suggéré, dans le contexte de l'un des projets, que le volet de la formation continue devrait peut-être précéder celui de l'activité clinique[23], ce qui permettrait de gagner l'appui des professionnels.

*Utilisation à des fins administratives***.** Les utilisations, à des fins administratives, des vidéoconférences interactives progressent également rapidement dans certains projets de télésanté, ce qui témoigne de l'acceptation marquée des administrateurs. Dans l'ensemble, l'utilisation des TIC à ces fins semble quelque peu inattendue et, dans certaines évaluations, les données s'y rapportant n'ont pas permis de la cerner systématiquement, même si des informateurs clés ont déclaré qu'il s'agissait d'un élément d'importance sur le plan de l'acceptation globale du système. D'une façon plus générale, les administrateurs des systèmes de soins de santé prennent clairement parti pour les TIC.

Les opinions des informateurs clés à l'égard du PPICS influent sur l'acceptation. Si l'on se fonde sur les entrevues auprès des informateurs clés, on peut difficilement définir l'incidence du PPICS sur l'acceptation globale des TIC aux fins de la prestation de services de santé. Toutefois, les projets du PPICS semblent avoir touché un assez grand nombre de dispensateurs et de patients et, par conséquent, on peut supposer qu'ils ont contribué à mieux faire accepter les TIC dans le secteur de la santé et auprès de la population en général.[24] L'un des thèmes récurrents des entrevues réalisées auprès des informateurs clés, à savoir les représentants de projet, est que les chances sont plus fortes que les dispensateurs et les organismes responsables de la prestation utilisent les TIC s'ils ont certaines raisons (d'ordre émotif ou financier) de le faire.[25]

3.1.2 Quels sont les facteurs qui ont facilité/entravé l'acceptation des solutions fondées sur les TIC?

Ampleur de la mise en oeuvre. L'un des facteurs qui influe sur l'acceptation des applications de TIC est la mesure dans laquelle elles seront pleinement mises en oeuvre. Cette question comporte deux aspects : 1) l'application finalement mise en place était-elle celle qui avait été prévue et qui était attendue, et 2) la mise en œuvre était-elle en bonne voie au moment de la fin du financement du programme initial et de la reddition de comptes. Cette dernière question est importante parce que l'acceptation de nouvelles technologies se fait graduellement au fil des mois ou des années, et suit

[23] *Telemental Health Final Project Report (*rapport final du projet de télésanté mentale*)*, p. 22.
[24] *Key Informant Interviews Report (*compte rendu des entrevues auprès des informateurs clés*)*, p. 17.
[25] *Key Informant Interviews Report (*compte rendu des entrevues auprès des informateurs clés*)*, p. 15.

souvent la courbe type de la diffusion d'innovations[26]. Dans trois projets, des volets significatifs de programme ont été abandonnés en raison de problèmes techniques ou organisationnels (p. ex.., réforme majeure simultanée du système de soins de santé). Dans plusieurs autres projets, des volets ont été réduits, comparativement aux engagements originaux qui avaient été pris envers les intervenants, à cause du financement réduit. Toutefois, la plupart des projets ont été mis en œuvre presque exactement comme prévu et annoncé, mais ils ne l'étaient pas depuis assez longtemps pour que les niveaux d'acceptation atteignent un sommet. Les plus longues périodes de mise à exécution des projets, pendant le cycle de leur financement par le PPICS, variaient entre 18 et 24 mois. Pour d'autres projets, l'évaluation a été fondée sur des périodes non pertinentes aux fins d'observation des niveaux d'acceptation permanents; dans un cas, l'évaluation a porté sur une période d'activité de trois semaines. Ont été signalés, dans plusieurs évaluations, de faibles taux de réponse aux sondages chez certains participants, ce qui peut également dénoter un manque d'expérience avec les systèmes.

« Certains médecins ont eu de la difficulté à intégrer la télésanté à leur pratique, signalant que les séances de télésanté prenaient plus de temps et, dans certains cas, qu'ils étaient obligés de se déplacer. Les responsables du projet de télésanté du Manitoba ont réagi en offrant un soutien et une formation aux employés de bureau en vue du remaniement du flux des travaux. Les renseignements récemment recueillis au cours des entrevues auprès des informateurs clés laissent entrevoir que la situation est manifestement en voie de changer. A de plus en plus d'endroits, des dispensateurs se familiarisent avec l'équipement de télésanté et l'utilisent désormais de façon indépendante, sans l'aide du coordonnateur. » (MBTelehealth Case Study report, p. 8.)

Soutien et communication. L'une des constatations qui revenait couramment pour l'ensemble des projets dans le cadre desquels les médecins avaient, dès le départ, manifesté une certaine réticence à accepter les TIC était que la communication régulière et la prestation d'efforts soutenus à l'appui de l'utilisation de ces technologies permettaient d'accroître graduellement leur adoption. L'exemple donné à la page suivante, tiré de l'une des études de cas, illustre les approches auxquelles on a eu recours pour faciliter l'acceptation des TIC par les professionnels de la santé.

Élaboration d'une entente : projets de DES. Dans le cas des professionnels de la santé, les obstacles à l'acceptation des projets de DES étaient parfois considérables. Cela s'explique, semble-t-il, par le fait que, puisque les DES nécessitent l'élaboration d'une vision commune du milieu de pratique avant que l'information puisse être communiquée de manière significative, il faudrait souvent mieux, avant d'en arriver au stade de l'acceptation, qu'on discute longuement, qu'on fasse preuve de collaboration et qu'on négocie la manière dont même des éléments très fondamentaux des systèmes d'information devaient être conjointement compris, depuis les systèmes de numérotage des patients jusqu'aux activités cliniques les plus essentielles. Comme il fallait s'y attendre, les systèmes de DES reliant les milieux de pratique qui divergeaient le plus sur le plan culturel et professionnel, ont posé le plus de difficultés, en particulier dans les réseaux d'information sur la santé mentale auxquels étaient associés une foule de divers professionnels de la santé et des domaines connexes qui exercent en milieu communautaire (par exemple : projets ICMHIS et de télésanté mentale).

Dans certains cas de projets de DES, le simple fait de devoir convenir d'une terminologie et d'une vision communes aux fins d'acceptation de l'application comportait d'autres retombées avantageuses se traduisant par une meilleure compréhension mutuelle et une plus grande capacité de collaborer de manière soutenue. Comme l'illustre le registre des dispensateurs du WHIC, grâce auquel ont été

[26] Helitzer D, Heath D, Maltrud K et coll. *Assessing or predicting adoption of telehealth using the diffusion of innovations theory: a practical example from a rural program in New Mexico. Telemed J E Health.* 9(2): 179-87, 2003

lancés d'importants processus réutilisables et qui pourrait soutenir des efforts de collaboration dans l'avenir.[27] Le projet de téléoncologie constitue un autre exemple de ce qui précède puisqu'il a débouché sur la normalisation de la nomenclature cytologique employée par les techniciens et les pathologistes de toutes les régions participantes[28]. Dans le même ordre d'idées, dans le cas du projet *Bridge to Better Child Health*, le dialogue nécessaire à la mise en application des DES a débouché sur l'élaboration d'un formulaire normalisé de sortie désormais utilisé, sous forme d' imprimé, à travers toute la province, ce qui permet d'alléger la charge de travail et d'améliorer les communications cliniques[29]. Dans la documentation ayant trait à la recherche, on a fait valoir que, d'un point de vue sociotechnique, cette étape de la conception du système devait être envisagée comme une intervention dans les processus de transformation organisationnelle qui sont l'apanage de l'élaboration proprement dite des TIC.[30]

Perte ou gain d'efficience perçu. L'acceptation des DES par les professionnels de la santé semble dépendre de la facilité et de la vitesse d'utilisation de la technologie; ce qui est représentatif dans l'ensemble d'un mécanisme d'acceptation qui dépend, d'abord et avant tout, du maintien ou de l'accroissement de l'efficience de la pratique.

Sommaire : incidence sur l'acceptation

En bref, le PPICS a démontré l'acceptabilité des services de santé fondés sur des applications validées de TIC aux yeux de tous les intervenants, depuis les patients jusqu'aux dispensateurs (certains d'entre eux ayant toutefois fait preuve de réserves et d'hésitations), par l'entremise des systèmes de soins de santé régionaux et provinciaux.

[27] *WHIC Provider Registry Evaluation Report*,(rapport d'évaluation du registre des dispensateurs du WHIC) p. 32
[28]Rapport final, projet Télé-oncologie, p. 9.
[29] *Bridges to Better Child Health Final Report* (rapport final du projet *Bridges to Better Child Health),* p. 7.
[30]Berg M, Toussaint P. *The mantra of modeling and the forgotten powers of paper: A sociotechnical view on the development of process-oriented ICT in health care. Int J Med Inf.* 69(2-3): 223-34, mars 2003.

3.2 Enjeu 2 : Incidence sur l'accessibilité des services de santé

3.2.1 Quelles ont été les répercussions des projets financés par le PPICS sur l'accessibilité de l'information sur les soins et la santé?

L'accessibilité accrue aux services de santé et à l'information s'y rapportant était l'un des principaux objectifs du PPICS. Les répercussions sur l'accessibilité ont été étudiées sous plusieurs aspects, entre autres :1) la facilité d'accès à des services qui, auparavant, étaient offerts à des coûts plus élevés devant être assumés par le particulier ou le système; 2) l'accès à des services ou à de l'information qui, auparavant, n'auraient pas été offerts; et 3) l'accès à des services ou à de l'information qui n'auraient, auparavant, été offerts qu'en partie ou sur une moins grande échelle. (La question du temps d'attente liée à l'accès aux services, souvent considérée comme un autre aspect de l'accessibilité, est abordée à la section 3.3: Qualité des services).

« Le projet SLICK a facilité comme jamais auparavant l'accès aux services de dépistage, grâce à l'organisation d'au moins une visite dans chaque collectivité de l'Alberta, et même des personnes souffrant de diabète non diagnostiqué ont pu y avoir accès. » SLICK Project Evaluation Report, p. 13.

Facilité d'accès à des services qui, auparavant, n'étaient offerts qu'à des coûts plus élevés assumés par les particuliers ou le système. Les programmes de télésanté financés par le PPICS offrant des services dans des collectivités rurales, éloignées ou du nord, faisaient d'ordinaire de l'accès élargi l'un de leur principaux objectifs et, habituellement, ils réussissaient à l'atteindre. Dans les évaluations mesurant cet aspect, tant les patients que les dispensateurs étaient fort satisfaits de l'accessibilité aux services que leur offrait la technologie. Les répercussions les plus importantes, exprimées en temps de déplacement et en coûts, ont été celles enregistrées dans le cas des patients qui habitaient dans des régions éloignées ou rurales. Par exemple, selon l'évaluation du projet de télésanté mentale du centre de la C.-B. et du Yukon, 94 % des patients sondés ont indiqué que le fait de n'avoir pas à se déplacer constituait un avantage du service de télésanté[31]. L'évaluation du projet de télésanté du Manitoba fournit un autre exemple des répercussions sur l'accès aux services, indiquant que la principale conséquence, pour des patients et leurs familles, est de jouir des avantages de ne pas avoir à se déplacer pour rencontrer un médecin, ce qui facilite l'accès aux soins de santé puisque ces arrangements sont plus pratiques et moins coûteux. Plus de 90 % des séances consacrées à la prestation de soins à des patients ont eu pour effet que ni le patient ni sa famille n'a eu à se déplacer[32].

Détection de nouveaux cas. L'un des effets secondaires intéressant, dont il est question dans deux projets du PPICS, est que l'accès élargi aux services de dépistage ou d'examen pour un genre de problème de santé a abouti à la détection d'autres problèmes de santé qui ont, alors, pu être traités bien plus rapidement qu'en temps ordinaire. Par exemple, pour ce qui du projet de téléophtalmologie WestNet, on a constaté qu'un certain nombre de patients qui avaient subi les tests de dépistage de rétinopathie diabétique souffraient d'autres problèmes, comme le détachement potentiel de rétine, le glaucome et la dégénérescence maculaire[33].

[31] *Central-BC-Yukon Telehealth Project Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet de télésanté du centre de la C.-B. et du Yukon*)*, p. 31
[32] *MBTelehealth Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet de télésanté du Manitoba*)*, p. 31
[33] *WestNet Teleophthamology Project Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet de téléophtalmologie WestNet*)*, p. 6.

Accès à des services qui, auparavant, n'auraient été dispensés. Dans l'ensemble, les renseignements dont on dispose concernant les services cliniques laissent croire que le résultat dont il est question en l'occurrence est relativement rare, car les systèmes de soins de santé ont d'ordinaire des façons de s'assurer que les citoyens peuvent tôt ou tard avoir accès à la plupart des services. Les seules exceptions à cette règle étant les projets de sensibilisation accrue à des problèmes de santé particuliers, visant notamment à assurer un meilleur traitement et à mieux renseigner les patients souffrant de diabète (projets SLICK et COMPETE). Par exemple, pour ce qui est du projet SLICK, le dépistage des complications liées au diabète chez les résidants de collectivités éloignées des Premières nations a permis de cerner plusieurs complications rénales qui n'avaient pas encore été diagnostiquées[34]. Dans d'autres évaluations de projet, on indique que l'initiative en cause n'avait pas influé sur l'accessibilité aux services nouvellement offerts, mais qu'elle pouvait s'être traduite par une efficience accrue compte tenu du fait que les patients sont dirigés plus efficacement (voir ci-dessous).

« L'accès au réseau IIU favorise l'accès à la formation médicale continue pour les professionnels de la santé, qu'on peut le mieux décrire en disant qu'il s'agit d'un service qui n'aurait pas été offert autrement » Étude de cas, IIU Nunavut telehealth program, p. 13.

L'incidence la plus forte du PPICS sur l'accessibilité s'est traduite par l'accès élargi à la formation professionnelle continue pour les dispensateurs des collectivités éloignées ou rurales. Dans plusieurs évaluations, les réponses fournies par les professionnels de la santé démontrent que la majeure partie des possibilités de formation n'étaient pas offertes auparavant en raison de la pénurie de fonds prévus au titre des déplacements, de la pénurie de personnel de remplacement dans les petites cliniques et du manque de sensibilisation à la formation et de motivation à assister à de telles séances. Les répercussions de ce qui précède, qui sont exposées plus en détail à la section 3, démontrent que le PPICS est nettement avantageux. On a surtout amélioré l'accessibilité à la formation continue en couplant les professionnels à des programmes d'apprentissage à distance existants offerts par l'entremise d'importants hôpitaux ou centres universitaires (voir les exemples à gauche). Ces séances de formation ont été fort appréciées, non seulement par les médecins et les infirmières mais également par les autres professionnels de la santé, selon le milieu. Les informateurs clés interrogés ont également insisté sur la valeur de l'utilisation de la technologie à des fins éducatives, en faisant remarquer que les projets de télésanté remportent souvent plus de succès lorsque les TIC sont appliquées à des fins administratives ou éducatives plutôt qu'à des fins de prestation de services[35].

« Un autre aspect stimulant de la technologie est la possibilité qu'elle soit utilisée, non seulement par des médecins mais également par bien d'autres professionnels de la santé, et aussi pour des conférences de cas, pour la formation des personnes qui travaillent dans le domaine de la santé mentale et pour l'éducation des personnes souffrant de diabète dans les collectivités des Premières nations, les télévisites, l'appui aux infirmières

Accès à des services et à des renseignements plus complets.
Certains des projets de télésanté financés par le PPICS ont permis d'élargir l'accès aux services de santé, en ce sens que des équipes entières de praticiens pouvait être simultanément mobilisées pour soigner un patient malade. De la sorte, la communication entre les dispensateurs s'en trouvait améliorée tout comme la continuité et la cohérence des soins. L'exemple donné à gauche est tiré du projet NorthNet. Dans le même ordre d'idées, il était indiqué ce qui suit dans le compte rendu du projet de télésanté de la

[34] *SLICK Project Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet SLICK*),* p. 80
[35] *Key Informant Interviews Report (*compte rendu des entrevues auprès des informateurs clés*)*, p. 25.

C.-B. et du Yukon :« *La télésanté facilite le dialogue entre diverses personnes qui ne se trouvent pas dans la même région géographique et favorise l'établissement d'un réseau de soins et de soutien* »[36]. Des résultats semblables ont été déclarés dans l'évaluation des consultations pour des troubles de l'alimentation offertes dans le cadre du programme de télésanté de la C.-B.[37] . Selon l'une des évaluations qui mesurait quantitativement cet aspect, il n'y avait pas plus de chances, sur le plan statistique, que les patients affirment, à l'étape ultérieure à la mise en œuvre, qu'ils avaient été soignés par une « équipe » après que des soins leur aient été prodigués par des participants au projet SLICK, même si on constatait une tendance en ce sens[38].

Bien que les projets de DES ne visaient habituellement pas à élargir l'accès aux services, ils avaient souvent comme objectif d'accroître l'exhaustivité de l'information fournie aux professionnels de la santé afin qu'ils puissent prendre des décisions mieux éclairées. Par exemple, le système de prescription électronique du projet PMA avisait les médecins prescripteurs des interactions potentielles des médicaments déjà prescrits aux patients par d'autres professionnels de la santé. Dans 219 cas, soit 9,4 % de tous les avis examinés, des modifications ont été apportées aux prescriptions[39].

Quelquefois, les projets du PPICS visaient également à faciliter l'accès aux renseignements sur la santé pour les patients. Le volet dépistage du diabète du projet COMPETE indiquait aux patients quel était leur état eu égard aux 14 variables fixées pour la surveillance du diabète. Selon les premiers résultats d'un test aléatoire, il se pourrait qu'il ait favorisé le suivi par les médecins de famille, ce qui est important aux fins de prévention des complications[40]. En allant au devant des personnes visées grâce à sa caravane de dépistage mobile, le projet SLICK a transmis des renseignements sur les complications du diabète, si bien que nous connaissons beaucoup mieux les complications liées à cette maladie chez les malades faisant partie des Premières nations. Tout comme le projet COMPETE, il s'est également soldé par un plus grand nombre de visites chez le médecin, bien que cette conclusion ne soit pas statistiquement significative. Toutefois, les malades ayant pris part au projet SLICK se sont rendus, par la suite, bien moins souvent à l'urgence. [41]

L'évaluation de plusieurs projets de ce genre relevant du PPICS nous apprend que des problèmes sont quelquefois survenus, lorsqu'un médecin adoptait une attitude négative parce qu'il estimait que l'information communiquée n'était pas plus complète, globale ou exhaustive que celle transmise par les voies existantes. Par exemple, dans l'évaluation du SYNAPSE menée en 2002, le système ne donnait pas encore accès aux renseignements ayant trait aux malades et provenant de plusieurs sources importantes du point de vue clinique, ce qui explique qu'à certains endroits on conservait deux séries de dossiers des patients – électroniques et imprimés[42]. On a procédé de la même façon pour le projet *Bridges to Better Child Health*[43].

---

[36] *BC-Yukon Telehealth Project Final Report (*rapport final du projet de télésanté de la C.-B. et du Yukon*)*,p. 30.
[37]*BCTelehealth Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet de télésanté de la C.-B.), p. 105.
[38] *SLICK Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet SLICK*),* p. 76
[39] *MOXXI Final Evaluation Report (*rapport d'évaluation final du projet PMA*)*, p. 67.
[40] *COMPETE Evaluation Project Report*, décembre 2003, (rapport d'évaluation du projet COMPETE), p. 11.
[41] *SLICK Project Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet SLICK*),* p. 75.
[42] *Evaluation of a Mental Health Information System in Use* (*SYNPASE Evaluation Report*) (rapport d'évaluation du projet SYNPASE), p. 29. Veuillez noter que l'étude de cas révèle que la plupart des problèmes ont été réglés après l'évaluation.
[43] *Bridges to Better Child Health*, *Final Report*, (rapport final du projet *Bridges to Better Child Health*), p. 9.

3.2.2 Quelles ont été les répercussions des projets financés par le PPICS sur les modalités de renvois et l'efficacité de ces derniers?

> *« Outre que les patients qui participaient à ce projet ont pu consulter plus rapidement un chirurgien de la rétine ou un ophthalmologiste, ils ont été acheminés plus adéquatement vers d'autres services. En particulier, les patients qui n'avaient pas besoin de consulter un spécialiste n'ont pas eu à se déplacer et ceux qui devaient le faire ont été examinés rapidement. D'où l'utilisation plus efficiente des ressources. » Evaluation of the WestNet Tele-Ophthalmology Project, 2003, p. 69*

Incidence de la télésanté sur les renvois. Dans l'ensemble, les projets de télésanté du PPICS ne semblent pas avoir bouleversé les modalités de renvois. L'interprétation de cette question est délicate, car bon nombre de projets de télésanté ont cherché à préserver les modalités existantes de renvois, tout en améliorant la pertinence et la rapidité de ces derniers. Plusieurs exemples de genre d'impact ont été relevés, entre autres celui figurant à gauche dans l'encadré.

Dans un petit nombre de cas, des problèmes intersectoriels ont empêché qu'on s'en tienne aux modalités existantes de renvoi dans le cadre des volets du projet. Dans ces circonstances, l'acceptation et l'utilisation des services de santé fondés sur des applications validées de TIC ont été réduites, comparativement à l'usage qu'on en faisait dans d'autres site du même projet. Si l'on prend l'exemple du projet HIA, on a attribué à la pénurie de services de téléradiologie dans certaines collectivités la perturbation des modalités traditionnelles de renvoi et de déplacement de même que les relations de travail[44]. Ce qui laisse croire qu'il y a plus de chances que les modalités de renvois soient perturbées dans les cas où les modalités existantes visant à faciliter les choses pour les patients empiètent sur les limites administratives, p. ex.., dans des milieux avoisinant les frontières entre des secteurs de compétence sanitaire, des provinces ou des territoires, et dans ceux où les services fondés sur des applications validées de TIC ne sont pas offerts dans tous les secteurs de compétence. Pour ce qui est du projet de télésanté de la C.-B., la perturbation des modalités de renvois explique en partie qu'on ait décidé de ne pas donner suite au volet ER-Trauma à l'issue de la période d'essai initiale[45].

Incidence des DES sur le cheminement de l'information. Les projets de DES ont dû faire face à un problème identique, soit la conception de systèmes qui reproduisent les cheminements de l'information existants, afin que les utilisateurs aient le sentiment que l'information circule par les canaux appropriés et dans le bon ordre. Par exemple, à l'étape de l'élaboration du projet de prescription électronique PMA, on a pris soin de préserver la communication établie entre le médecin et la pharmacie, même si cela compliquait beaucoup la conception du système[46].

Opinions des informateurs clés. Les résultats de l'étude des entrevues réalisées auprès des informateurs clés sont d'ordinaire conformes à ces conclusions fondamentalement neutres. En règle générale, les répondants qui avaient pris part à des projets de télésanté voyait celle-ci comme une méthode complémentaire de prestation de soins de santé et n'avaient pas le sentiment qu'elle avait une grande influence sur les modalités de renvois. Toutefois, les répondants ayant participé à des projets de DES ont fréquemment souligné l'importance d'une meilleure communication entre les dispensateurs.[47]

---

[44] *HIA Final Evaluation report* (rapport d'évaluation final du projet HIA), p. 46
[45] *BCTelehealth Final Evaluation report*(rapport d'évaluation final du projet de télésantéde la C.-B,) p. 96.
[46] *MOXXI. Final Evaluation report (*rapport d'évaluation final du projet PMA*),* p. 29
[47] *Key Informant Interviews Report* (compte rendu des entrevues auprès des informateurs clés), p. 25

Sommaire : incidence sur l'accessibilité

L'influence du PPICS sur l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé s'est manifestée de deux manières importantes. Premièrement, ce programme a atténué les obstacles empêchant bon nombre de patients d'avoir accès à des soins, en améliorant la capacité de cerner et de gérer les problèmes de santé. Une conséquence qu'on ne prévoyait peut-être pas c'est que certains projets du PPICS ont facilité l'accès à des soins plus globaux ou mieux intégrés, ce qui, en bout de ligne, peut influer sur la gestion des cas, les transitions entre les systèmes de santé auparavant compartimentés et les résultats sur le plan sanitaire. Cependant, seul un petit sous-ensemble des services de santé fondés sur des applications validées de TIC qui ont été mis en œuvre grâce au PPICS ont débouché sur l'élargissement de l'accès à des services qui n'étaient pas offerts aux Canadiens auparavant. Cette constatation est importante car elle se rapporte à l'objectif fondamental du PPICS qui est de réduire les inégalités en matière d'accès aux services, en particulier pour les résidents des collectivités septentrionales, éloignées ou rurales. Le PPICS a eu une moins grande incidence que prévue sur l'accès à des services autrefois inaccessibles, ce qui peut donner à penser que le problème de l'accès inéquitable est moins grave que prévu. Néanmoins, le fait que les services sont plus accessibles peut contribuer à l'amélioration de la mise en application des services et des calendriers d'exécution.

Sous l'angle de l'élargissement de l'accès aux services, les résultats les plus impressionnants ont été obtenus par les projets qui utilisaient les technologies pour amener les services directement aux patients, plutôt que ceux qui s'en servaient pour faciliter l'accès à distance (p. ex., les projets SLICK, WestNet et COMPETE).

Le volet des DES du PPICS a favorisé l'accès à l'information sur la santé pour les dispensateurs en améliorant la qualité, le caractère exhaustif et la facilité d'utilisation de l'information transmise directement aux professionnels de la santé dans l'exercice de leur profession. Qui plus est, un petit nombre de projets ont permis aux patients de pouvoir consulter plus facilement les renseignements médicaux les concernant, leur permettant ainsi de mieux connaître et gérer leur propre état de santé.

3.3 Enjeu 3 : Incidence sur la qualité des soins

Comme le montre la recherche effectuée dans ce domaine, la qualité des soins peut être analysée sous bien des angles, entre autres l'accessibilité, la rapidité, l'exhaustivité et les répercussions sur les résultats du point de vue de la santé[48]. Celle-ci indique invariablement que les opinions des patients concernant la qualité des rapports interpersonnels avec les dispensateurs de services sont un déterminant clé de la qualité perçue des services, ce qui explique qu'il est important qu'on garantisse la prise en considération des opinions des patients eu égard aux services.[49] Dans la présente évaluation, l'accessibilité a été étudiée comme un élément à part, compte tenu du fait qu'elle est indissociable des objectifs du PPICS. La rapidité et l'exhaustivité sont abordées dans la section ci-dessous, mais les répercussions touchant les résultats sur la santé n'ont généralement pas pu être mesurés compte tenu de la courte durée du PPICS, des faibles taux d'utilisation à des fins cliniques dans bien des cas et de la conception peu adéquate de la plupart des évaluations de projet.

---

[48] Clemes MD; Ozanne LK; Laurensen WL *Patients' perceptions of service quality dimensions: an empirical examination of health care in New Zealand*. Health Mark Q 2001;19(1): 3-22

[49] Jun M; Peterson RT; Zsidisin GA *The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. Health Care Manage Rev*; automne 1998; 23(4):81-96.

3.3.1 Quelles répercussions les projets financés par le PPICS ont-ils eues sur la rapidité de prestation des services (temps d'attente et caractère opportun)?

> *« Les répondants au sondage ont fait savoir que la consultation de télémédecine leur avait permis de voir un spécialiste bien plus rapidement que s'ils avaient dû rencontrer ce dernier en personne. Quarante-neuf pour cent des répondants qui ont rempli le formulaire destiné aux patients ont obtenu leur rendez-vous en télémédecine dans les 3 semaines qui ont suivi le renvoi.» NorthNet Evaluation report, p. 3.*

Impact sur les temps d'attente. Les projets financés par le PPICS ont, dans bien des cas, permis d'accélérer grandement la rapidité des services en réduisant les temps d'attente. Cela a été particulièrement vrai pour ce qui est des projets de téléradiologie, dans le cadre desquels la période d'attente avant que la pellicule ne soit lue a été considérablement réduite, passant de un jour ou plus à un jour ou moins. Le résultat est identique en ce qui a trait aux applications dans le cadre desquelles des spécialistes se trouvant dans des lieux fort éloignés doivent interpréter des images diagnostiques ou de dépistage (p.ex., images rétiniennes). Par exemple, l'étude effectuée dans l'un des sites du projet NORad a montré que ce dernier avait permis de réduire le délai moyen prévu en moyenne pour le traitement et l'interprétation des images, qui était passé de 68 heures à 16 heures[50]. Pour ce qui est de l'initiative de télémédecine du centre de la C.-B. et du Yukon, la lecture des images ne prenait plus que 24 heures au lieu de sept jours[51].

> *« Lorsqu'on leur a demandé si l'accès élargi était bénéfique du point de vue clinique, les ophtalmologistes ont déclaré que, pour la majeure partie des patients, le temps d'attente pour une consultation avec un spécialiste, p. ex, des mois, n'avait vraisemblablement pas de conséquences négatives sur leur santé et leur vision » NWT Evaluation Final Report, p. 69.*

Dans plusieurs des projets de télésanté, les patients sondés ont déclaré qu'ils avaient pu voir des spécialistes bien plus rapidement qu'auparavant. L'exemple à gauche est tiré du projet NorthNet. Des résultats identiques ont été enregistrés pour le réseau de télésanté de l'est de l'Ontario, le programme de télésanté de la C.-B., ainsi que dans certains domaines de spécialisation dans le cadre du programme de télésanté du Manitoba. Les temps d'attente ont été considérablement réduits en ce qui touche à deux projets de télépsychiatrie. Dans le cas du projet Outreach, les temps d'attente ont été encore moins longs que prévus, la liste d'attente n'étant que d'une semaine[52]. Des résultats identiques ont été signalés dans le cadre de l'évaluation du projet de télésanté mentale de la C.-B. et du Yukon, celle-ci ayant relevé que ce projet avait eu une incidence additionnelle sur les services de télésanté : les consultations de télésanté étaient intercalées entre les consultations en personne, ce qui a permis d'améliorer la continuité des soins – ce facteur pouvant être un déterminant important des résultats obtenus sur le plan psychiatrique[53]

Incidence sur le caractère opportun. Le fait que les temps d'attente soient plus courts ne signifie pas forcément que les soins sont prodigués à un moment plus favorable en ce sens que, dans bien des cas, une plus longue attente n'entraîne aucune détérioration mesurable de l'état de santé. C'est ce qui se produit, par exemple, pour les personnes atteintes de rétinopathie diabétique car le dépistage

---

[50] *NORad Evaluation Report* (rapport d'évaluation du projet NORad), p.25.
[51] *Central BC-Yukon Telemedicine Initiative Evaluation Report (*rapport d'évaluation de l'initiative de télémédecine du centre de la C.-B. et du Yukon*),* p.10
[52] *Project Outreach Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet Outreach*),* p. 22.
[53] *Tele-mental Health Project Evaluation Report* (rapport d'évaluation du projet de télésanté mentale), p. 19

précoce de cette maladie ne permet pas d'enrayer la détérioration de la vue (voir l'exemple à gauche). Dans la plupart des projets, le caractère opportun des services n'a pas été étudié en rapport avec les résultats sur le plan sanitaire et demeure une question que la présente évaluation ne peut résoudre. La documentation existante ne se penche pas non plus sérieusement sur ce problème mais les indications dont nous disposons laissent croire que la rapidité accrue du diagnostic et du traitement de même que l'amélioration de la qualité des services sont au nombre des conséquences favorables de l'introduction des systèmes de télémédecine.[54]

A ce sujet, l'étude réalisée auprès des informateurs clés nous apprend que, dans certains projets, la capacité d'améliorer la rapidité et la prestation des services a été soulignée. Il n'en va toutefois pas de même pour bien des projets dont les responsables ont mentionné que ces avantages étaient moins importants que ceux récoltés dans d'autres domaines, comme l'accessibilité et le contrôle des coûts[55].

3.3.2 Quelle sont les répercussions des projets financés par le PPICS sur la qualité des diagnostics et du traitement?

La présente section étudie dans quelle mesure le PPICS a influé sur la qualité des diagnostics et du traitement, entre autres sur les processus ayant débouché sur la prise de décisions concernant le diagnostic et le traitement, du point de vue des patients, des familles et des dispensateurs.

Opinions des patients. Toutes les évaluations de projet qui ont mesuré cet élément sur le plan quantitatif ou qualitatif ont fait état de la très grande satisfaction des patients à l'égard de la qualité des services fondés sur des applications validées de TIC. Ces derniers étaient satisfaits de la qualité du son et de l'image de leurs séances de vidéoconférence et étaient tout aussi à l'aise durant celles-ci que lorsqu'ils se trouvaient dans le bureau du même médecin. Par exemple, dans l'évaluation du EOTN, 96 % des patients ont déclaré qu'en comparaison avec les visites à une clinique, la télésanté les satisfaisait, et 81 % d'entre eux ont affirmé qu'ils étaient à l'aise avec cette technologie[56]. La qualité des soins a également été soulignée par les patients, ce dont font mention les évaluations des projets suivants : SLICK, COMPETE, WestNet, réseau IIU, réseau de télésanté du Manitoba, télésanté de la C.-B., EOTN, applications de gestion des cas du HIA, NorthNet, téléoncologie et télésanté Yukon.

Opinions des dispensateurs. Les dispensateurs ont été fort satisfaits de la qualité des services de vidéoconférence mais moins satisfaits de celle des applications de DES. Par exemple, 95 % des médecins interrogés aux fins de l'évaluation du EOTN étaient d'avis que le programme de télésanté avait permis de mieux gérer la prise en charge des patients. Quatre-vingt-onze pour cent des infirmières estimaient être autant à l'aise pour seconder le médecin dans le contexte de séances de télésanté que dans celui de consultations en clinique. [57] Quoi qu'il en soit, certains types de consultations ont présenté quelques difficultés. Par exemple, selon les résultats de quelques-unes des évaluations, certains médecins étaient d'avis que les vidéoconférences ne leur permettaient pas

[54] Bracale M, Cesarelli M, Bifulco P. *Telemedicine services for two islands in the Bay of Naples. J Telemed Telecare.* 8(1):5-10, 2002.
[55] *Key Informants Interview report* (compte rendu des entrevues auprès des informateurs clés)., p. 26.
[56] *EOTN Evaluation Report* (rapport d'évaluation du projet EOTN), p. 35
[57] *EOTN Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet EOTN*)*, p. 39, p. 44.

toujours d'obtenir toute l'information voulue sur les patients et d'interagir correctement avec ces derniers[58].

Résultats du point de vue des patients. Dans le projet intitulé SLICK, l'aspect bénéfique de ce dernier a été établi du point de vue des connaissances et des résultats cliniques des patients. En particulier, les activités de dépistage du projet SLICK ont permis de circonscrire des complications chez un plus grand nombre de personnes que celles ayant déclaré qu'elles avaient eu un diagnostic antérieur, surtout dans le cas de problèmes rénaux (de 33 à 48 %, par opposition à 16 %), de taux de cholestérol élevés (64 %, par opposition à 36 %) et de problèmes podologiques (de 30 à 39 %, par opposition à 25 %). Dans l'intervalle séparant les test préliminaires et de rappel, les clients ont perdu beaucoup de poids et des améliorations ont été observées au chapitre de tous les autres problèmes, soit le contrôle métabolique, les facteurs de risque cardiovasculaire, les risques podologiques et la perte de protéines au niveau des reins chez les femmes. Le nombre de visites chez le médecin a augmenté ce qui laisse croire que les clients ont peut-être bénéficié d'un meilleur suivi et d'un meilleur traitement[59].

D'autres évaluations de projet semblent indiquer que les applications de TIC ont modifié de façon plus ou moins importante les pratiques, bien que l'incidence de ces modifications sur les résultats du point de vue des patients ne soit pas connue. Comme nous l'avons déjà indiqué, dans le cadre du projet de prescription électronique PMA, le signalement de problèmes s'est traduit par des modifications apportées à certaines prescriptions (et également par la détection de cas de fraude probable en matière de prescription). Dans l'application ER-Trauma du projet de télésanté de la C.-B., les décisions prises dans 18 % des interventions d'urgence différaient de celles qui, autrement, auraient été adoptées. Ce faible taux d'incidence est l'un des facteurs qui expliquent qu'on ait décidé d'abolir ce volet du projet.

D'autres projets ne visaient pas systématiquement à mesurer les résultats pour les patients sur le plan de la santé. Cependant, suivant les évaluations qualitatives de nombreux projets, la qualité des diagnostics et du traitement n'ont pas varié, si ce n'est que ces derniers ont été plus rapides et plus facilement accessibles. Dans les cas où les patients n'ont pas eu à se déplacer, le stress et l'effort moins grands ont grandement influé, selon les dires, sur la qualité globale des services.

Incidence sur la communication. Certaines des évaluations de projet ont permis d'étudier les conséquences d'un autre aspect de la qualité des soins, soit la communication entre les volets des systèmes de soins de santé. Par exemple, bien que le projet SLICK ait démontré que le dépistage facilitait la détection des complications du diabète, les soins de suivi n'ont pas forcément été prodigués plus rapidement ou été plus efficaces[60]. Cette constatation illustre la nécessité d'une continuité dans l'ensemble du secteur des soins, dont il est également question dans la section 3.6. Ce problème peut ne survenir que dans les cas où les patients, chez qui des complications avaient été dépistées grâce à des technologie fondées sur des applications validées de TIC mise à l'essai dans le cadre du projet en question, devaient alors être traités par d'autres services, ces cas étant peu fréquents parmi les projets du PPICS existants. Suivant d'autres indications, la télésanté a permis de

---

[58] *Yukon Telehealth Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet de télésanté du Yukon*)*, p. 20; *SWOT-N Evaluation Report* (rapport d'évaluation du projet SWOT-N), p. 13.

[59] *SLICK Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet SLICK*)*, p. 12

[60] *SLICK Evaluation Report* (rapport d'évaluation du projet SLICK), p. 76; *Qualitative Evaluation Report (*rapport d'évaluation qualitative*)*, p. 9.

garder le contact avec l'équipe soignante d'origine : ainsi, des patients interrogés au sujet du projet de télésanté de la C.-B. ont affirmé qu'ils étaient très heureux de pouvoir rester en communication avec l'équipe soignante à l'issue de la première série de traitements[61]. L'évaluation du projet de télésanté du Manitoba fait également état de la très forte satisfaction des patients à l'égard des soins de suivi qu'ils ont reçu après une intervention chirurgicale ou un traitement[62].

Problèmes techniques et qualité des services. Des problèmes techniques susceptibles d'avoir nui à la qualité du diagnostic ou des traitements ont été signalés par un petit nombre seulement de projets du PPICS. La plupart de ces problèmes ont été résolus par l'adoption de procédures d'assurance de la qualité. Par exemple, pour ce qui est du projet SLICK, après que des problèmes eurent été relevés, aux étapes initiales, relativement à la fiabilité et à la validité des tests, la validité des test cliniques a par la suite été assurée grâce au contrat passé avec un laboratoire de référence à des fins d'assurance de la qualité[63]. Dans l'un des projets, l'insatisfaction des médecins relativement à la qualité des résultats découlant de la procédure (examen de la vue par vidéo) était telle que ce volet a été aboli[64]. Par contre, selon les déclarations, les projets de téléradiologie ont généralement produit des images d'une meilleure qualité technique que les systèmes antérieurs[65].

Problèmes qualitatifs des projets de DES. La qualité des données a souvent présenté un problème dans les premières versions des projets de DES. Ces problèmes étaient généralement liés à l'exhaustivité des données, non pas à l'exactitude ou à la validité de celles-ci. Par exemple, en ce qui a trait au projet *Bridges to Better Child Health*, les médecins interrogés ont souvent déclaré que le système de DES n'avait pas permis d'améliorer le caractère exhaustif des données. Pour ce qui est du volet des DES du projet de santé mentale ICMHIS, on constate, en lisant l'évaluation de ce dernier, que même si les catégories d'information initiales représentaient suffisamment bien les milieux dans lesquels le système a été mis en place à l'origine, il n'en reste pas moins que certaines situations qui pouvaient se produire sur le plan clinique ont été laissées de côté[66]. Dans ce cas, comme dans bien d'autres, on a jugé que ces problèmes seraient relativement faciles à résoudre – soit en raffinant encore plus le système suivant son utilisation sur le terrain, soit en intégrant d'autres sources de données dans l'architecture du projet. Les problèmes de qualité des données ont toutefois eu des répercussions négatives sur les utilisateurs : « *Pour l'instant, ce ne sont pas tous les intervenants qui estiment que les résultats du projet justifient le temps, l'argent et l'effort qui y ont été consacrés. Ce point de vue peut restreindre l'acceptation ultérieure du système et, par conséquent, corroborer en bout de ligne la perception que ce dernier n'est pas rentable* » [67]. A également été soulignée la nécessité que de tels systèmes soient élaborés d'une manière évolutive et que des modifications y soient continuellement apportées.

Opinions des informateurs clés. Dans l'ensemble, les constatations découlant des entrevues avec les principaux intervenants étaient elles aussi variées. On a jugé que certains projets n'avaient eu

---

[61] *BCTelehealth Evaluation Report* (rapport d'évaluation du projet de télésanté de la C.-B.), p. 105
[62] *MBTelehealth Evaluation* (évaluation du projet de télésanté du Manitoba), p. 28
[63] *SLICK Project Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet SLICK*)*, p. 87
[64] *WestNet Teleophthamology Project Report (*rapport du projet de téléophtalmologie WestNet*)*, p. 68.
[65] *NORad Evaluation Report(*rapport d'évaluation du projet NORad*),* p. 2; *HIA Evaluation Report* (rapport d'évaluation du projet HIA), p. 39; *Central-BC Yukon Telemedicine Project Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet de télémédecine du centre de la C.-B. et du Yukon*),* p. 13
[66] *ICMHIS Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet ICMHIS*)*, p. 24
[67] *ICMHIS Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet ICMHIS*)*, p. 7.

aucune incidence sur la qualité des diagnostics et du traitement et que certains autres avaient permis de les améliorer sensiblement.[68]

En règle générale, les conséquences sur la qualité des soins relevées dans ces évaluations concordent avec celles mentionnées dans la documentation, en dépit du très petit nombre d'études d'assez bonne qualité. Malgré l'utilisation répandue de la télémédecine dans la plupart des principaux domaines de spécialisation médicale, ce n'est que dans bien peu d'entre eux qu'existent de fortes indications que les décisions en matière de diagnostic et de gestion sont comparables à celles prises dans le cadre de soins prodiguées en personne[69]. Peu d'indications d'avantages systématiques sur le plan cliniques ont été relevées[70], en dépit de nombreux rapports favorables concernant des secteurs de résultats particuliers. Ce qui précède semble indiquer que, compte tenu du fait que la conception des évaluations du PPICS n'a pas été supervisée, la prudence est de mise à l'étape de l'interprétation de leurs conclusions quant aux avantages touchant la qualité des soins.

3.3.3 Quelle ont été les conséquences des projets financés par le PPICS sur le perfectionnement des compétences et le recrutement et le maintien en emploi des dispensateurs de soins de santé?

Le PPICS a touché bon nombre de catégories différentes de dispensateurs de soins de santé travaillant dans bien des milieux. Cette question d'évaluation visait deux des conséquences éventuelles les plus importantes : sur les compétences et les capacités des dispensateurs, tant du point de vue des TIC que de celui de leur sphère d'activité plus générale, et les conséquences éventuelles sur le recrutement et le maintien en emploi des dispensateurs dans des régions éloignées ou rurales. Bon nombre d'évaluations de projets portaient également sur la satisfaction au travail des dispensateurs et leur satisfaction à l'égard des applications de TIC en tant qu'indicateur de la probabilté qu'ils demeurent en emploi.

Incidence sur les compétences et les capacités des dispensateurs. La participation aux projets du PPICS s'est traduit par un perfectionnement des compétences dans bien des domaines. Premièrement, eu égard à plusieurs projets, la connaissance de la TIC a contribué à parfaire les compétences informatiques de membres du personnel travaillant dans des régions peu peuplées ou éloignées qui, dans bien des cas, n'avaient que peu d'expérience ou de compétences en informatique avant de prendre part au programme. Deuxièmement, compte tenu de la nature des projets, des méthodes ont dû être mieux structurées et l'information mieux gérée. On peut presque qualifier d'effet secondaire le perfectionnement des compétences du personnel dans des domaines comme la consignation structurée des données (COMPETE[71]), l'évaluation des comportements (ICMHIS[72]) et la consignation normalisée des données découlant du dépistage (Téléoncologie[73]). En raison de la nature complexe des projets, on a également observé le perfectionnement des compétences relatives

---

[68] *Key Informant Interview Report (*compte rendu des entrevues auprès des informateurs clés*)*, p.

[69] Hersh, WR, Hefland, M, Wallace J et coll. *A systematic review of the efficacy of telemedicine for making diagnostic and management decisions. Journal of Telemedicine and Telecare* 8(4) :197-209. 2002

[70] Currell R, Wainwright P, Lewis R. *Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and healthcare outcomes.* (*Cochrane Review*). Voir : *Cochrane Library*, Issue 1, 2004 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

[71] *COMPETE Final Project Report* (rapport final du projet COMPETE), p. 13

[72] *ICMHIS Evaluation Report* (rapport d'évaluation du projet ICMHIS), p. 19.

[73] Projet Télé-oncologie, Rapport Final, p.9.

« La plupart des coordonnateurs ont « écopé » de nouvelles tâches qui, d'ordinaire, s'ajoutaient à leurs autres responsabilités au sein de l'organisme .....Il est évident qu'on a généralement sous-estimé l'ampleur de la charge de travail associée à la télésanté de bon nombre de coordonnateurs et qu'on a accordé peu d'importance, initialement, au besoin de gérér les changements locaux. Un certain nombre de coordonnateurs locaux n'ont pas eu l'attention et l'appui des autorités sanitaires, d'où le taux élevé d « épuisement professionnel » et de roulement du personnel affecté à ces tâches. En fait, 9 partenaires du projet de télésanté de la C.-B. sur 14 ont dû remplacer au moins une fois leur coordonnateur au cours des cinq premiers mois de la mise en oeuvre .»(Final Evaluation Report BCTelehelth, mai 2003, p. 121)

à la gestion de projet, à la gestion financière, à l'analyse des données complexes, à l'entretien et à la sécurité des systèmes Web[74].

Déqualification. L'une des préoccupations quelquefois suscitée par la prestation de services fondés sur des applications validées de TIC est la possibilité de la dévaluation ou déqualification du personnel des régions éloignées, là où l'adoption de la nouvelle technologie permet d'établir un contact plus direct entre les patients et les spécialistes de plus haut niveau. Les constatations de ce genre n'ont été exprimées que dans le cadre d'un seul des projets financés par le PPICS, soit par les techniciens en examen de la vue du projet de téléophtalmologie WestNet, dont le rôle général quant aux soins des patients n'a pas été pleinement pris en considération dans la conception des processus de dépistage et de prestation de soins aux patients[75]. D'autre part, l'un des projets a directement facilité l'expansion des rôles traditionnels de certains travailleurs de la santé : les infirmières du projet de téléoncologie, qui ont joué un rôle bien plus important dans le processus de dépistage.[76]

Dans la documentation de recherche, certaines études laissent entendre que la télémédecine permet d'accroître les capacités et l'autonomie professionnelle des dispensateurs de soins des régions éloignées ou rurales.[77]

Nouveaux rôles et postes. En outre, il se peut que les TIC aient une incidence sur les ressources humaines du point de vue du genre de postes créés à l'appui de la mise en œuvre et de la prestation et de la nature de ces derniers. Les rapports de projet exposent en détail les répercussions du PPICS sur le plan de la création de nouveaux postes, en tant qu'indicateur d'une nouvelle infrastructure permanente à l'appui du développement des TIC dans le cadre des systèmes de soins de santé. Pour la plupart des projets de télésanté, des postes à temps partiel ont été créés (depuis des postes d'une journée par semaine jusqu'à ceux à temps partiel) dans chacun des sites du projet de télésanté.

Les postes de coordonnateur de site créés grâce au financement du PPICS ont été, dans bien des cas, très exigeants et pouvaient difficilement être occupés à temps partiel, d'où le roulement élevé chez les coordonnateurs de nombeux projets qui a contribué à ralentir la mise en œuvre et l'acceptation de ces derniers. L'exemple figurant à gauche, tiré du projet de télésanté de la C.-B., est représentatif. Dans l'évaluation de ce projet, la forte hausse de l'activité clinique enregistrée pour ce système a été directement liée à la présence de coordonnateurs dévoués, travaillant à temps plein plutôt qu'à temps partiel. Bon nombre de projets ont en fait reconnu le caractère crucial de la coordination efficace de la télésanté à l'échelon local. Plus généralement, des leçons ont été tirées de l'étude des profils des

[74] *COMPETE Final Project Report*, (rapport final du projet COMPETE), p. 13
[75] *WestNet Teleophthalmology Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet de téléophtalmologie WestNet*)*, p.
[76] Projet Télé-oncologie, Rapport d'Évaluation, p. 23
[77] Lamonte MP, Bahouth MN, Hu P, et coll. *Telemedicine for acute stroke: triumphs and pitfalls.* Stroke. 34(3):725-8, 2003 Mar.; Bracale M, Cesarelli M, Bifulco P. *Telemedicine services for two islands in the Bay of Naples. J Telemed Telecare*. 8(1):5-10, 2002.

compétences des coordonnateurs efficaces. Deux projets de télésanté ont fait valoir que les coordonnateurs devaient posséder des compétences, tant administratives que cliniques[78].

Dans le projet de télésanté mentale, 94 % des 681 répondants à un questionnaire portant sur la satisfaction ont déclaré qu'ils étaient à l'aise avec ce genre de présentation, et 87 % ont affirmé qu'ils la recommanderaient à d'autres membres de leurs collectivités (Telemental health project Evaluation report, p. 20). Dans l'évaluation du réseau IIU du Nunavut, 95 % des participants aux séances de formation continue étaient très satisfaits ou assez satisfaits de cette chance d'acquérir des connaissances (IIU Nunavut telehealth Evaluation report, p. 43). L'évaluation du SWOT-N a révélé que 80 % des professionnels étaient satisfaits des séances de formation données par vidéoconférence, et 99 % prendraient part à d'autres séances. SWOT-N Evaluation Report, p. 12

Répercussions de la formation professionnelle continue. Bon nombre des répercussions des projets de télésanté financés par le PPICS sur les dispensateurs de services de santé ont été associées aux programmes de formation professionnelle continue offerts au moyen de systèmes interactifs de vidéoconférence. Plusieurs types de répercussions ont été systématiquement signalées dans ces projets. Les programmes de formation continue fondés sur des applications validées de TIC ont considérablement accru les chances de perfectionnement professionnel. Dans les évaluations qui mesuraient ce facteur, on a établi que les dispensateurs de services n'auraient pas eu accès à une bonne partie des activités de formation. Par exemple, dans l'évaluation du projet de télésanté du Manitoba, on indique que 45 % des répondants qui ont pris part à des séances de formation continue ont déclaré qu'ils n'avaient jamais suivi de formation par vidéoconférence et 57 % d'entre eux ont précisé qu'ils n'auraient jamais pu obtenir l'information par d'autres moyens. [79]

Satisfaction des participants. Les participants aux séances de formation continue ont été généralement très satisfaits de celles-ci (voir exemples à gauche). Toutefois, aucune des évaluations n'a porté sur l'incidence de la formation sur l'apprentissage ou les compétences.

Dans l'ensemble, ces constatations concordent avec celles de la documentation sur la recherche. Les médecins traitants sont fort satisfaits des avantages éducatifs du téléapprentissage [80]. La formation des professionnels par le moyen de vidéoconférences permet d'accroître les connaissances des praticiens[81] et, dans certains cas, des avantages éducatifs ont été associés aux améliorations perçues de la qualité des soins.[82]

---

[78] *MBTelehealth Evaluation Report (*rapport d'évaluation du projet de télésanté du Manitoba*),* p. 46 ; *BCTelehealth Evaluation report, Supplement D (*rapport d'évaluation du projet de télésanté de la C.-B. – supplément D*),*

[79] *MBTelehealth Final Evaluation Report* (rapport d'évaluation final du projet de télésanté du Manitoba), p. 42.

[80] Davis P, Howard R, Brockway P. *Telehealth consultations in rheumatology: cost-effectiveness and user satisfaction. J Telemed Telecare.* 7 Suppl 1:10-1, 2001.; Gilmour E, Campbell SM, Loane MA et coll. *Comparison of teleconsultations and face-to-face consultations: preliminary results of a United Kingdom multicentre teledermatology study*. Br J Dermatol. 139(1):81-7, 1998 juillet.

[81] Schopp LH, Johnstone BR Merville OC. *Multidimensional telecare strategies for rural residents with brain injury. J Telemed Telecare.* 6 Suppl 1:S146-9, 2000.

[82] Ricci MA, Caputo M, Amour J et coll. *Telemedicine reduces discrepancies in rural trauma care. Telemed J E Health.* 9(1):3-11, printemps 2003.

Genre de participants. La grande diversité des professionnels et des membres de la collectivité qui ont participé aux séances, même si celles-ci ne faisaient pas partie d'un programme de formation agréé en ce qui les concerne, est l'une des constatations communes à plusieurs des projets de télésanté eu égard à la formation professionnelle continue. L'exemple de gauche est tiré de l'évaluation du projet de télésanté de la C.-B. Des résultats semblables ont été relevés dans plusieurs autres programmes, entre autres le projet de télésanté de la C.-B., le réseau NorthNet, les projets SWOT-N et EOTN. Pour ce qui est du réseau IIU du Nunavut, ont pris part aux séances de formation les personnes suivantes (énumérées par ordre de fréquence de participation) : infirmières, infirmières praticiennes et élèves-infirmières; médecins ou étudiants en médecine; travailleurs sociaux; nutritionnistes, représentants en santé communautaire; physiothérapeutes et thérapeutes occupationnels; pharmaciens et sages-femmes[83].

« La popularité et l'acceptation immédiates des séances de formation par télésanté ont été en grande partie inattendues. Les séances de formation ont été populaires auprès des familles, des membres des collectivités, des enseignants et du personnel d'urgence et les ont préparés à mieux prendre soins de leurs clients locaux. Les applications pédagogiques n'ont donc pas été de simples compléments aux séances cliniques mais ont constitué un service clinique essentiel » BCTelehealth Final

Incidence sur l'établissement de liens et l'isolement. La formation professionnelle continue fournie par le réseau de télésanté a également eu pour effet, dans le cadre de plusieurs projets, de resserrer les liens entre les praticiens santé, ce qui a atténué leur isolement sur le plan professionnel. À preuve la citation suivante : « *Les travailleurs de première ligne des collectivités ont affirmé qu'ils se sentaient moins isolés et mieux appuyés dans leur travail »*[84]. Dans l'évaluation du projet de télésanté du Manitoba, on a souligné l'incidence qualitative de la formation continue sur le resserrement des liens avec les spécialistes et avec des professionnels de la santé d'autres régions, qui, certains cas, a peut-être permis aux intervenants locaux de perfectionner leurs compétences et de sentir moins isolés et mieux soutenus, ce qui a pu se traduire globalement par l'amélioration de la qualité des soins aux patients[85].

« Le téléapprentissage a favorisé l'établissement de liensconstructifs entre les praticiens des regions éloignées et les enseignants. Cela s'est traduit par l'amélioration de la capacité et de l'ampleur des pratiques locales en matière de soins de santé ». Yukon Telehealth Evaluation Report, p.19.

Dans plusieurs rapports, on signale également l'avantage secondaire des contacts établis dans le cadre des programmes de formation continue, qui font que les spécialistes des régions urbaines ont pu mieux connaître les situations et les capacités des praticiens des régions éloignées et, par conséquent, ont été mieux préparés à collaborer: « *Plusieurs psychiatres ont signalé que l'adoption de la vidéo leur avaient permis de nouer, dans le cadres des consultations, des rapports plus utiles avec les dispensateurs de services locaux »*[86]. Du surcroît, les professionnels travaillant dans des régions étaient en voie de mieux s'intégrer aux systèmes plus importants (p. ex., les praticiens des régions éloignées associés aux projets SWOT-N et de télésanté du Manitoba ont pu prendre part aux séances tenues dans des centres urbains). Qui plus est, dans plusieurs projets, on a signalé que les professionnels travaillaient de plus en plus en réseau (voir l'exemple à gauche).

[83] *IIU Nunavut Telehealth Program Evaluation Report*, (rapport d'évaluation du programme de télésanté du réseau IIU du Nunavut), p. 42
[84] *NorthNet Project Evaluation Report*, (rapport d'évaluation du projet NorthNet), p. 72.
[85] *MBTelehealth Final Evaluation Report* (rapport d'évaluation final du projet de télésanté du Manitoba*)*, p. 72.
[86] *Telemental Health Project Evaluation Report* (rapport d'évaluation du projet de télésanté mentale), p. 18.

Formation informelle. A la lecture des rapports d'évaluation on constate également que même si on a beaucoup insisté sur la formation professionnelle continue formelle et structurée, les applications du PPICS ont aussi favorisé l'apprentissage informel chez les praticiens, quelquefois d'une manière surprenante. Par exemple, dans le cadre de l'initiative de télémédecine du centre de la C.-B. et du Yukon, les professionnels des régions éloignées et ceux des régions centrales ont pu, en étant reliés par des téléphones à haut-parleur, tenir des rencontres pour discuter de questions relatives à certaines images numériques bien précises, tout en examinant simultanément celles-ci[87].

Incidence sur la satisfaction, le maintien en emploi et le recrutement. Les pénuries de professionnels de la santé de même que la répartition inéquitable de ces derniers entre les régions urbaines et rurales a été l'un des principaux arguments invoqués pour justifier le PPICS. On espérait que la mise en application élargie des applications de TIC pourrait rendre plus équitable l'accès aux services de plus haut niveau. En outre, on prévoyait que le perfectionnement professionnel soutenu assurerait la satisfaction et le maintien en emploi des praticiens occupant des postes pour lesquels le taux de roulement est élevé; de même que le recrutement de professionnels qui iraient travailler dans ces régions. A cet égard, les résultats des projets du PPICS ne sont pas clairs. Dans toutes les évaluations où l'on a tenu compte de cet élément, on signale que les dispensateurs étaient très satisfaits de la formation continue et, comme on l'indique ci-dessus, que cela a contribué à augmenter sensiblement le niveau d'accès. Cependant, les dispensateurs et les gestionnaires des systèmes de soins de santé consultés à l'étape des évaluations de projet ont, en général, été plus prudents quant à la possibilité que les services fondés sur des applications validées de TIC influent directement sur le maintien en emploi ou le recrutement, bien que bon nombre d'entre eux aient affirmé qu'ils pourraient être un facteur contributif. En ce qui touche à plusieurs projets, en particulier ceux du domaine de l'imagerie, on a fait remarquer que ce genre de technologie est rapidement en voie de devenir la norme admise partout dans le monde, et que la majeure partie des nouveaux dispensateurs s'attendraient à travailler à des endroits où ils pourraient l'utiliser. Le fait de ne pas pouvoir offrir aux éventuels employés la possibilité de travailler avec cette technologie nuirait gravement au recrutement, en particulier chez les jeunes praticiens. Quoi qu'il en soit, selon les renseignements fournis par plusieurs projets, l'accès aux services fondés sur des applications validées de TIC est l'une des raisons pour lesquelles des centres de santé participants ont pu engager de nouveaux dispensateurs[88].

Sommaire : incidence sur la qualité des soins

Les patients interrogés se sont déclarés extrêmement satisfaits de la qualité des services fondés sur des applications validées de TIC. Les renseignements qualitatifs donnent à penser que la qualité des diagnostics et du traitement n'a pas variée, si ce n'est qu'ils sont plus rapides ou plus facilement accessibles. Dans les cas où les patients n'ont pas été obligés de se déplacer, le stress et l'effort moins grands ont exercé une forte influence sur la satisfaction à l'égard de la qualité des services.

Les dispensateurs de services de santé étaient assez satisfaits de la qualité de ces derniers pour ce qui est des vidéoconférences. Grâce aux TIC, la formation professionnelle continue (téléapprentissage) a permis de perfectionner les compétences des dispensateurs de services dans bien des domaines. Les

[87] *Central BC-Yukon Telemedicine Initiative Evaluation Report* (rapport d'évaluation de l'initiative de télémédecine du centre de la C.-B. et du Yukon), p. 13.
[88] Par exemple : *HIA Evaluation Report* (rapport d'évaluation du projet HIA), p. 34

participants aux séances de formation continue ont été très satisfaits de celles-ci et le téléapprentissage a permis de resserrer les liens entre les professionnels travaillant dans des endroits différents.

L'incidence sur le PPICS du recrutement et du maintien en emploi des professionnels de la santé dans des régions éloignées n'a pu être prouvée hors de tout doute. Les professionnels sont satisfaits du plus grand nombre de chances de perfectionnement mais celui-ci n'a pas eu d'influence directe sur le recrutement et le maintien en emploi .

3.4 Enjeu 4 : Répercussions sur l'efficience et la viabilité à long terme du système de santé (renouvellement du système de santé)

Dans l'ensemble, la présente évaluation ne peut fournir que peu d'information utile sur l'efficience, la rentabilité et les contributions à la viabilité du système de santé. Cela est dû au fait que les données d'évaluation à l'échelon du projet concernant ces questions sont généralement très limitées et basées sur de nombreuses hypothèses non vérifiées ou non précisées. Sur les 23 projets qui ont fait l'objet d'un examen systématique, seuls 15 ont directement traité les questions de coût. La plupart de ces études ont été jugées de niveau IV ou V sur l'échelle de qualité de Cochrane, ce qui signifie qu'ils n'utilisaient pas de comparaisons ou de contrôles pertinents[89].

3.4.1 Quelle a été l'incidence des projets du PPICS sur l'efficience des dispensateurs de soins de santé et sur les services qu'ils fournissent?

L'efficience n'a pas fait l'objet d'une étude systématique dans le cadre de la plupart des évaluations de projet, sauf l'exception citée précédemment des projets de téléradiologie qui ont donné lieu à la mesure des réductions des délais de traitement requis pour obtenir la lecture des films en comparaison des délais préalables au PPICS[90]. Certaines données qualitatives semblent indiquer que les services axés sur les TIC génèrent une amélioration de l'efficience des dispensateurs, alors que d'autres semblent indiquer des répercussions négatives sur l'efficience. Dans le premier groupe figuraient divers projets dont les porte-parole ont signalé que les technologies avaient réduit le nombre des interventions requises de la part des dispensateurs. Par exemple, les porte-parole des projets de télémédecine du centre de la C.-B.-Yukon ont signalé que les médecins demandaient moins de radiographies, étant donné qu'ils se fiaient de plus en plus aux rapports produits par les radiologues[91]. Les auteurs d'évaluations du projet COMPETE ont signalé une réduction du nombre d'appels téléphoniques inutiles en raison de l'application des TIC[92].

L'une des autres sources importantes de corroboration de l'hypothèse selon laquelle les applications des TIC amélioreraient l'efficience -- mais une fois de plus, cela n'a pas été quantifié systématiquement – découle des rapports selon lesquels les projets de télésanté ont réduit la nécessité pour les praticiens (essentiellement des médecins, mais également certains types de thérapeutes) de voyager, d'où une augmentation du temps disponible pour les soins aux patients[93].

---

[89] http://www.cochrane.org/consumers/sysrev.htm#levelsofevidence
[90] NORad Evaluation Report (Rapport d'évaluation du NORad), p.25; Central BC-Yukon Telemedicine Initiative Rapport d'évaluation (Rapport d'évaluation de l'Initiative de télémédecine du centre de la C.-B. et du Yukon), p.10
[91] Central BC-Yukon Telemedicine Initiative (Initiative de télémédecine du centre de la C.-B. et du Yukon), p. 19.
[92] COMPETE Evaluation Report (Rapport d'évaluation de COMPETE), p. 18.
[93] Outreach Evaluation Report (Rapport d'évaluation du projet Outreach), p. 25

Enfin, les équipes des projets qui se sont traduits par des recommandations plus judicieuses – en particulier, une meilleure sélection des patients qui devaient se déplacer pour se rendre à des consultations de spécialistes – ont également souligné cette hausse globale de l'efficience des services dispensés[94].

D'autre part, les responsables de certains projets ont déclaré que les consultations de patients axées sur les TIC étaient aussi, voire, plus longues[95]. Plusieurs des auteurs d'évaluations du projet de DES avaient des opinions partagées ou négatives sur les répercussions des applications sur l'efficience de la consignation et de l'extraction de l'information[96].

3.4.2 Quel est le degré d'utilisation des équipements mis en place dans le cadre des projets financés par le PPICS?

Problèmes de mesure. Il est très difficile d'évaluer le degré optimal d'utilisation à l'échelle de l'ensemble des projets financés par le PPICS, étant donné qu'aucune mesure uniformisée n'a été utilisée pour les besoins des rapports. Les responsables de certaines évaluations ont déclaré le nombre de sessions, alors que d'autres ont déclaré le nombre de minutes d'utilisation du système. Certains ont déclaré des sessions uniques, c'est-à-dire, le comptage de chaque groupe de sites connectés une seule fois, alors que d'autres ont compté tous les sites participants (comptage en double ou multiple du nombre réel de sessions uniques); et que d'autres n'ont pas semblé faire de distinction du tout. Enfin, les responsables de certaines évaluations ont déclaré l'évolution trimestrielle ou mensuelle des niveaux d'utilisation au cours de la durée du projet, alors que d'autres se contentaient de déclarer le total ou les niveaux du mois précédent. Cette question est cruciale, car les équipes de projet ont généralement déclaré une courbe d'adhésion relativement lente, avec des degrés d'utilisation faibles au cours des premiers mois et une hausse au fil du temps, souvent favorisée par des efforts redoublés pour inciter les praticiens à utiliser les systèmes. Toutefois, les échéances serrées de nombreux projets et la nécessité de produire des rapports d'évaluation avant la fin de la période de financement signifient que pour de nombreux projets, il est vraisemblable qu'on n'ait pas encore dressé un portrait exact du seuil optimal d'utilisation.

Utilisation clinique et éducative. Les résultats les plus comparables des niveaux d'utilisation peuvent être obtenus à partir d'un sous-groupe de projets de télésanté similaires, en examinant la proportion d'utilisation clinique et éducative totale, en proportion de l'utilisation totale (toutefois, ces facteurs doivent être définis et dénombrés). Les résultats sont présentés au tableau 4, mais ils doivent être interprétés avec prudence, étant donné que 1) il n'y a aucune façon de s'assurer que les définitions de l'utilisation « clinique » et « éducative » sont comparables entre toutes les études 2) différentes phases des périodes de mise en œuvre pourraient être mesurées et 3) les évaluations ont donné lieu à la collecte de données sur l'utilisation au moyen de méthodes différentes, ce qui pourrait justifier une partie des différences observées[97].

---

[94] WestNet Tele-ophthalmology Project (Projet de téléophthalmologie WestNet), p. 75

[95] EOTN Evaluation Report (Rapport d'évaluation du RTEO), p. 40; MBTelehealth Rapport d'évaluation (Rapport d'évaluation de MBTelehealth), p. 44.

[96] HIA Evaluation Report (Rapport d'évaluation de HIA), p.; NORad Rapport d'évaluation (Rapport d'évaluation de NORad), p.; SYNAPSE Evaluation Report (Rapport d'évaluation de SYNAPSE).

[97] Dans le cadre de deux projets de télésanté, RTEO et RTSOO, on n'a pas effectué la saisie systématique des niveaux d'utilisation et on a utilisé les taux de retour des questionnaires d'évaluation des sessions, à titre d'estimations des niveaux d'utilisation. Du fait de l'incertitude d'interprétation de ces niveaux, les résultats n'ont pas été inclus.

Tableau 4 : Proportion des utilisations cliniques et éducatives, projets de télésanté sélectionnés

Projet	Proportion de l'utilisation pour les besoins cliniques/soins aux patients	Proportion de l'utilisation pour l'éducation permanente
BCTelehealth *(Evaluation report, appendice F)*	18 %	50 %
Projet de télésanté mentale *(Evaluation report, p.10)*	35 %	40 %
MBTelehealth *(Case Study report, p. 3)*	55 %	18 %
Réseau de télésanté de Nunavut IIU *(Evaluation report, p.19)*	14 %	39 %
Réseau North *(Evaluation report, p.4)*	88 %	7 %

Utilisation clinique inférieure aux prévisions. Les écarts importants entre les niveaux selon les projets reflètent vraisemblablement à la fois le degré de maturité de leur mise en œuvre et les stratégies utilisées pour ce faire. Toutefois, il convient de souligner que pour un grand nombre de ces projets, les niveaux d'utilisation clinique prévus étaient vraisemblablement plus élevés, ce qui indique probablement une vision irréaliste de la télésanté, en tant que panacée pour accroître l'accès aux services cliniques dans les collectivités éloignées. Cette opinion a été confirmée par les résultats des entrevues auprès des informateurs clés ayant une vision pancanadienne, qui avaient tendance à insister sur les aspects cliniques de la télésanté lorsqu'on évaluait les répercussions possibles. Les répondants considéraient la télésanté comme une stratégie clé pour améliorer l'accès aux services de santé pour tous les Canadiens, en régions urbaines ou rurales, de sorte que tous les Canadiens reçoivent un service équitable. De façon surprenante, leurs points de vue mettaient l'accent sur une hausse de la disponibilité des services en régions rurales ou éloignées, alors que certains services de santé étaient rares ou inexistants[98]. Aussi, le volet entrevues auprès des informateurs clés de l'évaluation a permis de conclure que la prestation de services cliniques par l'intermédiaire de la télésanté n'avait pas été assurée intégralement, mais qu'elle avait pavé la voie à de futures améliorations.[99]

3.4.3 Quelle a été l'incidence globale des initiatives financées par le PPICS sur les coûts, la rentabilité et la viabilité du système de santé?

Difficultés de l'évaluation économique. Deux thèmes reviennent systématiquement en rapport avec l'évaluation des coûts associés aux projets appuyés par le PPICS : le délai d'évaluation était trop court pour effectuer une analyse exhaustive de la rentabilité, et dans ces circonstances, il est plus indiqué d'effectuer une analyse des coûts qu'une étude d'efficience. Diverses études incluent des comparaisons des coûts basées sur des hypothèses de comportements alternatifs en l'absence de financement du PPICS. Les auteurs d'une évaluation (projet Outreach) ont effectué un essai randomisé, mais ils n'en fournissent pas une description suffisante pour permettre l'évaluation de l'étude.

[98] Key Informant Interviews Report (Rapport d'entrevues auprès des informateurs clés), p. 33.

[99] Key Informant Interviews Report, (Rapport d'entrevues auprès des informateurs clés) p. 25.

Étant donné les délais disponibles pour la présente évaluation, des preuves empiriques des coûts ne sont pas fournies pour évaluer l'incidence d'un quelconque programme sur le stade final du modèle logique. La plupart des évaluations mettent plutôt l'accent sur le stade des résultats à court terme, et lorsque des données sur les coûts sont fournies, elles semblent indiquer l'accomplissement des résultats visés. Cela limite notablement notre compréhension de la valeur des programmes. Diverses évaluations soulignent l'importance de tenir compte des résultats à long terme; malheureusement pour un grand nombre de projets, la collecte des données requises pour ces évaluations nécessiterait de nombreuses années.

Les projets du PPICS ont été confrontés aux mêmes difficultés d'évaluation économique des services de santé axés sur les TIC, comme en faisant déjà état la documentation disponible. Une étude récente a révélé que sur 55 évaluations économiques publiées, seules 24 remplissaient les critères de qualité justifiant qu'elles soient incluses dans un examen de la qualité et 20 étaient restreintes à de simples comparaisons de coûts. Les auteurs de la présente étude ont conclu qu'il n'existe pas de preuves satisfaisantes que la télémédecine constitue un moyen rentable de dispenser les soins de santé[100]. Selon les conclusions de notre étude, des applications de télésanté précises se sont avérées générer des avantages socio-économiques importants pour les patients et leur famille, les dispensateurs de soins de santé et le système de soins de santé, mais la plupart des études ont généralement une portée limitée[101]. Les résultats de l'évaluation du PPICS ne corroborent pas nécessairement cette conclusion de manière convaincante.

Économies de déplacements dans le cadre des projets de télésanté. En termes de coûts reliés aux projets appuyés par le PPICS, le seul résultat qui revient systématiquement dans le cadre des évaluations de projets correspond à une réduction des coûts des déplacements reliés aux consultations cliniques et aux activités d'administration et de formation permanente. On trouvera au tableau 5 des exemples des économies de coût de déplacement estimées dans le cadre de certains projets d'évaluation du PPICS.

[100] Whitten, PS, Mair F, Haycos A et coll. Systematic review of cost-effectiveness studies of telemedicine interventions BMJ, 15 juin, vol 324:1434-1437. 2002 http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/324/7351/1434
[101] Jennett, P.A, Affleck Hall, L., Hailey, D et coll. The socio-economic impact of telehealth: a systematic review. J Telemed Telecare 9(6): 311-320. 2003.

Tableau 5 : Exemples d'économies de coûts de déplacement générés par les projets du PPICS

Projet	Économies de coûts de déplacement
SLICK *(Evaluation report, p.116)*	61 741 $ sur 12 mois
Téléophthamology WestNet *(Evaluation report, p.54)*	788 240 $ sur 12 mois
Télésanté de Nunavut IIU *(Evaluation report, p.51)*	256 200 $ sur 6 mois
Télésanté de C.-B. *(Evaluation report, p.114)*	455 851 $ sur 12 mois
MBTelehealth *(Evaluation report, p.48)*	1,1M $ sur 9 mois
Réseau North (subventions de Northern Travel) *(Evaluation report, p.6)*	1,26 M $ sur 2 ans
SWOT-N *(Evaluation report, p.26)*	73 698 sur 24 mois

Économies pour le système et incidence sur la viabilité. On ignore avec précision dans quelle mesure ces économies de coûts génèrent des économies pour le « système de soins de santé ». Certains coûts de déplacement sont assumés par les particuliers et une partie par divers payeurs indépendants. Une partie des évaluations faisaient la distinction entre les coûts économisés par les patients et ceux économisés par ces payeurs : par exemple, dans les économies indiquées au tableau 3 pour le programme du réseau North, figurent les économies réalisées par le Northern Travel Grants Program; les coûts pour les patients et familles ont été estimés séparément. Dans le cadre du projet WestNet, on a constaté que 45 % des coûts de déplacements des patients (figurant dans le total indiqué ci-dessus) étaient remboursés par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest[102]. Les études existantes semblent indiquer que même si la télésanté génère des économies de frais de déplacement, les avantages économiques de la télésanté favorisent le patient plutôt que le système de soins de santé[103]. Les évaluateurs de projets ont tenté essentiellement d'interpréter les données disponibles et sans exception, ils indiquent qu'en se basant sur certaines hypothèses, les projets appuyés par le PPICS n'auraient pas fait augmenter les coûts pour le système de santé et se traduiraient par des coûts similaires ou inférieurs dans l'avenir.

Le fait que les retombées des activités d'administration et de formation permanente n'aient pas été mesurées, et que les hypothèses d'économies de coûts reliés à ces activités pourraient être contestées (p. ex., pour les activités administratives, toutes les évaluations donnant lieu à une estimation des économies de coûts associées aux usages administratifs étaient basées sur l'hypothèse voulant que la seule option possible était une rencontre en personne, plutôt que les appels conférences ou les rencontres après-coup) constitue un autre difficulté d'évaluation des économies de coûts et de leur contribution à la viabilité du système.

Viabilité de la téléradiologie. Divers projets font appel au Picture Archiving and Communication Systems (PACS). Les auteurs d'évaluations semblent indiquer des économies de coûts possibles[104], alors que d'autres déclarent des données quantitatives qui indiquent l'impossibilité de réaliser des

[102] WestNet Teleophthamology Evaluation report (Rapport d'évaluation du Projet de téléophtalmologie de WestNet), p. 51.
[103] Oakley AM, Kerr P, Duffill M, Rademaker M et coll. Patient cost-benefits of realtime teledermatology--a comparison of data from Northern Ireland and New Zealand.. J Telemed Telecare. 6(2):97-101, 2000
[104] Central BC-Yukon Telehealth Program Evaluation Report (Rapport d'évaluation de l'Initiative de télémédecine du centre de la C.-B. et du Yukon), p. 25.

économies[105]. Les preuves empiriques fournies sont insuffisantes pour permettre l'interprétation des divergences de constatations.

Incidence de l'amélioration de l'accès sur les coûts. Même si aucune des évaluations n'incluait de quantification de ce facteur, l'incidence potentielle de l'amélioration de l'accès ou de la qualité des soins sur les économies de coûts à long terme a été mentionnée dans la plupart des évaluations. Qu'il s'agisse des retombées positives d'un accès précoce aux services de santé mentale ou d'ophtalmologie, ou de la facilitation de l'accès à l'information médicale, les activités appuyées par le PPICS ont clairement une utilité potentielle. Si l'on tient compte des constatations de statu quo ou de diminution des coûts et d'amélioration de l'accès ou de la qualité, d'un point de vue général, il existe des preuves indirectes que l'investissement dans la majorité de ces programmes se justifie. Toutefois, comme nous l'avons mentionné précédemment, nous manquons de preuves empiriques pour étayer cette conclusion.

Opinions des informateurs clés. Sur un plan plus général, les informateurs clés répondant à un point de vue pancanadien ont souligné que même si l'équité de l'accès aux services de santé est un principe crucial de la philosophie du système de santé canadien, le système doit également être viable[106].

Sommaire : Répercussions sur l'efficience et la viabilité à long terme du système de santé

Les résultats clés de la présente étude des facteurs de coûts associés aux évaluations de ces projets appuyés par le PPICS révèlent que l'horizon temporel, comme c'est le cas pour la plupart des évaluations existantes,[107] n'était pas suffisant pour faire la démonstration d'économies de coûts réelles. Les auteurs de l'évaluation indiquant des économies de coûts (avec amélioration du service) basaient leurs conclusions sur une utilisation alternative supposée. Même si les modèles économiques présentés dans le cadre de plusieurs évaluations peuvent aider à comprendre les enjeux pertinents, ils sont tous basés sur des hypothèses qui ne pourraient pas forcément être valides. Aucun des modèles économiques n'incluait d'analyse de sensibilité qui indique dans quelle mesure d'autres hypothèses influeraient sur les conclusions.

3.5 Enjeu 5 : Incidence sur la protection des renseignements personnels

3.5.1 Dans quelle mesure le PPICS a-t-il influé sur les politiques et procédures relatives à la confidentialité élaborées au Canada?

L'examen des comptes rendus des politiques et procédures sur la confidentialité des renseignements élaborées durant la mise sur pied et la mise en oeuvre des projets financés par le PPICS semble indiquer que le Programme a eu des répercussions importantes sur les politiques en matière de protection des renseignements personnels aux niveaux institutionnel et interinstitutionnel. Globalement, toutefois, la principale conséquence des programmes du PPICS n'a pas été de fournir de nouvelles politiques et normes en matière de confidentialité, mais plutôt d'accroître l'uniformité entre les normes et pratiques organisationnelles existantes. Il existe moins de preuves concernant

[105] NORad Evaluation Report (Rapport d'évaluation de NORad), p. 11.
[106] Key Informant Interview report (Rapport d'entrevues auprès des informateurs clés), p. 33.
[107] Hailey D, R Roine, A Ohinmaa. Systematic review of the evidence for the benefits of telemedicine. Telemed & Telecare. Vol 8 Sup. 1: 1-30. 2002

leurs répercussions sur les politiques directrices. Un cas précis d'influence possible du processus du PPICS sur les politiques de portée plus générale a été relevé : (traduction libre) *« l'examen de la confidentialité par Santé Canada a été délégué au gestionnaire de la sécurité de l'Interior Health, afin qu'il intègre les recommandations aux nouvelles politiques »*[108]. Certaines provinces, en particulier le Québec, le Manitoba et la Colombie-Britannique, possèdent des lois ou politiques en vigueur en matière de protection des renseignements personnels, qui ont orienté les projets.

Enquête sur la confidentialité des renseignements. L'une des grandes activités horizontales du Programme PPICS a consisté en une enquête sur la confidentialité des renseignements, qui a donné lieu à l'évaluation du degré de conformité de chaque projet à une série exhaustive de normes générales de confidentialité, dans le but de préciser les points forts et les lacunes potentielles des programmes de chaque projet en matière de confidentialité. Cette enquête, menée par un cabinet externe spécialisé, a été terminée en octobre 2003. Au total, 19 projets du PPICS y ont participé (aucun motif n'a été invoqué pour justifier l'absence de réponses des responsables de 10 projets). En voici les grandes constatations :

- « En règle générale, il existe de très solides pratiques en matière de protection des renseignements sur les patients, pour l'ensemble des projets.
- Globalement, l'aspect ressources humaines de la protection des renseignements est également couvert par les projets du PPICS, mais il y a encore matière à amélioration en comparaison du domaine des patients.
- Les projets du PPICS comportent divers processus judicieux pour protéger les renseignements sur les patients; toutefois, il existe des lacunes et des améliorations sont donc recommandées dans certains domaines.
- Les équipes de projet utilisent divers niveaux de protection des renseignements sur les patients.
- Le degré de confidentialité dans le domaine de la gestion de l'information est variable, mais généralement très bon. Divers projets nécessitent des améliorations importantes (particulièrement en comparaison de leurs volets patients et ressources humaines) plusieurs affichent très peu de lacunes. »[109]

Dans le cadre de leurs rapports de projet individuels, les responsables de certains projets du PPICS ont signalé avoir reçu des commentaires lors de l'enquête, qui attestent de leur conformité totale aux normes ou semblent indiquer des domaines à améliorer. Toutefois, les équipes responsables de la moitié des projets ont signalé ne pas avoir reçu de commentaires dans le cadre de l'enquête, même si leurs réponses à ces recommandations semblent avoir fait partie des éléments obligatoires de leur rapport final de projet.

Enquêtes sur les normes et l'interopérabilité. Les résultats de l'enquête sur les normes et l'interopérabilité semblent indiquer que *« les responsables de six projets sur 18 ont signalé avoir effectué des modifications de leurs politiques en matière de protection des renseignements personnels et de confidentialité. Pour quatre d'entre eux, ils ont indiqué que ces changements incluaient la mention de techniciens sur place ou à l'extérieur du site, susceptibles de participer aux activités réalisées pour assurer la qualité du service de la session de télésanté.*

[108]Central BC-Yukon Telemedicine Initiative, Final Project Report (Initiative de télémédecine du centre de la C.-B. et du Yukon, rapport de projet final), p. 21.
[109] Personal Information Privacy Assessment of CHIPP Projects, PRIVA-C (Enquête sur la confidentialité des renseignements personnels des projets du PPICS, PRIVA-C, octobre 2002, p. 7.)

Seuls quatre projets sur 14 avaient inclus une évaluation de l'incidence sur la confidentialité. Dans le cadre de cinq projets sur 18, des accords avaient été passés avec les fournisseurs de télécommunication pour assurer la confidentialité des renseignements sur les patients. Les auteurs du rapport concluent que *« il s'agit d'un domaine où des efforts considérables sont nécessaires au sein de la communauté, en matière de sensibilisation, de consultation et d'instauration d'un consensus, de manière à ce que soient instaurées des politiques et des approches communes. »*[110]

Confidentialité et télésanté. Les projets de télésanté nécessitaient la mise en place de divers niveaux de protection de la vie privée. Tout d'abord, au niveau de la technologie, il s'est avéré nécessaire de s'assurer que les systèmes étaient sécuritaires et non vulnérables aux accès non autorisés. En règle générale, cela semble avoir été assuré passablement facilement, les responsables de tous les projets signalant la présence de mesures de protection adéquates. Aucune violation de la sécurité n'a été signalée. En second lieu, il s'est avéré nécessaire de s'assurer de la sécurité des renseignements sur les patients, au fur et à mesure qu'ils sont transmis entre les divers sites.

Confidentialité et DES. Quant aux projets de DES, les problèmes de confidentialité étaient passablement plus complexes, étant donné que les systèmes devaient être structurés de manière à assurer la mise en place de multiples couches de protection de l'accès par de multiples niveaux d'utilisateurs du système. Ces enjeux ont nécessité des efforts et un savoir-faire technique considérables, avec pour résultat dans certains cas des retards notables de la mise en œuvre en raison de la nécessité de remanier le système. Des problèmes particuliers ont également été rencontrés concernant la sécurité des appareils sans fil.

Gestion du consentement des patients. La question du consentement des patients à utiliser les systèmes axés sur les TIC, et ses répercussions en termes de pratiques en matière de sécurité, soulève certaines questions concernant l'uniformité des politiques à l'échelle des divers projets. Dans le cadre d'une enquête sur les normes et l'interopérabilité des projets menée en tant qu'activité horizontale supplémentaire en 2003[111], les responsables de huit projets participants sur 18 ont déclaré avoir effectué des modifications de leurs politiques ou procédures de consentement explicite, afin de répondre aux besoins de la télésanté, alors que dans deux cas, les responsables ont indiqué avoir effectué des modifications de leurs politiques de consentement implicite. Huit projets sur 18 avaient maintenu l'exigence d'un consentement autant sur le site du prestataire que sur le site du patient, alors que sept l'avaient maintenu seulement sur le site du patient et deux sur le site du prestataire seulement. La documentation de projet indique que les responsables de certains projets n'ont pas estimé que le consentement était nécessaire[112]. La question qui sous-tend la nécessité d'obtenir le consentement des patients est bien entendu de déterminer si le service est considéré comme une option expérimentale de remplacement des soins habituels ou une autre modalité de prestation de ces soins habituels, et si on estime que cela soulève des risques, par exemple en raison de la transmission des renseignements incomplets ou inexacts, de la violation de la confidentialité. C'est un domaine où on aurait pu vraisemblablement fournir plus de leadership à l'échelon national.

---

[110] CHIPP Standards and Interoperability Report (Rapport sur les normes et l'interopérabilité du PPICS), partie I, p. 38

[111] Standards and Interoperability Report (Rapport sur les normes et l'interopérabilité), partie I, juillet 2003.

[112] (P. ex. : *« Les responsables du réseau de télésanté du Yukon ont sollicité et obtenu un avis juridique concernant le consentement à utiliser la télévidéoconférence. Selon nous, aucun consentement précis n'est requis, étant donné que les risques supplémentaires associés à l'utilisation de la télésanté ont été jugés faibles et que des procédures étaient en place pour minimiser ces risques. La télésanté constitue un moyen de fournir aux patients/clients un accès à un service, et la responsabilité d'assurer que le patient/client a consenti au traitement incombe au fournisseur de service individuel »*, Yukon Telehealth Final Project Report (Rapport final sur le projet de télésanté du Yukon, p. 16)

Absence de solutions en matière de protection des renseignements personnels. Dans deux cas, (SLICK et Téléophtamologie du réseau Ouest), aucune solution technologique pour assurer la sécurité de la transmission des données de dépistage des patients n'a été trouvée. Les renseignements sur les patients tirés des sessions de dépistage ont été mémorisés sur CD et livrés en personne ou par messager au site central, où l'information était traitée[113]. Dans ces cas, la solution a été déclarée à la fois satisfaisante et rentable, mais cela illustre également la perte de potentiel d'amélioration de l'efficience et, dans le cadre d'une évaluation, des inquiétudes supplémentaires ont été soulevées en matière de sécurité.

Confidentialité et services de santé mentale. Les responsables de certains projets fournissant des services dans le domaine de la santé mentale ont souligné que leurs populations clientes avaient des besoins spéciaux en matière de protection des renseignements personnels, étant donné leur vulnérabilité, le délai de traitement généralement plus long (avec pour résultat une exposition supérieure aux risques pour la vie privée) et leur situation juridique en termes de capacité. Cela a accru la complexité de ces projets.

Opinions des informateurs clés. Lors des entrevues auprès des informateurs clés, la plupart des répondants ont considéré les projets financés par le PPICS comme ayant été très réussis en termes de gestion des questions de confidentialité. Ils avaient mis en œuvre des mesures de protection des processus opérationnels (p. ex., en restreignant les personnes ayant accès aux données sur les patients, en contrôlant les personnes présentes à une consultation par vidéoconférence) ainsi que des outils technologiques (p. ex., cryptage, authentification par mot de passe) pour contrôler la confidentialité.[114]

3.5.2 Quelles étaient les opinions des clients concernant le traitement et l'utilisation de leurs renseignements personnels?

L'une des constatations les plus répandues à l'échelle de l'ensemble des projets financés par le PPICS a été que les patients étaient satisfaits du traitement et de l'utilisation de leurs renseignements personnels, formulant en général très peu d'inquiétudes. Par exemple, 12 des parents interrogés sur 13 dans le cadre de l'évaluation du projet Bridges to Better Child Health ont estimé que les DES amélioreraient la sécurité des renseignements sur la santé de leur enfant[115]. Dans le cadre du projet RTEO, 90 % des patients interrogés ont confirmé qu'ils avaient confiance en la sécurité du système.[116]

Il convient de souligner que pour toutes les évaluations, ces données ne concernent que les patients qui ont accepté d'utiliser les services axés sur les TIC ou de participer à l'évaluation et donc, elles pourraient sous-représenter les patients qui ont refusé de participer en raison des problèmes de confidentialité. Toutefois, les porte-parole de divers projets ont signalé que les refus étaient passablement rares. Dans le cadre de l'étude de comparaison des participants consentants avec les non-participants (MOXXI), les patients consentants étaient sensiblement plus susceptibles d'être des femmes âgées ayant des niveaux de revenu supérieurs et une assurance médicament, et consultant un

[113] SLICK Evaluation Report, (Rapport d'évaluation de SLICK), p. 13, p. 94; WestNet Evaluation report (Rapport d'évaluation du réseau Ouest), p. 57.
[114] Key Informant interviews Report (Rapport d'entrevues auprès des informateurs clés), p. 20.
[115] Bridges to Better Child Health Evaluation report (Rapport d'évaluation de Bridges to Better Child Health), p. 173.
[116] EOTN Evaluation report (Rapport d'évaluation du RTEO), p. 34

plus grand nombre de spécialistes[117]. Cela pourrait être préoccupant, étant donné que les différences entre les taux de participation des différentes couches sociales risquent de contribuer à une hausse des iniquités dans l'accès aux soins de santé. Des demandes de retrait de leurs données du système d'information formulées par les patients ont également été signalées dans le cadre de l'étude de cas du SI-RIL, au point de nécessiter possiblement une enquête[118].

Pour l'ensemble des projets, les fournisseurs avaient tendance à être plus préoccupés que les patients de la protection de la confidentialité. Par exemple, dans le cadre du projet RTEO, 63 % des médecins ont déclaré être préoccupés par la question de la confidentialité[119]. Dans le cas du projet Synapse, seulement 50 % des fournisseurs de service interrogés ont convenu que les renseignements sur leur client étaient mieux protégés contre un accès non autorisé qu'avec le système précédent.[120]

Les auteurs de l'étude sur les entrevues auprès des informateurs clés ont conclu qu'aucune équipe de projet n'avait signalé de difficultés majeures concernant les préoccupations relatives à la confidentialité des patients, au-delà des réserves initiales qui ont finalement été surmontées efficacement.[121]

3.5.3 Dans quelle mesure les règles et normes de protection des renseignements personnels/confidentialité influent-elles sur la prestation du service?

> *« L'absence d'accès à distance adéquat (p. ex., au moyen de la technologie des ordinateurs portables ou de poche (« cela a été promis ») représente un « énorme problème » et, cela a été causé apparemment par l'incapacité signalée, du fait des questions de coupe-feu, de se connecter à SYNAPSE au moyen d'une ligne à commutation. SYNAPSE Evaluation Report, p. 49*

Les responsables de la plupart des projets du PPICS ont déclaré que les règles de protection des renseignements personnels/confidentialité avaient une incidence faible ou nulle sur la prestation de services, et que les services axés sur les TIC étaient conçus dans les paramètres de la politique sur la confidentialité existante, afin de refléter les pratiques en la matière dans le cadre des services existants. Toutefois, les responsables des nombreux projets du PPICS ont signalé que les services qu'ils prévoyaient livrer étaient affectés par les problèmes de confidentialité, dans la mesure où des niveaux adéquats de sécurité n'étaient pas possibles, avec pour résultat un abandon de certains volets des services prévus. Par exemple, les problèmes de confidentialité rencontrés dans le cadre du projet de SCIISM ont empêché la liaison avec le répertoire des clients provinciaux, ce qui signifie que les deux systèmes continuent à fonctionner isolément[122]. Dans le cadre du projet de téléoncologie, la nécessité de stocker des données rendues anonymes a réduit la possibilité d'effectuer des analyses de données exhaustives pour évaluer les résultats sur la santé du programme de dépistage[123]. Dans le cadre du projet Synapse, la fonctionnalité et l'utilisation ont été déclarées

[117] Project Evaluation Report (Rapport d'évaluation du projet MOXXI), p. 58
[118] Étude de cas du SI-RIL, p. 4
[119] EOTN Evaluation Report (Rapport d'évaluation du projet RTEO), p. 49
[120] SYNAPSE Evaluation Report (Rapport d'évaluation du SYNAPSE), p. 33
[121] Key Informant Interviews Report (Rapport des entrevues auprès des informateurs clés), p. 20
[122] ICMHIS Evaluation Report (Rapport d'évaluation du SCIISM), p. 27
[123] Project télé-oncologie, (Projet téléoncologie), rapport final, p. 18

affaiblies en raison de l'incapacité de résoudre les problèmes de coupe-feu relatifs affectant l'accès à distance des médecins au système (voir exemple)[124].

Les équipes des projets ayant un volet téléradiologie ont affiché un consensus concernant l'amélioration de la sécurité imputable aux Picture Archiving Systems (PACS) en comparaison des systèmes précédents, étant donné l'absence générale de protection des films entreposés et la nécessité de les transporter constamment d'un site de traitement à l'autre. Par exemple : *« Les parties intéressées avaient des opinions positives, quoique partagées, du potentiel d'amélioration de la confidentialité et de la sécurité des renseignements sur les patients grâce à la technologie PACS. Elles reconnaissent que l'utilisation d'un nom et d'un mot de passe d'identification de l'utilisateur et la capacité d'effectuer le suivi et des vérifications de l'activité des utilisateurs devraient nous aider à contrôler et limiter l'accès au système au personnel autorisé seulement »*[125].

« L'une des répercussions de la mise en oeuvre du Programme de télésanté de la C.-B. consiste à accroître la sensibilisation, à de nombreux échelons et au sein de nombreux organismes, à la question de la protection des renseignements personnels, de la confidentialité et de la sécurité des renseignements sur les patients. Les politiques et procédures élaborées, parallèlement à une évaluation exhaustive des répercussions sur la confidentialité, fournissent un cadre solide pour baliser l'utilisation future. »
BCTelehealth Evaluation Report,, p. 17

De plus, les porte-parole de certains projets ont déclaré que l'introduction de services habilités par les TIC avait amélioré les pratiques en termes de confidentialité au niveau de la prestation des services, en partie du fait des nouvelles procédures requises, mais également en partie du fait de la hausse de la sensibilisation du personnel aux questions générales de protection des renseignements personnels qui accompagnent la mise en œuvre du projet[126] (voir exemple de gauche).

Dans le cadre d'un projet (Télésanté de la C.-B.), caractérisé par l'intervention des services d'urgence par l'intermédiaire de la télésanté, la confidentialité a constitué un sujet de préoccupation de premier plan, en raison de l'incompatibilité de la conception physique du service des urgences avec le besoin d'espaces clos pour limiter les possibilités d'entendre les interactions amplifiées par haut-parleur. Cela a constitué l'un des facteurs qui ont justifié la suspension du service dans le cadre de ce projet[127].

La documentation empirique existante concernant les questions de confidentialité entourant les services de santé axés sur les TIC est très peu volumineuse. Même si de nombreux articles ont souligné les problèmes et proposé des options d'intervention, il semble n'exister aucune étude empirique des répercussions des problèmes de confidentialité sur les services et résultats[128], hormis les études d'évaluation de la satisfaction des patients à l'égard des mesures de protection de la confidentialité[129].

---

[124] Synapse Final Evaluation report (Rapport final d'évaluation de Synapse), p. 49
[125] NORad Evaluation Report (Rapport d'évaluation du NORad), p. 31.
[126] Voir également : Project Outreach Rapport d'évaluation (Rapport d'évaluation du projet Outreach), p. 32
[127] BCTelehealth Evaluation Report (Rapport d'évaluation du programme de télésanté de la C.-B.), p. 98
[128] P. ex., Von Tigerstrom B. Current Developments in Canadian privacy and information law : implications for telehealth. J Telemed Telecare. 6 Suppl 2 : S2:83-S2:85; Goins RT, Kategile U, Dudley KC. Telemedicine, rural elderly, and policy issues. J of Aging & Social Policy. 13(4):53-71, 2001. ; Mills ME, Computer-based health care data and the Health Insurance Portability and Accountability Act: implications for informatics. Policy, Politics, & Nursing Practice. 2(1):33-8, 2001 Feb. Jennet PA, Watanabe M, Igras E, et coll. Telemedicine and security. Confidentiality, integrity, and availability: a Canadian perspective. Studies in Health Technology & Informatics. 29:286-98, 1996. Stud Health Technol Inform. 29:286-98, 1996.
[129] P. ex., Woods KF, Kutler A, Johnson JA et coll. Sickle cell telemedicine and standard clinical encounters: a comparison of patient satisfaction. Telemed J. 5(4):349-56, 1999 Winter; Chan FY, Soong B, Lessing K et coll. Clinical

Sommaire : répercussions sur la confidentialité

Globalement, les résultats de l'évaluation semblent indiquer que nombre de projets individuels du PPICS ont influé sur l'harmonisation des politiques existantes entre les administrations et les institutions. Même si les patients et leur famille ne semblent pas préoccupés par les problèmes de confidentialité associés aux services de santé axés sur les TIC, leurs fournisseurs de services le sont parfois. La prestation des services n'a généralement pas souffert des questions de confidentialité, étant donné que des solutions adéquates ont été trouvées pour résoudre la plupart des problèmes de protection des renseignements personnels rencontrés. Une enquête sur les pratiques en matière de confidentialité dans le cadre des projets du PPICS a révélé que la plupart des équipes de projet avaient mis en place des mesures de protection adéquates des patients et des renseignements, même s'il y avait matière à amélioration.

3.6 Enjeu 6 : Répercussions macro-économiques

Du fait de son appui à un nombre important de projets de grande envergure, le PPICS était censé non seulement avoir un impact à l'échelon des projets, mais également générer des résultats durables au niveau de la situation globale des TIC dans les services de santé au Canada. Cette partie de l'évaluation est consacrée aux répercussions du programme sur divers aspects de cette situation générale.

3.6.1 Dans quelle mesure et de quelle façon les projets prévoient-ils continuer et croître?

La plupart des projets financés par le PPICS deviendront viables grâce à des sources de financement non fédérales. La plupart sont censés croître, tant en termes de populations desservies que de problèmes de santé traités ou de systèmes d'information mis en liaison.

Croissance au sein de la période de financement du PPICS. L'une des constatations les plus frappantes découlant de l'examen des projets du PPICS a été que dans de nombreux cas le nombre de sites reliés aux réseaux du projet avait augmenté au cours du projet lui-même, parfois passablement plus rapidement que prévu (par exemple : augmentation de trois à 41 sites dans le cadre du projet SWOT-N; de neuf à 16 dans le cadre du projet DPSCAR, de 13 à 15 dans le cadre du programme de télésanté de la C.-B., de 20 à 72 dans le cadre du projet Outreach, de 22 à 24 dans le cadre du projet MBTelehealth). Cela atteste de la forte acceptation des TIC au sein du système de santé, même si ce taux élevé d'acceptation a parfois exercé des pressions sur les capacités limitées du projet : *« La taille d'un réseau peut nuire à sa mise en œuvre : une stratégie réaliste peut consister à limiter la mise en œuvre initiale à un nombre modeste de sites, où l'engagement et le leadership sont solides. »*[130]

Croissance et viabilité après le PPICS. Tous les projets du PPICS étaient tenus d'élaborer un plan de viabilité selon une série de lignes directrices communes[131] et de le soumettre à titre de produit distinct à livrer dans le cadre du projet, ainsi que de traiter les futurs développements prévus dans le

---

value of real-time tertiary fetal ultrasound consultation by telemedicine: preliminary evaluation. Telemed J. 6(2):237-42, été 2000.

[130] SWOT-N Evaluation Report (Rapport d'évaluation du SWOT-N), p. 51.

[131] Bureau de la santé et l'inforoute (PSI), Santé Canada. Guide de viabilité de la télésanté et du dossier électronique de santé. Tecknowledge Inc., non daté.

cadre de leurs rapports finals de projet. Concrètement, la démonstration de la viabilité était l'une des exigences obligatoires du Programme.

La situation en termes de viabilité au moment des rapports finals de projet était variable, mais généralement passablement positive. Dans la plupart des cas, les propositions de financement ont été élaborées et soumises en conformité avec les plans de viabilité et les responsables des initiatives attendaient des décisions de financement. Dans la plupart des cas, on estimait qu'un certain degré de viabilité était garanti, mais que les gouvernements provinciaux procédaient à l'élaboration de plates-formes de financement élargies auxquelles les initiatives ultérieures au PPICS seraient intégrées.

L'expansion des projets du PPICS était prévue dans plusieurs directions, parfois simultanément. La plupart des plans de viabilité des projets de télésanté visaient à appuyer une croissance importante du nombre des sites reliés, généralement en visant en bout de ligne une couverture intégrale d'une région ou d'une province ou d'un territoire. Cette forme d'expansion assurerait l'accès accru aux services axés sur les TIC de proportions plus élevées de la population. Tant le projet de télésanté que le projet de DES proposaient parfois un élargissement de la gamme des problèmes de santé pouvant être traités, soit en augmentant le nombre et les types de services disponibles par l'intermédiaire du réseau (dans le cas de la télésanté) ou le nombre des problèmes de santé traités par les DES. En Ontario, les trois projets du réseau de télésanté financés par l'intermédiaire du PPICS prévoyaient évoluer en un réseau de réseaux, afin de permettre la mise à profit de nouvelles possibilités, tout en continuant à tisser des liens avec les réseaux des provinces et territoires voisins[132].

« Dans la mesure où le temps et le financement le permettent, il est prévu de créer un TPSCAR amélioré, de manière à réunir des données sur un plus grand nombre de procédures administrées aux patients de l'ICUO. En bout de ligne, le TPSCAR sera transformé en portail qui permettra d'accéder à une diversité de renseignements et de services de cardiologie tant du point de vue des dispensateurs de soins de santé que des patients. » (Rapport de projet final du TPSCAR, juin 2004, p. 26)

La plupart des projets de DES ont été conçus avec pour objectif le passage à une norme régionale, provinciale ou nationale élargie dans leur domaine d'activité et de fait, ils planifiaient un élargissement du développement en accroissant la couverture intra et inter-compétences. On trouvera ci-dessus un exemple de ce type de développement proposé.

Dans plusieurs cas, on a maintenu le statu quo, et les projets ont fait l'objet d'un suivi durant une année supplémentaire, de manière à permettre une évaluation plus solide du potentiel de viabilité et de croissance. Les responsables de divers projets ont signalé qu'un financement avait déjà été obtenu par l'intermédiaire d'inforoute, mais qu'on attendait la plupart du temps un financement permanent des gouvernements des provinces ou territoires, des autorités médicales régionales et d'autres organismes publics, ou d'investisseurs du secteur public. On trouvera à gauche des exemples d'approches prévues pour assurer la viabilité.

[132] (Programme du réseau NORTH, rapport final sur le projet du PPICS, juin, 2003, p. 5) Network Program, Final PPICS Project Report, June, 2003,p. 5

Les responsables de trois projets en particulier ont estimé que le potentiel de croissance était limité, et pour des raisons similaires : absence d'acceptation ou d'intégration aux systèmes de santé sur un plan global. Dans deux cas (Bridges to Better Child Health, Healthlink), la solution technique existante ne convenait pas à l'expansion des services, et celle-ci aurait nécessité une initiative de mise au point de systèmes majeure de la part d'un organisme partenaire clé qui n'était pas prêt à procéder dans un avenir proche. Dans le cadre de l'autre projet (projet Outreach), la croissance aurait nécessité une intégration de l'application du système de portée provinciale au sein de la structure de la régie médicale régionale, qui ne semblait pas ouverte à cette possibilité[133]. Aussi, dans tous les cas, le potentiel de croissance a été limité, non pas par des questions techniques ou financières, mais plutôt par des difficultés organisationnelles.

« La principale source de fonds à ce jour a été la province de la C.-B., même si des sources privées ont également fourni un soutien, tout comme les agences de subvention fédérales, la UBC, et les autorités sanitaires régionales… De concert avec les gouvernements du Yukon et de la C.-B., la UBC a présenté une demande de soutien au chapitre de l'enveloppe multi-compétences du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Le projet proposé met à profit les travaux réalisés dans le cadre du PPICS. » Tele-mental Health Project Final Report, p. 46.

« La nature de l'accord entre les provinces et IAS a été telle que la viabilité de chacun des huit projets n'était pas remise en question. Les initiatives ont été financées à part égale par IAS (PPICS) et les provinces, étant entendu qu'une fois l'infrastructure mise en place, la province continuerait à la financer… La conception administrative globale du portefeuille de projets du PPICS de l'IAS requerrait un soutien provincial afin d'assurer le maintien de la viabilité avant la mise en œuvre du projet.

Viabilité de la téléradiologie. Le PPICS a financé divers projets de téléradiologie et de télésanté ayant des volets de téléradiologie d'envergure (p. ex., NORad, Télé-i4 d'IAS; Initiative de télémédecine du centre de la Colombie-Britannique et du Yukon). D'autres projets ont nécessité une transmission numérique d'autres types d'images (p. ex., téléophtalmologie de West-Net; composante de transmission des lectures rétiniennes du projet SWOT-N). Parmi l'ensemble des types de projets, il s'agissait à l'évidence des mieux placés pour assurer la viabilité et l'expansion, en raison des économies de coûts faciles à démontrer qu'on prévoyait grâce au recouvrement des coûts sur une période de quelques années.

Transfert au secteur privé. L'un des projets financés par le PPICS, MOXXI, a été transformé en initiative du secteur privé grâce aux investissements d'un fonds de capital-risque à vocation universitaire. Des demandes de brevets ont été déposées pour deux des composantes du système, et la nouvelle entreprise procède à l'heure actuelle à l'élaboration d'une approche et d'un plan opérationnels pour appuyer les futures activités de développement des concepts du MOXXI.

Opinions des informateurs clés. Les résultats des entrevues auprès des informateurs clés, menées jusqu'à un an après l'achèvement des projets, ont révélé que la plupart des projets appuyés par le PPICS sont aujourd'hui passés à une phase de programme plus permanent. Un grand nombre ont élargi leurs offres, pour inclure des sites supplémentaires ou livrer un éventail élargi de services, et ils prévoient continuer à le faire dans l'avenir. Toutefois, l'étude sur les informateurs clés a révélé que le financement demeure un problème pour un grand nombre d'initiatives. Même si leurs responsables prévoient continuer à fonctionner à titre de programme permanent, ils pourraient ne pas obtenir un soutien financier garanti[134].

[133] PPICS Project Outreach Evaluation Report (Rapport d'évaluation du projet à Outreach du PPICS), p. 4.
[134] Key Informant Interview Report (Rapport d'entrevue auprès des informateurs clés), p. 18.

3.6.2 Dans quelle mesure le PPICS a-t-il modifié le « paysage » des TIC dans le domaine des soins de santé au Canada, directement et indirectement?

Opinions des informateurs clés. Les principaux intéressés interrogés estiment que le PPICS a fait décoller la situation des TIC au Canada, tant du point de vue de l'activité globale, que de l'intégration et de l'élaboration d'une vision commune. Même si on relève encore des difficultés, particulièrement en termes de normes et d'intégration, les répercussions globales du PPICS sont considérées comme facilitant le passage à un niveau d'activité nettement supérieur[135].

Situation provinciale. L'examen des rapports de projet du PPICS permet de discerner des répercussions possibles sur le paysage des TIC dans les soins de santé au Canada, dans la mesure où plusieurs des grands projets sont en train de devenir la colonne vertébrale des systèmes provinciaux, soit dans la télésanté, soit dans diverses formes de DES. Pour une partie de ces projets, le PPICS semble avoir été l'un des principaux facteurs ayant incité ces administrations à adopter des services de santé axés sur les TIC à l'échelon du système. Pour d'autres, l'attribution de ces changements au PPICS pourrait être exagérée - peut-être que des administrations particulièrement avancées, qui étaient déjà sur le point d'évoluer en système tout à fait mature habilité par les TIC, ont été en mesure d'accéder aux fonds du PPICS, qui ont facilité leur propre développement.

Répercussion des DES sur le paysage des TIC. Dans la mesure où les équipes de projets de DES ont réussi à élaborer des systèmes qui pourraient devenir la pierre angulaire de systèmes plus généralisés, prêts pour une mise en œuvre à grande échelle et pour inclusion d'une gamme plus exhaustive de dispensateurs, de points de service et de problèmes de santé, ils ont contribué au changement du paysage des TIC au Canada. On pourrait raisonnablement affirmer que divers projets de DES affichent ce degré de maturité; ils incluraient le répertoire des fournisseurs de WHIC, le TPSCAR, MOXXI, COMPETE, SI-RIL et le Système de gestion des cas élaboré par l'intermédiaire d'IAS. D'autres projets étaient de portée trop faible et peut-être moins réussis, et de ce fait, il est peu probable qu'à court terme ils contribuent à des changements majeurs à l'échelon du système.

Normes de facto. Enfin, le degré de changement du paysage s'est reflété dans les observations formulées par divers auteurs de rapports de projet, à savoir que la norme de fait en matière de services exhaustifs dans de nombreux domaines inclut désormais les technologies habilitées par les TIC. Cette hypothèse a été confirmée, par exemple, par le projet MOXXI, pour les systèmes d'ordonnances électroniques; par le projet NORad, pour les praticiens en radiologie; et par le projet SWOT-N, pour la pratique de la médecine générale en région rurale. Dans le dernier exemple, un répondant à l'étude de cas a fait remarquer que le fait que les centres médicaux de la région qui ont participé au programme de télésanté utilisent la disponibilité de la télémédecine comme incitatif dans le cadre de leurs campagnes de recrutement de médecins constitue un indice de l'évolution du paysage[136].

---

[135] Key Informant Interview Report (Rapport d'entrevue auprès des informateurs clés), p. 18
[136] SWOT-N Rapport de l'étude de cas, p.5.

3.6.3 Dans quelle mesure le PPICS a-t-il contribué à la « banalisation » des TIC au sein du système de soins de santé? (intégration du point de vue des systèmes de santé)

Du point de vue des systèmes de santé, le PPICS a contribué de manière notable à la banalisation des TIC au sein des systèmes de santé. De manière encore plus spectaculaire, comme nous l'avons déjà vu au chapitre de la viabilité, nombre de projets financés par le PPICS se transforment en programmes disposant d'un financement permanent accordé par les gouvernements des provinces et des territoires ou d'autres sources, ou deviennent intégrés à ceux-ci.

La Colombie-Britannique et l'Ontario constituent des exemples des diverses provinces où le paysage des TIC semble sur le point de devenir totalement banalisé[137]. En C.-B., le PPICS a financé au total huit projets, dont plusieurs ont été conçus comme faisant partie de l'architecture d'élaboration d'un système à l'échelle de la province. Comme le soulignaient les auteurs du rapport d'évaluation du Programme de télésanté de la Colombie-Britannique : *« … l'élaboration d'un réseau de télésanté viable, interopérable et intégré est passablement avancée en Colombie-Britannique. »*[138] En Ontario, les trois projets de télésanté de grande portée, qui couvrent chacun des régions différentes de la province, travaillent à la création d'un réseau à l'échelle de l'Ontario. Au moment de la rédaction de leurs rapports de projet, les porte-parole de ceux-ci attendaient une hausse significative de leur capacité de réseautage globale, grâce à la livraison du réseau de données protégées de la province (Systèmes ingénieux pour la santé – SIS).

> *« En créant un réseau régional de télésanté, VideoCare a contribué à banaliser l'utilisation des TIC pour la santé, et ce, en accroissant l'utilisation des technologies existantes, ainsi qu'en mettant en œuvre de nouvelles technologies pour appuyer un réseau élargi d'activités appuyées par la technologie à l'échelle de la région. … Depuis la fin du financement du PPICS, l'équipe de VideoCare a continué à mettre l'accent sur la généralisation de l'utilisation des TIC dans le système de la santé. Le partenariat des réseaux de télémédecine de l'Ontario et l'implantation d'un réseau de télésanté à l'échelle de l'Ontario constituent l'une des grandes activités qui facilitent l'incorporation de l'utilisation des TIC aux systèmes de santé de l'ensemble de la province. » SWOT-N Case Study Report, p. 6.*

Les auteurs de diverses évaluations et de divers rapports de projet ont formulé des observations, à savoir que la mise en œuvre du projet était facilitée par la présence ou la mise au point de solides systèmes de santé régionalisés, en dehors du contexte de l'élaboration des TIC. Cela semble indiquer que dans ces cas, les projets du PPICS amplifiaient la vague de régionalisation, faisant ainsi de la normalisation et de l'intégration au sein des régions des priorités des politiques élaborées et des orientations en matière de financement. L'exemple le plus clair se situe dans le domaine des politiques sur la protection des renseignements personnels, où l'arrivée du PPICS a servi d'incitatif pour les organismes associés au projet, les amenant à vue harmoniser leurs politiques générales sur la protection des renseignements personnels, conformément aux normes provinciales[139]. Dans d'autres cas, la mise en œuvre du projet a eu pour retombée positive imprévue le renforcement des systèmes organisationnels d'un point de vue plus général. Par exemple, le registre des dispensateurs de soins de HealthNet produit une nouvelle norme de gestion de projet actuellement en cours d'adoption par le BC Ministry of Health[140]. Dans le cadre d'un autre exemple de la façon dont le programme du PPICS a

[137] À noter que les renseignements sur le projet du PPICS n'étaient pas disponibles pour les provinces qui, soit n'avaient pas de projet de grande envergure, soit ne disposaient tout simplement pas de cette information. Cela s'applique à la Saskatchewan et au Québec.

[138] BCTelehealth Final Evaluation Report (Rapport d'évaluation du programme de télésanté de la C.-B.), p. 46

[139] Central BC-Yukon Telemedicine Initiative Evaluation Report, p. 11.

[140] HealthNet/BC Provider Registry Evaluation Report, p. 25.

contribué à un changement à l'échelle du système, les responsables du Projet de télésanté mentale ont signalé que « la vidéoconférence était devenue l'un des volets essentiels d'une réforme de la santé mentale dans les collectivités participant à l'initiative du PPICS [141].

Les études de cas ont fourni des précisions sur les répercussions qu'a eu le PPICS sur la généralisation des TIC au sein du système des soins de santé. L'exemple de gauche illustre la façon dont un projet a évolué, de sorte que la télésanté devienne banalisée à l'échelle du modèle de prestation des services courants.

3.6.4 De quelle manière et dans quelle mesure le PPICS a-t-il influé sur l'intégration de la prestation des services? (intégration du point de vue de la prestation des services/patients)

« Le réseau NORTH présente une occasion innovatrice de permettre aux Premières nations d'accroître le contrôle qu'elles exercent sur les questions médicales, en dépassant les obstacles juridictionnels historiques. Dans le cadre du programme du réseau NORTH, les soins dispensés aux patients des Premières nations seront intégrés, peu importe où les soins sont dispensés (dans les réserves ou hors réserve) ou de quel centre spécialisé ils reçoivent leurs soins (Ontario et Manitoba). Pour assurer l'intégration au réseau de télémédecine élargi, le directeur médical des collectivités des Premières nations siège au sein du comité consultatif professionnel de la télésanté régionale. On estime que cela accroît le potentiel de continuité des soins pour les collectivités de la région. » NorthNet Evaluation Report, p. 40.

Les projets du PPICS ont démontré dans plusieurs cas l'influence positive qu'ils exercent sur l'intégration de la prestation des services du point de vue des patients qui reçoivent ceux-ci et des dispensateurs qui sont reliés en réseau pour fournir à ces patients une gamme complète et intégrée de soins. Cette question est étroitement reliée à celle de la qualité des soins, étant donné que les preuves indiquent aujourd'hui que l'amélioration de la continuité des soins va de pair avec de meilleurs résultats en termes de santé[142]; et on peut s'attendre à ce que les TIC influent sur les trois grands types de continuité : informationnelle, relationnelle et administrative[143]. Ces répercussions ont été constatées de la manière la plus visible lorsque le service nécessitait le transfert de patients d'un système de soins à un autre, systèmes qui étaient auparavant déconnectés ou seulement connectés par des liens très partiels ou fragmentaires. Par exemple, dans le cadre de l'évaluation du Programme de télésanté de la C.-B., le renforcement de la collaboration entre les dispensateurs grâce à la vidéoconférence a permis une transition plus en douceur avec les soins communautaires, une fois le patient libéré de l'hôpital. On trouve un autre exemple, dans le contexte de l'intégration de systèmes de soins pour les gens des Premières nations, dans l'évaluation du projet du réseau North (voir encadré de gauche).

L'intégration des services du point de vue des utilisateurs pourrait être particulièrement bénéfique dans le cas des patients qui ne sont pas en mesure d'assurer eux-mêmes la liaison informationnelle entre les centres de soins (par exemple, les patients éprouvant des problèmes sociaux ou psychiatriques, qui ne sont pas en mesure de communiquer leurs antécédents médicaux ou les

---

[141] Telemental Health Project Evaluation Report, p. 6.

[142] P. ex., Gill JM; Mainous AG; Nsereko M ; The effect of continuity of care on emergency department use. Arch Fam Med 2000 9 avril (4) : 333; Mainous AG; Koopman RJ; Gill JM; Baker R; Pearson WS . Relationship between continuity of care and diabetes control: evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Public Health 2004 Janv. 94 (1) : 66-70.

[143] Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et coll.Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ (England), 22 nov. 2003, 327(7425) p. 1219-21.

médicaments qu'ils prennent à un nouveau dispensateur de soins). Les projets traitant ces types de clients ont fourni des exemples utiles de la façon dont les DES intégrés peuvent pallier à une partie des lacunes de l'information qui influent sur le travail de leurs dispensateurs de soins. Par exemple, l'étude de cas sur le projet SYNAPSE a fourni un exemple de la façon dont les DES avait permis une identification rapide d'une réaction indésirable aux médicaments, qui avait été interprétée comme un épisode psychotique[144].

Toutefois, comme nous l'avons mentionné précédemment, certains problèmes de continuité demeurent, lorsque les patients sont transférés à l'extérieur du système qui était associé au projet, pour être confiés aux soins réguliers (voir l'exemple de SLICK, note de page 57).

Communication et intégration entre les projets du PPICS. L'examen des rapports de projet du PPICS a révélé un problème découlant, dans certains cas, de l'insuffisance de la communication et de l'intégration entre des projets multiples financés par la même administration provinciale, même les projets faisant appel à des sous-ensembles communs de partenaires. Ce fut le cas en C.-B., où il y a eu peu d'interaction entre les huit projets financés au cours de la durée du PPICS, même si certains rapports finals de projet ont attesté d'un besoin perçu de renforcer cette collaboration[145]. En Ontario, la communication précoce entre les dispensateurs de soins de télésanté a été limitée, mais elle a augmenté par la suite.

Une observation intéressante découle des projets de l'Ontario, dans le cadre desquels une initiative de télésanté polyvalente à l'échelle de la province n'a pu être intégrée avec succès aux trois programmes de télésanté basés dans la région[146] (encadré 36). Même si cela pourrait être simplement une question de personnalité ou de contexte du projet, cela pourrait également indiquer la nécessité de s'assurer que dans les provinces où les systèmes de santé sont fortement régionalisés, les services horizontaux axés sur les TIC sont conçus de sorte qu'ils puissent être déployés harmonieusement au sein des structures régionales. Cela confirme l'avertissement des auteurs selon lesquels le principal obstacle à l'adoption généralisée de la télésanté mentale correspond à l'effort requis pour intégrer les modèles de prestation de soins de santé à distance au système de soins de santé en général[147].

3.6.5 Quelle a été l'incidence des projets appuyés par le PPICS sur les collectivités et les régions, en dehors de soins de santé?

Encadré 30 : « Dans le cadre du déploiement du projet Télé-i4 de l'IAS, il existe la possibilité de permettre aux spécialistes de résider et de pratiquer pratiquement partout où ils décident de le faire, ce qui leur permettrait d'exercer en région rurale. En fait, une petite ville de l'Î.-P.-É. a attiré et retenu deux de ces spécialistes. Des cas comme ceux-ci sont susceptibles d'influer de manière positive sur la préservation des collectivités rurales quand la population diminue. » HIA Case Study Report, p. 10.

Il existe peu de preuves directes à même les sources de données disponibles des répercussions du PPICS sur les collectivités et les régions, en dehors du domaine des soins de santé lui-même. S'il y a des répercussions, on doit les constater dans les collectivités modestes et éloignées, qui ont été reliées en réseau aux projets de télésanté, plutôt que dans les grands centres urbains. Les porte-parole de la plupart des projets de télésanté reliant les collectivités éloignées ont signalé certains avantages liés à leurs programmes de formation permanente, qui

144 Synapse Case Study Report, p. 8.
145 BCTelehealth Evaluation Report (Rapport d'évaluation du programme de télésanté de la C.-B.), p. 109.
146 Project Outreach Evaluation Report (Rapport d'évaluation du projet Outreach), p. 4.
147 Darkins A. Program management of telemental health care services. J Geriatr Psychiatry Neurol. 14(2):80-7, été 2001.

découlent de la participation des membres de la collectivité et des travailleurs non médicaux aux séances (voir section 3.3.3). Ils ont également souligné que les projets du PPICS généraient des répercussions positives dans certains cas, lorsque le système de télésanté a été utilisé pour appuyer les processus communautaires d'un point de vue plus global[148]. On a également constaté des preuves de hausse de l'intérêt de la collectivité pour l'utilisation de systèmes de vidéoconférence pour l'éducation du public et de la collectivité (par exemple, dans le cadre du programme de télémédecine du Yukon[149]).

Les entrevues auprès des informateurs clés ont permis de traiter cette question dans une certaine mesure, mais on a constaté peu de preuves de répercussions à l'extérieur du cadre immédiat du projet.

Des études de cas ont permis de recenser quelques exemples des répercussions des projets sur les collectivités et les régions en dehors des soins de santé. On en trouve un à l'encadré 30, qui illustre l'incidence possible sur la viabilité des petites collectivités.

3.6.6 Dans quelle mesure le PPICS a t il contribué à l'efficacité et à la viabilité des partenariats/collaborations au sein des administrations et entre celles-ci?

La contribution du PPICS à l'amorce et à la négociation de partenariats a été majeure. La réussite de l'efficacité de ses partenariats a été dans de nombreux projets un résultat singulièrement critique, étant donné que la réussite de la prestation de services axés sur les TIC en dépendait. La viabilité à long terme des partenariats reste à prouver, mais dans la plupart des cas, les partenaires semblent engagés à avoir des relations suivies à long terme, soit pour assurer la viabilité des projets appuyés par le PPICS, soit pour assurer leur expansion.

Les partenariats ont été créés à de nombreux échelons et souvent à de nombreux échelons au sein des mêmes projets : entre les provinces, les autorités médicales régionales, les institutions et les agences de santé régionales, et entre secteurs (public-privé, communautaire-public). Les modèles de partenariat créés par la plupart des projets étaient très complexes et supposaient une négociation initiale et suivie approfondie des rôles des partenaires. Deux exemples types des systèmes de liaison sous-jacents aux structures du partenariat de projet du PPICS sont illustrés dans les diagrammes ci-dessous : l'un pour les projets de télésanté et l'autre pour les DES.

[148] MBTelehealth Evaluation Report (Rapport d'évaluation du programme de télésanté du Manitoba), p. 49.
[149] Yukon Telehealth Evaluation Report (Rapport d'évaluation du programme de télésanté du Yukon), p. 28.

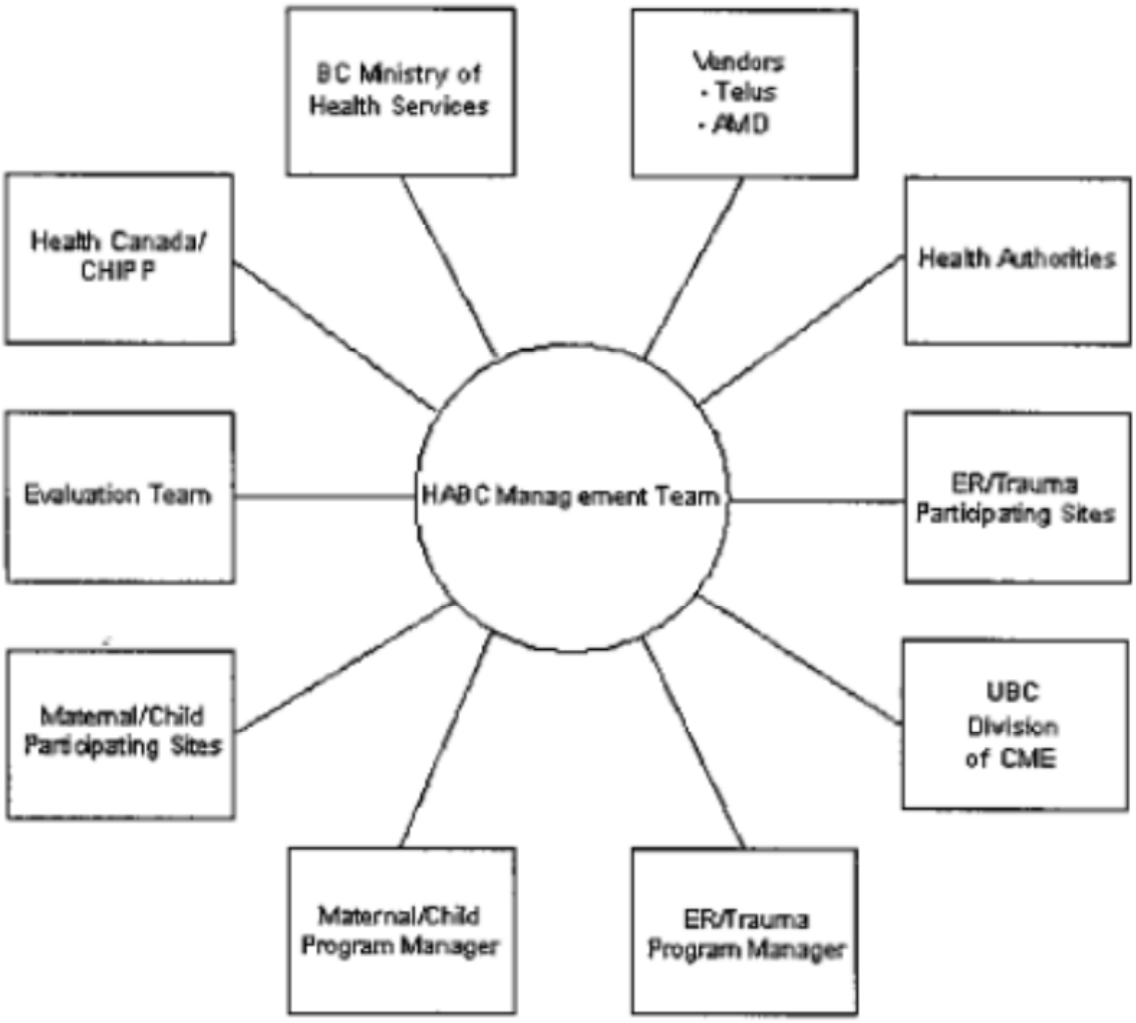


Figure 2 : Fig. 20, BCTelehealth Evaluation Report (Rapport d'évaluation du programme de télésanté de la C.-B.), p. 129

BC Ministry of Health Services

Fournisseur
. Telus
. AMD

Autorités médicales

SU/Traumatologie
Sites participants

UBC
Division de l'EMC

SU/Traumatologie
Gestionnaire de programme

Maternité/Soins à l'enfance
Gestionnaire de programme

Maternité/Soins à l'enfance
Sites participants

Équipe d'évaluation

Santé Canada/CHIP P

Équipe de gestion de HABC

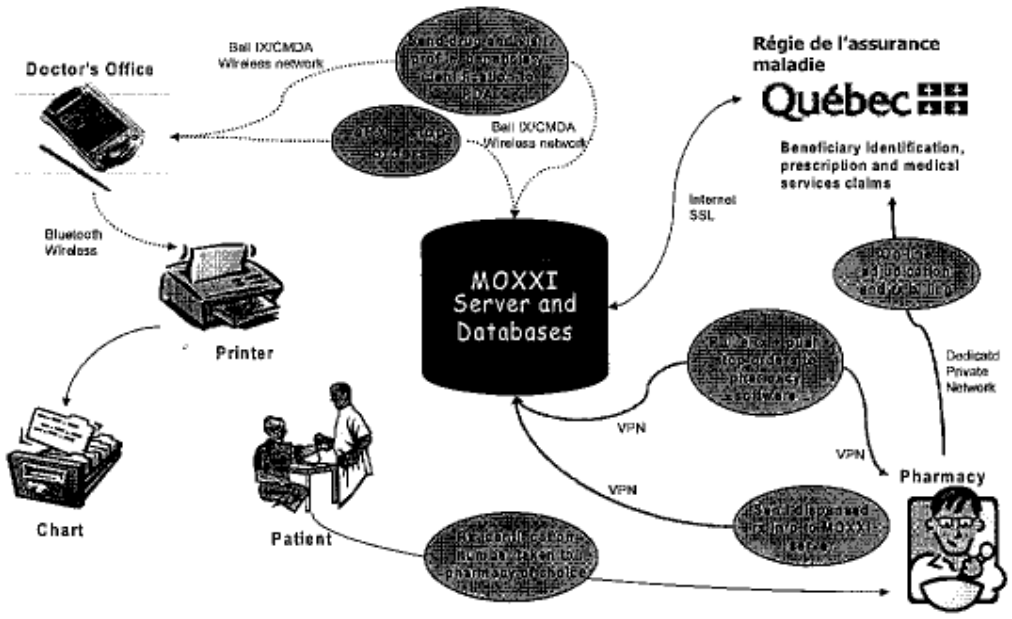


Figure 3 : MOXXI Final project report, p. 69

Doctor's Office = Cabinet médical
Bell IXICMDA Wireless network = Réseau sans fil Bell IXICMDA
Bell DOCMDA Wireless network = Réseau sans fil Bell DOCMDA
Régie de l'assurance maladie du Québec
Beneficiary Identification, prescription and medical services claims = Identification du bénéficiaire, demandes d'ordonnances et de services médicaux
Bluetooth Wireless
Printer = Imprimante
MOXXI Server and Databases = Serveur et bases de données MOXXI
VPN = RPV
Dedicated Private Network = Réseau privé dédié
Chart = Dossier
Patient = Patient
Pharmacy = Pharmacie

« Ce projet a été un exemple idéal d'intégration, de coordination et de collaboration entre les dispensateurs de soins de santé situés à des emplacements différents. Il démontre qu'il est possible à différents professionnels de la santé situés dans différentes institutions et dans différentes collectivités de collaborer à la fourniture d'un nouveau service qui profite aux patients. Le projet a facilité l'interaction entre différents professionnels de la santé au sein des T.N.-O., et entre les professionnels de la santé des T.N.-O. et de l'Alberta. Le protocole d'examen d'images fixes a permis une amélioration de la communication entre les techniciens ophtalmologiques de la Clinique de l'œil de Yellowknife et le chirurgien de la rétine du service d'ophtalmologie, de la University of Alberta à Edmonton. Cette amélioration de la communication a permis une amélioration du service de triage et une rationalisation des services de soins ophtalmologiques entre les Territoires du Nord-Ouest et la University of Alberta. En second lieu, le protocole d'examen d'images fixes a permis une amélioration de la communication entre les techniciens ophtalmologiques et l'ophtalmologiste local de la Clinique de l'œil de Yellowknife. » WestNet Ophthmalmology Evaluation Report, p. 74.

On trouvera à gauche un exemple type de structure de partenariat efficace, faisant appel à différents types de professionnels de la santé situés à différents emplacements dans deux provinces.

Certains partenariats interprovinciaux constitués dans le cadre d'initiatives financées par le PPICS seront des éléments déterminants du paysage des TIC des futures initiatives dans le domaine mises en œuvre dans ces régions. Par exemple, le registre de dispensateurs de soins de WHIC a permis l'intégration des renseignements médicaux en faisant la démonstration de l'efficacité d'un processus d'équipe multi compétences[150]. L'IAS, en tant que partenariat entre quatre provinces, a permis de recenser des retombées similaires dans le cadre des partenariats interprovinciaux[151]. Dans ce cas, un partenariat existant a été renforcé et élargi dans le cadre du PPICS[152].

« Le PPICS a facilité la mise sur pied de nouveaux partenariats de services et de relations inter-pairs qu'on n'envisageait pas auparavant, et qui ont renforcé la capacité des fournisseurs de services à tous les échelons. » BCTelehealth Final Project Report, p. 7.

Avantages des partenariats. Selon les évaluations de projet, un grand nombre d'avantages ont été générés par les partenariats, notamment : 1) amélioration de la compréhension de l'environnement, des processus et des capacités des partenaires, ainsi que hausse du respect mutuel qui accompagne une meilleure compréhension; 2) hausse de l'efficacité, par voie de réduction du dédoublement des efforts et d'utilisation d'outils, de processus et de connaissances partagés; 3) amélioration des capacités du fait de l'apprentissage mutuel (par exemple, à l'échelon des services et des dispensateurs (voir illustration de gauche)).

Gérance. La régie est une question à laquelle nombre de projets ont été confrontés dans le cadre d'un partenariat multi compétences. Les expériences vécues dans le cadre de divers projets semblent indiquer que les partenariats se sont avérés plus efficaces lorsque les rôles et responsabilités étaient clairement négociés entre les partenaires dès le départ. Dans certains cas, des mandats de projet bien définis auraient facilité ce processus, avec pour résultat une amélioration des perceptions communes. Dans de rares cas où les questions de régie n'avaient pas été convenablement traitées, les partenariats et, par le fait même, les projets n'ont pas progressé de manière satisfaisante. Deux exemples illustrent le coût de l'inefficacité de la gestion. Tout d'abord, le projet Outreach, qui illustre les contradictions entre le besoin de faire appel à la participation des partenaires et de leur donner les

[150] HealthNet/BC Provider Registry Final Report p. ii.
[151] HIA Final project report, p. 27
[152] HIA Case Study Report, p. 10

pouvoirs nécessaires, et la nécessité d'instaurer des axes clairs d'autorité et d'imputabilité. Dans le cadre de ce projet, la structure de régie a semble-t-il été diluée et les voies hiérarchiques n'ont pas été clairement définies[153]. Dans le cas d'un autre projet, réalisé par le service des urgences – traumatologie du programme de télésanté de la C.-B (cité à gauche), on a évoqué la même tension en ajoutant une nuance concernant les conséquences de la gestion décentralisée sur les efforts déployés pour créer une équipe de projet unifiée[154].

« Nous avons appris une autre leçon de notre travail avec un aussi grand nombre de partenaires. Il est important d'inclure les joueurs potentiels dès le départ, c.-à-d. la demande de financement. Non seulement cela donne aux partenaires la possibilité de faire part de leurs opinions et de leurs préoccupations dès le départ, mais cela leur permet également d'inclure les activités reliées à leur projet dans leur propre calendrier » *(MOXXI Final Project Report, p. 51*

Ces exemples pourraient nous amener à échafauder d'autres hypothèses concernant l'efficacité relative des divers modèles de régie adoptés par les responsables de projets du PPICS. Cette question n'a pas été formulée de manière explicite dans le cadre de la présente évaluation, mais elle aurait pu être examinée lors de l'évaluation du suivi, où il aurait été intéressant de comparer la réussite et la viabilité à long terme des partenariats, selon des modèles de régie plus ou moins centralisés. Par exemple, la gestion de projet centralisée a été considérée comme un facteur de succès clé du projet de télésanté du Manitoba, alors qu'un modèle d'adhésion en réseau a été considéré comme très efficace dans le cadre du projet du réseau North – ces deux projets très réussis couvrant de vastes régions voisines

Leçon tirée des partenariats. Nombre de projets ont signalé qu'une grande partie des leçons apprises dans le cadre de leurs projets concernaient les partenariats. L'une des leçons tirées de l'examen des rapports de projet était une condition commune cruciale devant être remplie pour assurer la réussite des partenariats : participation dès le départ des partenaires à tous les échelons (voir exemple de gauche).

« Ces évolutions contractuelles n'ont pas été seulement très coûteuses en termes de temps – prolongeant la phase préparatoire d'environ un an jusqu'à février 2002 – mais elles ont également consommé des ressources importantes qui n'avaient pas été inscrites au budget, dont des frais juridiques importants (BCTelehealth Final Report, p. 241).

Coûts des partenariats. Le modèle de partenariat du PPICS a également eu ses coûts. À certains égards, les éléments de la conception du programme étaient mutuellement contradictoires : des échéances relativement inflexibles et le besoin de conclure un partenariat officiel ont entraîné la nécessité de négocier rapidement des accords complexes et multiples avec de nombreux partenaires. Comme l'illustre l'exemple de gauche, il en est découlé fréquemment un report des dates de mise en œuvre, parfois jusqu'à à peine quelques mois de la date d'achèvement du PPCIS, ainsi que des coûts imprévus. Les porte-parole d'un autre projet multi provincial ont souligné que le temps nécessaire au processus de conception dépassait probablement le délai qu'aurait nécessité un projet réalisé par une seule province[155].

[153] Project Outreach Final Report (Rapport d'évaluation du projet Outreach), p. 35
[154] BCTelehealth Final Evaluation Report (Rapport d'évaluation final du programme de télésanté de la C.-B.), p. 114
[155] WHIC Final Project Report, p. 16.

3.6.7 Dans quelle mesure les contributions en termes de budget et de ressources d'autres sources se sont-elles ajoutées aux contributions du PPICS, au-delà de l'accord relatif à un ratio de contribution de 50/50?

Comme l'indique le tableau 1, la contribution de 83 M $ des partenaires au PPICS a été supérieure au total du PPICS, soit 71 M $. La contribution en pourcentage a varié selon les projets. Dix-huit projets ont reçu entre 49 % et 55 % de leurs fonds de leurs partenaires, contre 55 % pour 11 d'entre eux. Le taux le plus élevé de contribution des partenaires a atteint 60 % du total.

Des preuves indirectes tirées des rapports de projet semblent indiquer que les partenaires pourraient avoir effectué des contributions supplémentaires non documentées. Les processus associés à la négociation et à l'adaptation du concept de projet pour l'intégrer aux systèmes existants, ainsi que les ressources engagées dans le domaine de la technologie de l'information dans les sites effectuant le déploiement n'ont pas été nécessairement documentés systématiquement.

Enfin, le point de vue du PPICS a influé sur cette question. À partir du moment où des systèmes de santé intègrent les résultats des projets du PPICS à leurs plans de prestation et de développement du service sur une base suivie, il pourrait également être pertinent de se demander comment le PPICS a contribué aux efforts déployés par le système de santé des provinces et territoires pour intégrer les services axés sur les TIC à la plate-forme élargie du financement permanent; c.-à-d., examiner quelle proportion de l'activité de développement des TIC globale au cours de la période de financement a été appuyée ou mise à profit par le PPICS. Comme l'ont souligné les répondants aux entrevues auprès des informateurs clés, même avec les fonds investis dans Inforoute, une stratégie nationale nécessite un investissement et un engagement en profondeur de la part du gouvernement et de l'industrie[156].

3.6.8 Quelles répercussions le PPICS a-t-il eu sur les initiatives de TIC et leurs commanditaires qui n'ont pas été sélectionnés pour le financement du Programme?

Aucune des sources de données d'évaluation ne fournit de données substantielles sur cette question. Une enquête prévue sur les projets non financés a été mise de côté, en tant que faible priorité, compte tenu des échéances allouées, mais elle aurait permis de déterminer ce qui aurait pu se passer en l'absence du PPCIS, et donc contribuer à clarifier dans quelle mesure les changements observés dans le paysage des TIC peuvent concrètement être imputés au PPCIS. Cette question demeure largement occultée dans le cadre de la présente évaluation. Toutefois, certains informateurs clés ont estimé que le programme avait eu un effet stimulant globalement, qui ne se limitait pas aux 29 projets financés[157].

Sommaire : Répercussions au niveau macro-économique

Selon les données disponibles, il semble que les répercussions du PPICS s'étendent au-delà des différents projets et qu'il a contribué à faire décoller les TIC au Canada, qui ont atteint d'un point de vue global un niveau d'activité et d'intégration nettement supérieur tout en se taillant une place de choix dans la vision commune. Les projets du PPICS ont contribué de manière significative à la « banalisation » des TIC au sein des systèmes de soins de santé, la plupart des projets de télésanté et

[156] Key Informant Interviews Report, p. 34.
[157] Key Informant Interviews Report, version 2.0, p. 20

certains projets de DES devenant totalement intégrés aux plans de service provinciaux régionaux. Ils ont également contribué au renforcement de l'intégration des services tant du point de vue des patients que des dispensateurs de soins, et ils pourraient dans certains cas avoir contribué à l'amélioration de la continuité des soins. Le modèle de partenariat du PPICS a généré des partenariats efficaces et suivis au sein des administrations et entre celles-ci, et ces partenariats ont été essentiels à la réussite des projets. La régie dans le cadre des modèles de partenariats transjurisdictionnels s'est avérée problématique, les projets ayant des approches variables des modèles de gestion et connaissant des degrés de réussite variables à cet égard.

3.7 Enjeu 7 : Contribution de la conception du programme à l'accomplissement des objectifs

3.7.1 Quelle différence est imputable aux éléments de conception du programme, du point de vue de la participation à celui-ci, de la dimension et de la nature des projets et de l'accomplissement des objectifs du programme?

Exigence de financement de contrepartie. L'exigence de financement de contrepartie a été l'un des éléments cruciaux du PPICS et elle a clairement contribué à promouvoir une approche de collaboration à l'égard de la mise au point et de la mise en œuvre des TIC. Les exigences de financement ont garanti que les partenaires adhéraient au projet et se l'appropriaient conjointement, conditions considérées par nombre d'informateurs et de projets clés comme fondamentale du point de vue de l'avancement des projets de TIC dans leur contexte complexe, caractérisé par la multiplicité des parties prenantes. L'étude sur les informateurs clés a souligné que nombre de répondants estimaient que les exigences de fonds de contrepartie favorisaient la mise en œuvre, plutôt que le développement – c'est-à-dire, garantissaient que l'objectif consistait à mettre en œuvre et à utiliser des systèmes fonctionnels dans des environnements concrets caractérisés par de multiples parties prenantes, plutôt que de mettre au point de nouveaux concepts ou prototypes. Le financement de contrepartie a également été considéré comme un volet clé de la viabilité. Il a permis aux initiatives de TIC de passer d'un mode de financement par projet à un mode où les partenaires les plus susceptibles d'assumer un financement durable pourraient participer de manière progressive, passant d'un niveau de participation précoce où ils assument un moindre risque jusqu'à l'adoption d'un service fiable en bout de ligne, une fois atteint un certain niveau de maturité[158].

Exigence de partenariats intercompétences. L'interprétation de cette exigence par les différentes équipes de projet a été très variable, vraisemblablement en raison du fait que sa nature n'a pas été prescrite précisément dans les exigences obligatoires des critères de sélection de projet. La plupart des responsables de projet ont œuvré à la mise sur pied de partenariats entre des compétences géographiques, dont les provinces et les territoires, les autorités médicales régionales et les zones d'implantation institutionnelles. La plupart ont également nécessité des partenariats entre des compétences professionnelles, c'est-à-dire entre différents types de praticiens participant à la prestation des soins de santé. Les commentaires relatifs à cet aspect de la conception du programme ont été très rares, quelles que soient les sources de données, peut-être en raison du fait que cette exigence était considérée comme fondamentalement nécessaire au progrès du développement des TIC. Les responsables d'un projet ont souligné que les exigences avaient créé des situations de mariage « arrangé » entre les partenaires, qui se sont avérées difficiles à gérer[159].

[158] Key Informants Interview Report (Rapport d'entrevues auprès des informateurs clés), p. 22
[159] BCTelehealth Evaluation Report, p. 108

Critères d'admissibilité. Il n'existe aucune preuve, quelles que soient les sources de données d'évaluation, que les critères d'admissibilité aient influé sous une forme ou une autre sur la participation aux projets ou sur leur nature, ou qu'ils aient limité ou favorisé leur réussite. Bien entendu, une partie de ces renseignements n'ont pu être obtenus que des équipes qui s'étaient adressées au PPICS pour obtenir un financement, mais qui ne répondaient pas aux critères d'admissibilité. En règle générale, toutefois, ces exigences ont semblé ne pas avoir soulevé de problèmes.

Processus de sélection. Les déclarations faites par les responsables de divers projets dans leur documentation ou leurs entrevues semblent indiquer que le processus de sélection à base de DP du PPCIS ne convenait pas nécessairement bien à ce type d'initiative, pour deux raisons essentielles. Tout d'abord, la rédaction initiale des propositions nécessitait une consultation à grande échelle des parties concernées et des partenaires. Ces discussions ont mené inévitablement à une hausse des attentes et des relations instaurées au sein des organisations, qu'il a fallu renégocier une fois la proposition modifiée de manière notable par Santé Canada[160]. Il aurait été utile, selon les porte-parole de ces projets, de pouvoir avoir des échanges précoces avec Santé Canada sur les approches et les orientations, avant d'élaborer des propositions de financement exhaustives, avec l'engagement sans réserve des partenaires[161].

Le second problème mis en évidence correspond au fait que les processus de DP par projet réduisent la possibilité de collaboration et d'apprentissage mutuel entre les projets financés : « *Plusieurs informateurs clés ont déclaré que le processus de DP avait constitué un obstacle au partage des pratiques exemplaires, du fait que ceux qui sont en concurrence pour l'obtention d'un même financement n'ont pas voulu collaborer et partager de l'information. De manière similaire, un informateur clé a déclaré que le projet de télésanté avait été précédé par un autre, mais qu'il n'avait pas été possible d'accéder aux leçons tirées du précédent*[162]. »

Quelques commentaires formulés concernant les critères de sélection semblent indiquer que certaines parties concernées ont estimé qu'on accordait trop d'importance à la représentation régionale, avec pour résultat le non financement de plusieurs projets valables.

Conseil consultatif de programme. Aucune donnée n'était disponible quelles que soient les sources de données concernant le conseil consultatif de programme. En particulier, il n'a pas été mentionné comme représentant un problème du point de vue du soutien par aucun des informateurs clés interrogés.

Besoins d'évaluation à mi-mandat et finale. Même si nombre d'inquiétudes ont été formulées concernant les courtes échéances associées aux exigences d'évaluation, certaines preuves indiquent que le cadre d'évaluation lui-même a été utile pour les projets qui n'avaient pas encore élaboré en totalité un cadre ou un modèle d'évaluation. L'exigence d'une évaluation à mi-mandat n'a pas été considérée comme problématique et dans un cas, on l'a déclarée utile à la prise de décisions concernant les étapes de projet subséquentes[163].

---

160 HIA Evaluation Report, p.29.
161 HIA Final Project Report, p. 13.
162 SWOT-N/Videocare Evaluation Report, p. 43
163 EOTN Evaluation Review Table, p. 12

Autres enjeux : Généralement, on a fait remarquer d'un point de vue général que le PPICS pourrait être considéré comme ayant été dépourvu d'une partie des outils de conception opérationnelle nécessaires pour appuyer avec le maximum d'efficacité les projets en utilisant un modèle opérationnel de R et D. En vertu d'un tel modèle, il y aurait une latitude accrue de négociation et de renégociation des échéances dans le cadre d'un processus d'élaboration de propositions non concurrentielles, on accorderait plus d'importance à l'apprentissage mutuel entre projets, et on disposerait d'une capacité administrative accrue pour s'adapter aux difficultés d'ordre technique et aux problèmes de fournisseurs ou de collaboration imprévus mais inévitables.

3.7.2 Dans quelle mesure et de quelle façon les politiques et la mise en œuvre du PPICS ont-ils influé sur l'accomplissement des objectifs de programme?

« Il a fallu plus longtemps qu'on ne le prévoyait à l'origine pour conclure l'accord de contribution avec Santé Canada. L'accord original a dû être reformulé et représenté lorsque la demande de financement originale a été acceptée, mais pour un montant inférieur. Ce retard a entraîné une réduction des achats d'équipement et la mise en œuvre de Télésanté dans un délai beaucoup plus court que les prévisions originales. Cela aurait pu contribuer à une moindre « adhésion » des utilisateurs, qui constitue un volet crucial de tout plan de gestion du changement » Yukon Telehealth Final Report (Rapport final sur le programme de télésanté du Yukon), p. 12.

On a constaté un consensus très solide sur le fait que certains aspects des politiques et de la mise en œuvre du PPICS avaient peut-être nui à l'accomplissement de certains objectifs de projet individuels.

Retards de la mise en œuvre. Tout d'abord, le processus de sélection et les réductions budgétaires ont, selon plusieurs équipes de projet, entraîné des retards qui ont sérieusement compromis leur capacité d'accomplir leurs objectifs dans les échéances. Dans certains cas, les propositions soumises ont été le sujet de longues négociations entre les partenaires, qui ont du ensuite être reprises compte tenu de la diminution du financement. On en trouvera un exemple à gauche.

Périodes d'évaluation insuffisantes. L'une des grandes conséquences de la réduction du délai d'expérimentation a été de réduire la signification et l'utilité des évaluations de projet, pour les annuler complètement dans quelques rares cas. C'est ce qu'illustre, par exemple, une déclaration figurant dans la préface du rapport d'évaluation de l'IAS, selon laquelle aucune information empirique fiable n'a pu être fournie concernant le projet[164]. L'IAS était un programme de 24 millions $, de sorte que cette absence de preuve d'évaluation solide est passablement inquiétante. C'est l'une des grandes lacunes du PPICS : nombre d'Équipes de projet ont été insatisfaites de leurs évaluations externes, étant donné que celles-ci avaient été effectuées trop rapidement ou qu'elles n'avaient pas été en mesure d'observer le projet au cours d'une phase avancée de la mise en œuvre. Les porte-parole d'au moins dix projets ont recommandé de prolonger la période d'évaluation, de manière à être en mesure d'effectuer une évaluation plus valide des répercussions de projet. Les entrevues auprès des informateurs clés ont confirmé cette opinion[165].

Réduction de la taille du projet. Dans d'autres cas, la réduction du financement a signifié l'élimination d'un ou de plusieurs volets du projet, avec pour résultat en bout de ligne une réduction de l'acceptation de la technologie. Par exemple, dans le cadre du programme de télésanté du Yukon,

[164] HIA Evaluation Report, p. vii.
[165] Key Informant Interviews Report, p. 36

un service d'interprétation des examens radiologiques qui avait été planifié a été réduit à un soutien radiologique, dont l'utilité a été considérée comme douteuse par les praticiens[166].

Exigences de rapports du PPICS. L'un des enjeux soulevés dans le cadre de nombreux rapports de projet ainsi que dans le cadre des entrevues auprès des informateurs clés a été que les exigences de rapports du PPICS, qui étaient de manière passablement uniforme considérées comme plutôt onéreuses, consommaient des ressources importantes en termes de temps du projet. Cela a rendu particulièrement difficile la reddition de comptes concernant les ressources non financières fournies par de multiples institutions. *« Les formalités administratives requises de la part du PPICS étaient excessives, tant du point de vue du volume que du degré de détail requis. J'ai passé plus de temps à remplir les formalités administratives du PPICS qu'à concevoir et à exploiter le projet. Ces formalités administratives représentaient à elles seules un travail à temps plein. »*[167] Les porte-parole de divers autres projets ont souligné que les changements des exigences de rapports au cours de la durée du projet, tout comme la livraison tardive des outils et des normes de compte rendu étaient nuisibles; par exemple : *« De plus, il aurait été utile que le format définitif des formulaires et des procédures de compte rendu puisse être étudié avec les administrateurs de projet et arrêté définitivement avant le début officiel du projet. Dans les faits, les changements des processus et des formulaires de compte rendu ont eu lieu tout au long de la durée du projet. Dans certains cas, il en est découlé des dépenses imprévues importantes et un double emploi des ressources. »*[168] Toutefois, les responsables d'une minorité de projets n'ont pas semblé estimer que les exigences n'étaient pas raisonnables (certaines des personnes interrogées les comparant favorablement aux exigences de compte rendu d'inforoute).

Soutien du BSI. Les comptes rendus des responsables de projet présentés dans le cadre des entrevues ou de leur documentation, concernant le soutien offert par l'équipe du BSI étaient partagés. Certains étaient très positifs, citant des exemples de soutien et d'aide fournis par le personnel du BSI[169]. Les rapports les moins positifs provenaient des équipes de projet ayant connu divers revers dans le cadre de leur liaison avec le BSI, et les équipes estimaient que cela avait eu des conséquences négatives sur les échéances du projet[170].

3.7.3 Quelle a été l'efficacité de chacune des caractéristiques administratives suivantes du programme du point de vue de leur contribution à l'accomplissement de ses objectifs?

Chefs de file de projet : Comme nous l'avons vu précédemment, les rapports de projet du PPICS ont révélé une satisfaction générale à l'égard du soutien reçu de la part des chefs de file de projet, les auteurs estimant que la disponibilité d'une personne-ressource clé au sein de Santé Canada leur permettait de résoudre les problèmes rapidement et efficacement. Le renouvellement aux postes de chefs de file de projets, comme nous l'avons mentionné précédemment, a suscité un certain mécontentement. Aucune source de données n'a révélé de commentaires sur ce qui aurait pu se produire en l'absence de chefs de file de projet, mais il semble plausible de conclure qu'ils ont constitué une composante utile du programme.

166 Yukon Telehealth Evaluation Report, p. 7.
167 Key Informant Interviews Report, p. 21.
168 ICMHIS Evaluation Report, p. 48;
169 Key Informant Interviews Report, p. 18
170 Key informant interviews, p. 21.

Coordinateurs de programme régionaux : Aucune des sources de données n'a mentionné ces ressources, et il semble donc qu'ils n'ont pas constitué une caractéristique marquante du programme. Leur degré de contribution aux objectifs du programme ne peut être évalué.

Activités horizontales dans les domaines suivants :

Évaluation de projet : Comme nous l'avons déclaré précédemment, une partie des équipes de projet ont signalé que le cadre de l'évaluation lui-même était utile, lorsqu'elles n'avaient pas déjà élaboré un cadre ou un modèle d'évaluation exhaustifs. Toutefois, certains étaient d'avis que le matériel d'évaluation de projet aurait dû être disponible plus tôt. Certaines équipes de projet auraient également apprécié plus de soutien en termes d'identification d'un ensemble de base d'outils d'évaluation uniformisés et d'indicateurs de rendement quantifiables, afin de permettre une meilleure comparaison entre les projets. À vrai dire, les rapports d'évaluation de projet, en dépit de la présence d'un cadre commun, renferment une diversité incroyable d'outils et d'indicateurs d'évaluation, et affichent une absence d'uniformité de la mesure, même pour les résultats les plus élémentaires comme les niveaux d'utilisation du système.

Évaluation externe ou interne : Un autre enjeu soulevé dans le cadre de l'examen des rapports d'évaluation de projet correspond au statut de l'équipe d'évaluation en comparaison de celui de l'équipe de projet. Même si une partie des équipes de projet ont pris pour acquis que le PPICS requérait une évaluation externe, d'autres ne semblaient pas avoir cette même perception. Les équipes de huit des 24 projets examinés avaient réalisé l'évaluation elles-mêmes. Même si ces évaluations n'étaient pas nécessairement moins rigoureuses – une partie des évaluations les moins rigoureuses ayant été réalisées par des évaluateurs externes – on peut s'interroger sur leur objectivité.

Protection des renseignements personnels et sécurité. L'enquête sur la confidentialité et la sécurité réalisée a été utile au BSI, en termes de formulation de commentaires généraux sur les questions de protection des renseignements personnels et de sécurité. Elle s'est avérée moins utile toutefois pour les projets du PPICS, étant donné que tous n'ont pas reçu concernant leurs interventions les commentaires qui leur auraient permis d'ajuster leurs pratiques en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité. Dans les cas où des commentaires ont été formulés, des ajustements ont été effectués, avec pour résultat un degré de conformité plus élevé aux normes de sécurité. Il est possible que cette activité ait joué un rôle en matière de sensibilisation des équipes de projet du PPICS aux questions de protection des renseignements personnels et de sécurité.

Dans d'autres cas, le processus d'évaluation des risques a été déclaré utile du point de vue de l'analyse et de la gestion des risques.

Propriété intellectuelle. Le PPICS a produit un document interne concernant la propriété intellectuelle[171], où sont examinées les diverses politiques, qui pourraient influer sur les biens intellectuels produits par Santé Canada ou en association avec le Ministère. Le document a servi de référence lors de la préparation des clauses reliées à la propriété intellectuelle figurant dans les accords de contribution du PPICS. On ne dispose pas d'autres renseignements sur les activités horizontales dans le domaine de la propriété intellectuelle.

[171] PPICS Intellectual Property. Daté de ce jour.

Dans leurs rapports de projet, les gestionnaires de projets du PPICS étaient invités à préciser les documents et produits générés dans le cadre des projets, leur disponibilité sur format imprimé ou électronique, la nécessité ou non de payer des droits d'utilisation, et à préciser si ceux-ci avaient été ou seront fournis à Santé Canada. Chaque projet a généré au moins dix produits, parmi lesquels : plans de mise en œuvre, d'activités et de viabilité du projet, DP et modèles de contrat pour les fournisseurs, les évaluateurs externes et autres ressources externes; descriptions de travail; contrats types; tests, formation, manuels techniques et opérationnels, normes et modèles; protocoles cliniques, manuels de politiques et de procédures; outils d'évaluation; applications logicielles, normes et ensembles de données minimums; procédures d'assurance qualité, formulaires de consentement; procédures de protection des renseignements personnels et de confidentialité; et plans de viabilité et outils d'analyse. Un inventaire de ces biens intellectuels – qui appartiennent tous aux projets ou à leurs partenaires – sera remis à Santé Canada dans le cadre du transfert de connaissances associées au PPICS. Les personnes qui souhaitent y accéder seront invitées à communiquer avec leurs propriétaires. Dans la mesure où ce savoir bénéficie aux autres initiatives de TIC, les activités relatives aux biens intellectuels du PPICS auront contribué à l'objectif du Programme consistant à acquérir des connaissances sur le renouvellement des soins de santé axés sur les TIC.

Viabilité. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le PPICS a produit une série de lignes directrices pour assurer la viabilité des projets[172] et requis de la part de chaque équipe de projet qu'elle présente un plan de viabilité. Tout comme les exigences de financement de contrepartie, cette activité a contribué au degré élevé de viabilité des projets sur un plan général, en garantissant que ce volet était pris en compte dès les toutes premières phases du projet.

Normes et interopérabilité. Les équipes du PPICS ont réalisé diverses activités horizontales reliées aux normes et à l'interopérabilité. Un inventaire des normes a été produit et il sera géré par l'Institut canadien d'information sur la santé (CIS)[173]. Cet inventaire inclut quatre composantes : 1) la collecte de normes en matière d'information médicale et de renseignements connexes; 2) une base de données relationnelle pour héberger et gérer l'inventaire; 3) un kiosque d'information sur Internet accessible au public; et 4) une fonction d'entretien afin d'assurer la mise à jour, la sécurité et la fonctionnalité. Selon le calendrier figurant dans le rapport, l'inventaire aurait dû être disponible en ligne dès octobre 2002.

En second lieu, dans le but d'élaborer une approche coordonnée à l'égard des exigences d'interopérabilité associées à une infostructure de santé pancanadienne, le PPICS a mené une enquête sur les projets financés par le PPICS, qui avait pour but de préciser les problèmes et solutions en matière d'interopérabilité [174]. Les auteurs du rapport d'enquête ont formulé au total 18 recommandations, dans six domaines : utilisation éthique de la technologie, innovation, normes et interopérabilité, convergence entre la télésanté et les DES, éducation et sensibilisation, et collaboration et coopération. On ignore quelles ont été les mesures prises par les organismes pertinents (notamment l'ICIS, ACN, ou inforoute) à la suite de ces recommandations, mais un suivi plus approfondi permettrait de préciser leurs répercussions.

---

[172] Bureau de la santé et de l'inforoute (BSI), Santé Canada. Guide de viabilité de la télésanté et du dossier électronique de santé. Tecknowledge Inc., non daté.

[173] An Inventory of Standards for the Canadian Health Information System. (Inventaire des normes applicables au système canadien d'information médicale), Rapport final, 31 janvier 2002.

[174] CHIIP Standards and Interoperability Report (Rapport sur les normes et l'interopérabilité du PPICS), partie 1, partie 2 (appendices), les deux datées de juillet 2003.

De plus, le groupe des normes et de l'interopérabilité du PPICS a collaboré avec les différents projets dans le but de favoriser l'examen et la résolution des problèmes d'interopérabilité, contribuant dans certains cas à la réussite de la mise en œuvre.

Les répondants aux entrevues auprès des informateurs clés ont mentionné la nécessité de normes nationales judicieuses à plusieurs reprises. Même si les normes de télésanté semblent relativement stables, on estime que la promotion de dossiers de santé électroniques pancanadiens nécessite encore des efforts considérables[175].

Il convient également de souligner que diverses autres initiatives relatives aux normes et à l'interopérabilité ont été réalisées pour la durée du PPICS, et que nombre de projets du PPICS y ont participé de manière très active. Cela incluait un atelier national sur l'interopérabilité de la télésanté organisé par la Société canadienne de Télésanté en février 2001[176] et les lignes directrices de l'initiative NIFTE (voir ci-dessous).

« Les processus d'évaluation et de gestion des risques ont été considérés par le comité exécutif et le comité de gestion de projet comme contribuant de manière utile et concrète à la gestion globale du projet. » ICMHIS Evaluation Report, p. 49

Gestion des risques et gestion de projet. Le PPICS a produit un nombre important d'outils et de lignes directrices de gestion des projets et des risques, dont voici un exemple : lignes directrices et protocoles produits à l'appui de la mise en œuvre des projets et de la supervision des programmes, ce qui inclut les normes de préparation des rapports du PPICS (à mi-mandat, final et évaluation); lignes directrices financières (pour la préparation des demandes et des rapports d'avancement); lignes directrices et liste de contrôle en matière financière du PPICS (couvrant les aspects financiers de la gestion des projets de contribution); lignes directrices de l'élimination des immobilisations; notions élémentaires de communication; protocoles de visite sur place; et lignes directrices du processus de clôture du projet. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les équipes de nombreux projets ont trouvé les exigences de compte rendu onéreuses, mais un faible nombre ont parlé de l'utilité de ces outils. Des outils de gestion des risques ont également été préparés (guide de suivi des projets; modèle de trousse d'évaluation des risques; évaluation des risques reliés à la modification des accords de financement); au moins une équipe de projet a mentionné que ces outils étaient utiles (voir exemple de gauche).

3.8 Question 8 : Leçons apprises

3.8.1 Quelles ont été les contributions du PPICS à la connaissance des meilleures pratiques et les facteurs de réussite clés?

Cette partie du rapport s'inspire des pratiques exemplaires mises en évidence dans le cadre des entrevues auprès des informateurs clés ainsi que des études de cas, ainsi que des preuves corroborantes tirées de la documentation de projet.

Absence de renseignements sur les pratiques exemplaires existantes. L'un des thèmes qui revient dans les entrevues auprès des informateurs clés correspond au fait que dès le début des

[175] Key informant Interviews Report, p. 19
[176] Une copie du rapport est disponible à l'adresse www.cst-sct.org.

projets, il existait peu de pratiques exemplaires des TIC en vigueur, dans les domaines de la gestion de projet, de l'évaluation et de l'atténuation des risques, de la gestion du changement, de la protection des renseignements personnels, de la mesure du rendement et de l'évaluation, de la viabilité, etc., dans la sphère précise des soins de santé. Même si une partie des processus du PPICS ont été utiles, un grand nombre d'équipes de projet se sont tournées vers les pratiques exemplaires en matière de gestion des projets provenant des industries externes. Un grand nombre des pratiques exemplaires qui ont fait leur apparition ont souvent été élaborées de manière fastidieuse, c'est-à-dire selon un simple processus d'essai et d'erreur[177].

Pratiques exemplaires mises en évidence lors de la synthèse de l'information disponible

Gestion de projet/gestion du changement

Une gestion du changement efficace a été signalée systématiquement comme le facteur de réussite des projets le plus critique. Diverses pratiques exemplaires en matière de gestion du changement peuvent être mises en évidence à même les diverses sources de données.

1. **Gestionnaires de projet et processus de gestion.** Le facteur le plus crucial d'efficacité de la gestion du changement consiste en la présence d'un gestionnaire de projet compétent et expérimenté, familiarisé avec l'environnement clinique et administratif du projet, mais ayant des compétences de premier plan en matière de gestion de projets d'envergure et complexes. Nombre d'équipes de projet ont éprouvé des difficultés avec la direction de projet, dont l'efficacité était douteuse, avec pour résultat des changements de personnel à mi-mandat qui ont entraîné des retards. On a souvent souligné que ces personnes étaient très difficiles à trouver et qu'elles demeureront en forte demande, au fur et à mesure que le domaine évolue. La constitution et l'appui d'un bassin de tels individus et la création d'occasions de valoriser et de partager leurs expériences pourraient stimuler la création d'un bassin d'expertise disponible pour les futures générations de projets. Les rapports de projet renfermaient nombre de suggestions différentes d'amélioration, parmi lesquelles une sélection plus soigneuse des gestionnaires de projet, le recours à des périodes probatoires pour vérifier leurs compétences, une meilleure formation, plus d'expérience et l'emploi d'une équipe de gestionnaires de projet plutôt que d'un seul gestionnaire.

   L'un des thèmes qui revient le plus souvent dans le cadre des entrevues auprès des informateurs clés correspond au fait que les projets du PPICS étaient en bout de ligne des défis en termes de gestion du changement et de transformation des activités. La technologie de l'information et des communications, même si elle a une importance indéniable, était simplement un facteur d'habilitation[178]. En termes de pratiques exemplaires, les gestionnaires de projet compétents et expérimentés décrits ci-dessus devraient utiliser des processus efficaces de gestion de projet, adaptés à l'environnement de collaboration en réseau, qui évolue rapidement. Les équipes de projet du PPICS ont précisé les facteurs suivants en tant que processus de gestion de projet clés : 1) structuration des communications entre tous les intéressés en se basant sur un plan et un protocole de communication clairs (voir point 6 ci-

[177] Key informant Interviews Report, p. 29

[178]Key Informant Interviews Report, p. 29.

dessous); et 2) gestion de projet méthodique et cohérente, avec un calendrier, des échéances et des périodes de compte rendu établies. Les projets du PPICS qui ont démarré sans une approche systématique de la gestion n'ont pas tardé à constater qu'il leur fallait des ressources de gestion supplémentaires.

3. **Systèmes de soutien des utilisateurs à distance.** La présence stable de systèmes de soutien solides des utilisateurs éloignés peut être considérée comme un facteur critique de réussite des services de santé axés sur les TIC. Dans le cadre des projets de télésanté, les coordonnateurs sur place remplissent ce rôle, et ils peuvent être la clé du démarrage de l'adhésion au sein de la communauté des cliniciens, tout en étant des champions locaux indispensables. Dans le cadre des projets de DES, de solides liens avec les utilisateurs locaux assurés par des équipes de liaison ou d'interface ont joué un rôle tout aussi important du point de vue de l'obtention et du maintien de l'adhésion.

   Toutefois, les projets du PPICS ont révélé que ces systèmes sont rarement dotés des ressources suffisantes. Les personnes choisies pour des postes de coordination sur place ont souvent été soumises à des pressions énormes et leurs employeurs ont parfois failli à leurs obligations d'ajustement à la baisse de leur charge de travail et de leurs responsabilités. Les projets qui ont souffert d'un taux de renouvellement élevé des coordonnateurs sur place en raison de ces facteurs en ont payé les conséquences en termes de niveaux d'utilisation. Les coûts relatifs de la dotation de postes à temps partiel peuvent s'avérer plus élevés pour l'ensemble de l'organisation que la recherche des ressources requises pour doter les postes à temps plein dès le départ, étant donné que les postes de coordinateur sur place à temps partiel ont tendance à épuiser leurs titulaires d'où un taux élevé de renouvellement (dans les deux cas, postes à temps partiel).

4. **Leadership clinique.** Les diverses sources de données s'accordent sur le fait qu'un leadership clinique expérimenté, réceptif et crédible est essentiel pour assurer une adhésion significative des communautés professionnelles. Ce leadership doit également être habile sur le plan politique et avoir l'expérience du traitement de problèmes de compétences et d'admissibilité complexes qui entourent l'adoption d'innovations dans les systèmes de santé.

   Cette leçon a été corroborée par l'analyse de l'ensemble des études de cas, qui a révélé que l'adhésion ou l'acceptation des médecins passait par la nomination d'un champion de ce groupe. De plus, le soutien des regroupements ou des associations professionnels est également un facteur d'adhésion clé[179].

5. **Régie.** Comme nous l'avons souligné précédemment, la réussite des projets a été maximale lorsqu'ils disposaient d'un modèle de régie ou d'une charte clair dès le départ. Leur absence a souvent entraîné des retards et des mécontentements et dans certains cas, l'effondrement concret des partenariats. Les structures de régie adéquates doivent également être accompagnées d'une imputabilité des partenaires du projet, avec un compte rendu périodique de l'avancement à toutes les parties et des communications suivies.

   Au chapitre de l'efficacité de la régie, les partenaires devraient avoir un plan d'activités clair relativement à leur contribution, de sorte qu'ils sachent quels avantages attendre de leur

[179] Case Study Report, p. 140. Voir aussi Tableau 6.

participation et leur contribution à cet égard. La structure de régie devrait viser un équilibre entre 1) l'inclusion des parties concernées; 2) l'habilitation et la participation des partenaires; et 3) la capacité d'intervenir de manière souple et efficace. Les structures de comité très perfectionnées ont épuisé les partenaires de projet et parfois alimenté la confusion entourant les responsabilités et les mandats. Plus rarement, des mécanismes de régie ne parvenant pas à susciter une adhésion suffisante des parties concernées ont entraîné une résistance au changement. Aucune conclusion claire ne peut être tirée concernant les structures de régie les plus ou les moins efficaces, étant donné que les différents modèles utilisés dans le cadre des projets du PPICS ont semblé efficaces.

6. **Communication.** L'un des thèmes relatifs aux pratiques exemplaires qui est ressorti des entrevues auprès des informateurs clés correspond à l'importance de la communication et d'une vision commune : la mise au point, l'introduction et l'exploitation des TIC est un exercice qui fait appel à la collaboration des parties intéressées. À ce titre, une solide communication entre toutes les parties constitue un facteur critique de réussite. De plus, il est important pour les intervenants d'élaborer une vision commune dès le début et de veiller à ce que le message soit convenablement communiqué à toutes les personnes concernées. Certaines équipes de projet ont semblé éprouver des difficultés du fait de l'existence de multiples visions de ce que devait être le projet.

   Ce thème est également ressorti de l'analyse de dossiers sélectionnés. Pour les six études de cas, il s'est avéré clair que la communication interne et externe était essentielle à la réussite du projet. L'efficacité des communications internes, qu'elles soient fermement ancrées sur les axes hiérarchiques verticaux comme dans le cadre du projet SI-RIL ou axées sur une composante de gestion centrale, comme dans le cadre du projet de télésanté du Manitoba, s'est avérée nécessaire à l'instauration de relations de travail fonctionnelles entre les membres de l'équipe. L'efficacité de la communication interne s'est avérée aussi importante du point de vue de la mise sur pied de partenariats solides, l'un des éléments importants pour tous les projets financés par le PPICS. On a également constaté dans les six études de cas que la communication avec les utilisateurs potentiels du système ainsi qu'avec le grand public durant la mise en œuvre avait été de la plus grande importance du point de vue de la création d'un intérêt pour le projet et de l'attraction des utilisateurs[180].

7. **Évaluation des besoins/pratiques.** L'examen des documents de projet a indiqué que l'évaluation des besoins avait été un facteur crucial de réussite des projets. Dans certains cas, une évaluation des besoins trop rapide ou incomplète s'est traduite par la conception de projets qui en bout de ligne ont connu une moindre réussite. Les entrevues auprès des informateurs clés ont confirmé ce constat, les répondants soulignant que les projets réussis incluaient généralement une évaluation approfondie des besoins, et que leurs équipes consacraient le temps nécessaire à l'analyse et à la conception des systèmes. En particulier, elles avaient accordé une attention étroite à la compréhension des méthodes de travail existantes des utilisateurs et recherché des occasions d'amélioration. Les projets dont les équipes ont effectué une analyse approfondie des situations existantes – qu'il s'agisse de tendances en matière de pratiques, de prescriptions d'ordonnances, de recommandations, ou de vocabulaire clinique, de flux des travaux, de circulation de l'information – étaient toujours plus réussis que les projets manquant dès le départ de renseignements qui se sont avérés

[180] Case Study Report, p. 142. Voir aussi Tableau 6.

critiques par la suite. Les projets réussis incluaient également une boucle de rétroaction pour les utilisateurs. De plus, les coûts, tant en temps qu'en argent, de la reprise de travaux de mise au point de systèmes parfois considérables, systèmes ne répondant pas aux besoins des utilisateurs ou des cliniciens sur le terrain, étaient sensiblement plus élevés que les coûts d'une évaluation approfondie des besoins/pratiques dès le départ.

Les analystes comparatives de six études de cas ont également révélé que l'évaluation des besoins constituait un facteur de réussite. Les études d'évaluation des besoins permettaient de garantir que ce qui était livré au moyen de la télésanté correspondait aux besoins réels des collectivités. L'inclusivité du processus s'est avéré importante pour influer sur l'efficacité de la conception du projet et assurer l'adhésion des utilisateurs ainsi que l'expansion entre projets[181].

8. **Participation des parties concernées.** Dans l'esprit de ce qui précède, les constatations de l'analyse comparative des études de cas ont révélé que l'inclusion des parties concernées, des partenaires et des collaborateurs au cours de toutes les phases du projet étaient considérée comme une pratique exemplaire répandue menant au succès. Une structure de gestion centralisée et une gestion de projet rigoureuse pavaient la voie à la représentation et à l'inclusion des parties intéressées. Un certain nombre de stratégies axées sur les partenariats ont été mises à profit efficacement pour assurer la viabilité et permettre l'expansion[182]. Les entrevues auprès des informateurs clés ont également semblé indiquer que les projets réussis prenaient également soin de faire participer les utilisateurs – médecins, patients, administrateurs, techniciens – tout au long du cycle de vie du projet, ce qui contribuait à l'obtention du soutien nécessaire de la part des parties concernées. La formation était une priorité, tout comme le soutien suivi.

Évaluation et atténuation des risques

Les pratiques exemplaires en matière d'évaluation et d'atténuation des risques qui peuvent être recensées à même les diverses sources de données incluent ce qui suit :

1. **Évaluation des risques.** Les équipes de projet qui ont réalisé des évaluations officielles des risques les ont trouvées à la fois instructives et utiles. Les évaluations des besoins et les analyses approfondies du contexte peuvent s'avérer instructives du point de vue de l'évaluation des risques.

2. **Planification des imprévus.** L'examen des documents de projet semble indiquer que la souplesse intégrée aux budgets et aux échéances pour tenir compte des imprévus était l'une des caractéristiques des projets réussis. De manière similaire, le consentement à s'adapter et à faire preuve de souplesse a été considéré comme un facteur de réussite par les personnes interrogées dans le cadre des entrevues auprès des informateurs clés : les équipes de projet ouvertes aux ajustements sur une base constante ont connu plus de réussite que celles qui n'étaient pas prêtes à déroger à leurs plans originaux.

[181] Case Study Report, p. 140. Voir également tableau 6.
[182] Case Study Report, p. 140. Voir également tableau 6.

3. **Utiliser une technologie éprouvée et des normes internationales communes et ouvertes.** Un grand nombre des risques rencontrés par les équipes de projet étaient reliés à la mise au point et à la livraison de la technologie. L'une des principales leçons tirées de l'ensemble des projets révèle que le meilleur moyen d'assurer que la mise en œuvre de ces projets soit réussie dans les délais prévus et avec efficacité consiste à utiliser seulement de la technologie éprouvée. L'investissement dans des technologies embryonnaires ou en cours de développement sans soutien à long terme garanti d'un fournisseur commercial stable (par opposition, par exemple, à un chercheur universitaire/réalisateur) a été associé à nombre de problèmes douloureux de prestation et de fonctionnalité. Les projets qui ont utilisé une technologie disponible sur le marché et basée sur des normes internationales communes ont connu moins de problèmes. Dans les cas où les normes existantes ne fournissent pas la fonctionnalité requise, on peut gagner du temps en attendant qu'émergent des normes claires et que des produits nouveaux passent le test de la commercialisation.

Protection des renseignements personnels

À l'échelon des différents projets, on a beaucoup appris concernant les pratiques exemplaires en matière de protection des renseignements personnels, dans le contexte des pratiques axées sur les TIC et de technologies précises. Particulièrement sur le volet des DES, les problèmes technologiques demeurent très difficiles dans le domaine de la protection de la vie privée et ils le deviendront d'autant plus au fur et à mesure que les utilisateurs commencent à réclamer des technologies sans fil dans le cadre des services axés sur les TIC.

Les procédures et pratiques de protection des renseignements personnels ont été plus faciles à mettre en œuvre lorsque les systèmes participants possédaient déjà des politiques claires et en vigueur auxquelles les services axés sur les TIC pouvaient s'adapter, ou vice versa. Les pratiques exemplaires incluront donc la collaboration étroite, lors de la phase de conception du projet, avec les équipes de système envisageant l'adoption de services axés sur les TIC, afin d'examiner les politiques existantes en matière de confidentialité, leurs interactions possibles avec les procédures prévues et la façon d'assurer une harmonisation maximale.

Mesure et évaluation du rendement

La qualité des évaluations de projet présentées dans le cadre des exigences du PPICS variait sensiblement.
Les critères de Cochrane[183] ont servi à évaluer la qualité globale de chacune des évaluations de projet. Toutes les évaluations disponibles seraient considérées comme de niveau IV ou V, c'est-à-dire qu'aucun des rapports principaux d'évaluation n'était fondé sur des études adéquatement contrôlées. Toutefois, les équipes d'un nombre limité de projets ont effectué des essais randomisés ou d'autres études contrôlées sur des enjeux précis, pour lesquels les résultats n'étaient pas encore disponibles. En règle générale, les preuves tirées des évaluations du PPICS reposent sur des sondages plus ou moins systématiques auprès des participants et des parties prenantes des projets. Un nombre limité d'évaluations plus rigoureuses, qui peuvent être considérées comme des pratiques exemplaires, reposaient soit sur des mesures des résultats clés avant et après la conception, soit sur des comparaisons par rapport à un système précédent ou existant. Dans tous les autres cas, les

[183] http://www.cochrane.org/consumers/sysrev.htm#levelsofevidence

comparaisons étaient qualitatives, et basées sur les perceptions qu'avaient les répondants du changement.

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, le tiers (huit sur 24) des évaluations ont été effectuées par des membres de l'équipe de projet. Pour un grand nombre d'entre elles, le contenu du rapport final de projet et du rapport d'évaluation de projet était pratiquement identique, ce qui semble indiquer que l'évaluation était essentiellement axée sur le point de vue interne des gestionnaires. Deux évaluations de projet effectuées par le même entrepreneur externe avaient également du contenu identique, ce qui soulève des questions concernant la nature des travaux d'évaluation réalisés. Les pratiques exemplaires en matière d'évaluation consisteraient en une évaluation externe faisant appel à des travaux indépendants sur le terrain et respectant des normes reconnues[184].

De plus, comme nous l'avons mentionné précédemment, en dépit de la présence d'un cadre commun, il y avait peu de possibilités de comparaison entre les évaluations de projet, même lorsque celles-ci traitaient les mêmes questions Les pratiques exemplaires devraient inclure la vérification que des indicateurs communs et comparables sont utilisés dans le cadre des futures évaluations. Le National Telehealth Outcome Indicators Project (NTOIP) [Projet national sur les indicateurs de résultats de la télésanté][185] a instauré un processus de recherche d'un consensus axé sur Internet pour préciser les indicateurs de résultat de la télésanté, ce qui devrait contribuer à atténuer ce problème dans le cadre des futures évaluations.

L'analyse comparative de cas a également révélé des lacunes des processus d'évaluation. Les informateurs clés et les sources de données de chaque projet faisant partie de cette analyse des études de cas ont déclaré que les évaluations de projet avaient lieu à une période trop précoce de la mise en œuvre du projet. Pour certains projets, en raison des courtes échéances de mise en œuvre avant l'évaluation, les données tirées des évaluations externes sont inapplicables et donc, elles n'auraient pu être utilisées pour l'analyse des leçons tirées et l'expansion ultérieure du projet[186].

Viabilité

Trois grandes pratiques exemplaires ont été mises en évidence à même les sources de données d'évaluation, concernant la viabilité des services axés sur les TIC :

1. **Financement en partenariat.** À l'évidence, le financement en partenariat est une pratique exemplaire qui pourrait être adoptée sur un plan général tout au long des nouvelles initiatives concertées de TIC, peu importe les niveaux ou le statut institutionnel des partenaires. Cela semble un facteur clé de viabilité.

2. **Priorité précoce à la viabilité.** Même si les exigences de financement du PPICS visaient à favoriser la viabilité, une partie des projets ont à l'évidence accordé une plus grande importance que d'autres à la capacité d'assurer eux-mêmes leur viabilité après le PPICS. Les

[184] Normes d'évaluation dans les ministères et organismes fédéraux www.tbs-sct.gc.ca/Pubs_pol/dcgpubs/TBM_161/CHAP3-2_f.html ; Program Evaluation Standards, Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, Sage Publications; www.twu.edu/hs/hs/hs5483/stdec.htm
[185] www.ucalgary.ca/ntoip
[186] Case Study Report, p. 139

projets ayant visé une viabilité dès le début étaient susceptibles de connaître plus de réussite que ceux qui ont considéré le projet plutôt comme une initiative expérimentale.

3. **Croissance contrôlée des réseaux.** Un grand nombre d'équipes de projet du PPICS se sont retrouvées confrontées à des exigences d'augmentation du nombre de sites ou des applications, au-delà de leurs engagements initiaux, et dans tous les cas connus, ont tenté d'y donner suite (au minimum, aucun refus n'a été signalé). Dans certains cas, cette croissance a soumis les projets et leurs équipes à des exigences impossibles à satisfaire, tout en augmentant les risques d'échec. Les pratiques exemplaires nécessiteraient une approche contrôlée de la croissance viable, basée sur une vision à long terme du réseau une fois réalisé en totalité.

Pratiques exemplaires et problèmes communs mis en évidence dans le cadre de l'analyse comparative des cas

Le tableau 6 ci-dessous résume les pratiques exemplaires et les problèmes communs mis en évidence dans le cadre de l'analyse comparative de cas. Ils sont regroupés en six grands thèmes, révélés par l'analyse comparative.

Tableau 6 : Pratiques exemplaires et problèmes communs mis en évidence dans le cadre de l'analyse comparative des cas

Domaine	Pratiques exemplaires et problèmes communs mis en évidence
Services de projet et objectifs de service	• Le recours à une équipe consultative régionale de cliniciens s'est avéré utile pour gérer les applications cliniques et mettre à profit les pratiques exemplaires. • L'absence de politiques concernant la rémunération des médecins pour les services de télésanté a signifié que les activités de sensibilisation et d'administration étaient plus faciles à réaliser, les activités cliniques demeurant à peaufiner. • Les projets dirigés par des personnes non cliniciennes n'ont pas traité convenablement les problèmes auxquels sont confrontés les cliniciens dans le cadre des consultations courantes. • Les projets réussis ont fait appel à des coordonnateurs de programme régionaux ou des coordonnateurs sur place pour favoriser des expériences positives de la télésanté pour les patients et les dispensateurs de soins. • Les applications de téléapprentissage ont permis aux praticiens et aux administrateurs de participer aux activités de sensibilisation et d'administration, en dépit des obstacles communs à la participation comme les déplacements, les conditions météorologiques et les programmes de travail. De plus, les médecins des régions rurales ou éloignées ont souligné que les services de téléapprentissage contribuaient à atténuer le sentiment d'isolement qu'ils vivent et leur permettaient de tisser des liens plus étroits avec leurs collègues. • La culture n'a pas joué un rôle d'obstacle à l'acceptation de la télésanté dans les collectivités des Premières nations et des Inuits et dans certains cas, elle a constitué un facteur important de réussite du projet. • Les projets faisant appel à des compétences multiples ont nécessité des stratégies de communication efficaces, la participation des intervenants concernés, un investissement important en temps et en ressources pour la planification et la mise en œuvre, l'adoption de normes communes et dans certains cas, des accords de prestation des services.
Politiques et facteurs politiques	• La réussite dépendait de la satisfaction des besoins mis en évidence par les partenaires, les parties concernées et les utilisateurs finals. • Les projets ont été favorisés par un élan politique, grâce au soutien des organismes régionaux et provinciaux qui délèguent la direction de projet à une entité possédant les pouvoirs, le mandat et l'expérience pertinents. • La participation de la haute direction d'organismes partenaires, plutôt qu'un soutien politique à un haut niveau, a été également utile à la promotion d'un sentiment d'appartenance, contribuant à l'adhésion et à l'acceptation des utilisateurs. • Une pratique exemplaire clé concernant l'élaboration des politiques à consisté à faire appel à un gestionnaire de politique, qui non seulement a élaboré la politique, mais est devenu le lien entre l'équipe de développement et l'équipe de projet. • Même si le processus de présentation au Commissariat à la protection de la vie privée a été laborieux, l'accès à ce type de processus d'examen a été profitable aux deux projets et il a fourni des indications précieuses.
Évaluation	• Les enquêtes d'évaluation des besoins ont permis de vérifier que ce qui était livré par l'intermédiaire de la télésanté répondait aux besoins réels des collectivités. • Les évaluations de projet ont été réalisées à une période trop précoce de mise en œuvre des projets, aussi, l'utilité des données d'évaluations de projet est douteuse. Il n'y avait aucune mesure uniformisée de la rentabilité des projets.
Champions, adhésion et acceptation des utilisateurs	• La présence de champions communautaires au sein de l'équipe de projet a été considérée comme cruciale par l'ensemble des équipes. L'adhésion ou l'acceptation par les médecins nécessitait un champion médecin et l'adhésion des autres cliniciens a été facilitée par le soutien de leur organisme professionnel, association ou champion clinicien local. • L'acceptation des utilisateurs a été considérée comme un facteur critique de réussite par les équipes des six projets. Parmi les nombreuses constatations clés concernant l'acceptation des utilisateurs, la formation suivie du personnel a été considérée comme un facteur important. La formation a aidé également le personnel à voir l'utilité véritable du système globalement. • Le taux d'acceptation des utilisateurs a augmenté lorsque le système était convivial. Plus les activités de télésanté étaient intégrées aux pratiques,

	plus le taux de participation des professionnels de la santé était élevé.
Collaboration, partenariats et intégration	• L'inclusion des parties concernées, des partenaires et des collaborateurs lors de toutes les phases du projet a été considérée comme une pratique exemplaire commune, facteur de réussite. La structure de gestion centralisée et la gestion rigoureuse de projet ont pavé la voie à la représentation et à l'inclusion des parties concernées. • Un certain nombre de stratégies axées sur les partenariats ont été utilisées pour assurer la viabilité et permettre l'expansion. • Les projets réussis étaient gérés par un comité directeur sous une forme ou une autre, qui incluait fréquemment une représentation politique à un haut niveau, d'où la planification explicite de la viabilité.
Communication et stratégies de communication	• Les stratégies de communication efficaces et bien planifiées mises en œuvre dès le début du projet ont été essentielles à la réussite de celui-ci, à l'instauration de relations de travail fonctionnelles entre les membres de l'équipe et à la mise sur pied de solides partenariats. • Les pratiques exemplaires en matière de stratégies de communications internes incluaient : o Comités se rencontrant fréquemment pour gérer les divers aspects de la planification et de la mise en œuvre o Utilisation de courriels et de pièces jointes pour diffuser des documents et renseignements importants o Bulletin de projet pour tenir informés le personnel et les partenaires o Site Web de projet renfermant de l'information utile à l'équipe de projet (p. ex., comptes rendus de réunion) o Rapports et journaux de projet o Manuels de formation, guides, guides de référence et manuels du site, à l'usage du personnel local • La communication avec les utilisateurs potentiels du système et le grand public au cours de la mise en œuvre a revêtu une importance suprême, du point de vue de la promotion de l'intérêt pour le projet et de l'attraction des utilisateurs.

.

3.8.2 Quelles solutions aux problèmes de politique, comme les remboursements, l'obtention de permis et l'imputabilité, ont conçu les équipes de projets financés par le PPICS?

Remboursement. La rémunération des services axés sur les TIC assurés par les médecins a été une préoccupation majeure pour nombre de projets du PPICS, et elle a été fréquemment citée comme l'un des principaux obstacles à l'utilisation efficace des systèmes de télésanté à des fins cliniques. La Standards and Interoperability Survey (Étude sur les normes et l'interopérabilité)[187] réalisée sur 18 projets du PPICS a révélé que les praticiens de tous les projets recevaient un remboursement des services de télésanté dispensés : sept en vertu d'accords de rémunération à l'acte, quatre à même le budget de projet du PPCIS, l'un en vertu d'un contrat de paiement par capitation, trois en vertu d'accords contractuels ou de facturation à la session passés avec les gouvernements des provinces ou des territoires et trois à même le budget salarial.

Même si la plupart des provinces travaillaient sur les questions de rémunération des dispensateurs ou avaient résolu ces questions au cours du PPICS, au moment où ces projets s'achevaient et où les rapports finals étaient rédigés, il n'existait aucun barème d'honoraires pour les consultations de télémédecine réalisées par les médecins en Ontario, pas plus qu'en C.-B. Le paiement des dispensateurs, la rémunération à l'acte, la rémunération ou le remboursement sont mentionnés comme une question en suspens par trois des équipes de projets de télésanté (Télésanté de la C.-B., RTEO et Réseau NORTH et la réponse est considérée comme cruciale du point de vue de l'adoption générale du principe des consultations à la demande et des consultations d'urgence. À l'heure actuelle, le Réseau NORTH paie aux dispensateurs des honoraires à l'acte, mais il soutient que les « *médecins doivent être convenablement remboursés* ».[188]. La Ontario Medical Association négocie avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée l'inclusion de la télémédecine dans le barème des honoraires de PSO. On peut en déduire que les fonds du PPICS ont favorisé la réalisation de ce programme dans ces deux provinces.

Délivrance de permis. La Standards and Interoperability Survey[189] (Étude sur les normes et l'interopérabilité) a révélé que la moitié des projets de télésanté fournissaient des services de télésanté à des patients extérieurs à leur province ou territoire. Parmi ceux-ci, cinq équipes de projet estimaient que la télésanté avait été mise en œuvre au sein de l'administration dont relève le patient, alors que trois estimaient qu'elle avait été mise en œuvre au sein de l'administration dont relève le dispensateur de soins. Deux équipes de projet n'ont pas fourni de commentaires à ce sujet. Les projets ayant effectué de la téléconsultation dépassant les frontières administratives ont assuré ce service trans-compétences en vérifiant que les dispensateurs de soins avaient les permis requis par l'administration dont relève le patient (six projets) ou par voie de protocole d'entente entre les organismes de réglementation dictant les exigences d'obtention de permis (quatre projets). Aucun cadre provincial ou territorial n'était en place pour gérer les problèmes d'octroi de permis trans-compétences et les équipes de projet n'ont pas précisé de cadre d'imputabilité clair.

Deux rapports de projet fournissent des précisions sur ce thème, soit ceux sur le Programme de télésanté de la Colombie-Britannique et celui sur le réseau NORTH, à savoir que *« les dispensateurs de soins de santé approuvés ne peuvent pratiquer que sur les patients qu'ils voient dans la province ou le territoire pour*

[187] PPICS Standards and Interoperability Report. Partie 1, juillet 2003.
[188] NorthNet Evaluation Report, p. 8.
[189] PPICS Standards and Interoperability Report. Partie 1, partie 2 (appendices), les deux datées de juillet 2003.

lesquels ils ont un permis d'exercer »[190]. Une exception a été accordée aux spécialistes du Manitoba afin qu'ils fournissent des consultations en télémédecine à des patients de l'Ontario qu'ils verraient généralement en personne, de sorte que les médecins du Manitoba n'ont pas eu besoin de permis d'exercer en Ontario lorsqu'ils ont fourni avis ou consultation à un patient recommandé par un dispensateur de soins primaires de l'Ontario. En C.-B., le registre des dispensateurs de soins est considéré par le Programme de télésanté de la C.-B. comme prenant des mesures cruciales sur la voie de la délivrance de permis trans-compétences, un organisme de délivrance des permis accordant des permis de fourniture de services de télésanté dans des limites de compétences définies.

Globalement, il existe des preuves claires que le PPICS a stimulé la mise au point de solutions aux problèmes de délivrance des permis transcompétences, même si la multitude d'approches semblent indiquer que ces solutions étaient négociées au cas par cas et que le partage d'expériences pourrait être profitable.

Imputabilité : Le terme est implicite dans plusieurs projets, mais il n'est mentionné précisément que dans un seul : Télésanté de la C.-B. L'équipe de ce projet recommande la rédaction d'un accord de consortium officiel lorsqu'il y a des partenaires multiples, afin d'énoncer les rôles et responsabilités de toutes les parties et les responsabilités juridiques en matière de financement, de propriété intellectuelle, de votes et de décision. Il n'existe pas d'autres preuves que le PPCIS ait contribué à la mise au point de solutions en matière d'imputabilité.

3.8.3 Dans quelle mesure les projets financés par le PPICS ont-ils contribué à l'élaboration de nouvelles normes et lignes directrices en matière de télésanté et de DES?

Le domaine des normes et des lignes directrices pour la télésanté et les DES affiche actuellement un niveau élevé d'activité et suscite beaucoup d'attention, en partie en raison des enjeux soulevés dans le cadre de l'expérience des projets du PPICS, qui a établi clairement la nécessité d'élaborer des normes et des lignes directrices plus achevées. Au Canada, la question de l'émergence de normes et de lignes directrices a été soulevée de manière très visible dans le domaine de la santé, avec la publication des National Initiative for Telehealth Guidelines (NIFTE) (Initiative nationale sur les normes de télésanté), document publié en septembre 2003 [191]. Les auteurs du rapport dressent la liste de 17 lignes directrices concernant les normes et résultats cliniques, 15 pour les ressources humaines, six pour le degré de préparation de l'organisation, 22 pour le leadership organisationnel et 17 pour la technologie et les équipements. Assurant le suivi des résultats de l'enquête sur les normes et l'interopérabilité, le Conseil consultatif sur l'infostructure de santé (CCIS)[192] a parrainé un livre blanc sur l'interopérabilité des dossiers électroniques de santé qui couvre les normes de politique et de programme reliées aux DES et à la télésanté, ainsi que leur intégration.

Un article consacré à l'examen des lignes directrices et des normes[193] précise que les normes sont quantitatives et prescriptives, ce qui suppose une conformité technique à des critères rigides et définis. Les lignes directrices supposent le respect de pratiques recommandées et souples, et elles

---

[190] NorthNet Evaluation Report, p. 41

[191] National Initiative for Telehealth Guidelines (2003). National Initiative for Telehealth (NIFTE) Framework of guidelines. Ottawa: NIFTE.

[192] http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/chics/achi_fpt_ccis_e.html

[193] Loane, M and Wootton R, A review of guidelines and standards for telemedicine, Journal of Telemedicine and Telecare 2002: 8: 63-71.

sont plutôt quantitatives et volontaires. Dans le rapport de projet, le terme « norme » a été invoqué fréquemment mais dans de nombreux contextes et sens différents. Dans certains rapports de projet, le terme a été utilisé de manière très approximative et en règle générale, peu de solutions ont été offertes. Dans le cadre d'un projet d'envergure, des solutions ont été mises au point en formant des « comités de normes » en collaboration avec l'ICIS pour créer des normes communes pour, p. ex., un répertoire des clients, ainsi que pour les programmes de soins à domicile (IAS).

Normes d'imagerie et d'équipement : Dans le domaine de la télésanté, les systèmes PACS et la téléradiologie doivent être conformes à la norme DICOM. Des besoins de normes supplémentaires ont également été précisés, dont le processus de signalement des incidents; l'ergonomie des équipements d'isolation phonique, de conditionnement de l'air et d'éclairage, etc. Les normes d'imagerie y sont également mentionnées en rapport avec le transfert des images ophthalmologiques (projet de téléophthamologie de Westnet), où on a constaté que le transfert d'imagerie à haute résolution sur CDROM convenait aux besoins de diagnostic.

Les équipes de projet de télésanté financées par le PPICS ont recensé des problèmes pour lesquels il n'existe pas à l'heure actuelle de solutions types, et pour lesquels des lignes directrices sont nécessaires. Les équipes ont collaboré à l'élaboration d'approches uniformisées dans les domaines suivants :

- Interfaces de réseaux Internet et ISDN, migration des services d'un système à un autre, intégration des réseaux d'image vidéo et de données
- Programmation – particulièrement les sessions multipoints
- Interopérabilité requise au sein des frontières provinciales pour faciliter les communications entre projets (la création d'un réseau ontarien est considérée comme utile à cet égard) et entre les provinces (comme dans le registre du dispensateur de soins de WHIC).

En ce qui a trait aux normes d'infrastructure de réseau, le réseau NORTH a élaboré une norme appelée Point de présence (proposition de POP), qui a défini les exigences et l'architecture requises pour assurer la liaison des hôpitaux au sein du réseau Smart Systems of Health (SSH). Cette architecture a été adoptée par la suite par nombre d'hôpitaux de l'ensemble de la province.

Normes d'information : Pour les projets de DES, la norme HL7 est mentionnée dans au moins cinq rapports de projet. L'absence de maturité ou la non-pertinence de la nouvelle norme HL7 (v3) a été considérée comme un facteur dissuasif d'adoption par les responsables de deux projets (WHIC et SCIISM). Le rythme lent de la mise en conformité des fournisseurs est mentionné comme un des motifs du manque de maturité de la norme HL7 v3. Les responsables de ces projets et d'autres ont adopté la norme XML comme solution provisoire et celle-ci s'est avérée un outil souple pour transférer l'information et saisir des données à l'intérieur de documents. L'équipe d'un projet soutient que l'absence de normes pour documenter les rencontres cliniques dans le domaine des soins primaires est un revers (COMPETE). L'adoption généralisée et le passage à des technologies Internet ont également favorisé l'adoption de XML.

Normes de pratique : La nécessité de procédures normalisées de fonctionnement est mentionnée – les solutions incluent la documentation, le suivi et le contrôle.

Normes de formation : En ce qui a trait à la formation, l'absence de personnel adéquatement formé ainsi que le manque de ressources de formation pour le secteur de la télématique médicale est mentionné par nombre d'équipes de projet. L'absence de formation et de soutien de qualité sur une

base suivie pourrait avoir empêché que certains systèmes soient exploités à leur pleine capacité et un grand nombre de projets ont mentionné le besoin de formation permanente du personnel. Deux équipes de projet ont constaté que du personnel formé devait être disponible sur place pour aider le reste du personnel à exploiter pleinement les systèmes de DSE. L'augmentation de la formation universitaire en informatique médicale a été recommandée, tout comme des normes de vérification de la compétence des employés en matière d'utilisation des équipements.

3.8.4 Dans quelle mesure les connaissances produites dans le cadre du PPICS sont-elles partagées avec les intervenants des TIC? Quelles mesures doivent être prises pour assurer que les connaissances acquises sont diffusées concrètement aux auditoires cibles?

Dans leurs rapports de projet, les équipes de projet du PPICS ont identifié les communications avec les intervenants internes et externes. Ces projets affichaient généralement un degré élevé d'activité de communications, même si un ou deux projets ont gardé un profil bas. Aussi, la communication à l'échelon des parties prenantes du projet semble avoir été active et efficace. Les porte-parole de nombreux projets ont déclaré qu'ils continueront également à faire de la diffusion, tant à l'échelon local qu'à une échelle plus vaste.

Toutefois, les équipes de nombreux projets et de nombreux informateurs clés voient un intérêt au renforcement de la centralisation et de la coordination du partage de l'information, de manière à assurer une diffusion plus rapide et directe des leçons tirées et des progrès à des personnes ayant des intérêts et des préoccupations similaires. Selon les entrevues auprès des informateurs clés, le PPICS a été considéré comme relativement moins actif qu'il aurait pu l'être dans ce domaine[194]. En particulier, certains ont proposé que les constatations du PPICS servent à faciliter la sensibilisation des praticiens et du public aux répercussions potentielles des services axés sur les TIC.

[194] Key Informant Interviews Report (Rapport d'entrevues auprès des informateurs clés), p. 31

4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

4.1 Conclusions d'ensemble : répercussions du PPICS sur les services et les systèmes de santé

Globalement, les résultats de la présente évaluation montrent que les objectifs du PPICS ont largement été accomplis :

Objectif 1 : Financer des projets modèles de mise en œuvre, essentiellement à grande échelle, auxquels s'associent plusieurs secteurs de compétence qui prennent part à l'élaboration et à la mise en application

En ce qui a trait aux services de santé et aux systèmes de soins médicaux, le PPICS aura surtout eu pour effet de faire avancer à pas de géant l'élaboration et la mise en œuvre de services de santé fondés sur des applications validées de TIC, étapes auxquelles ont participé toutes les régions du pays, tout en adaptant les modèles et les services aux contextes provinciaux et territoriaux où ils sont désormais intégrés et soutenus. En dépit des nombreux défis non encore relevés, le PPICS a laissé une empreinte durable dans le monde des TIC, en permettant au Canada de jeter les bases de l'infrastructure nationale nécessaire en vue de l'intégration permanente des TIC à tous les aspects des soins de santé.

Selon les données présentées récemment par le BSI,[195] il existe à l'heure actuelle près de 700 sites de télésanté au Canada. Le PPICS a été chargé de créer près de la moitié d'entre eux, en particulier dans les provinces et territoires où il n'y avait aucune capacité auparavant. En ce qui a trait aux DES, le PPICS a permis des progrès importants dans des domaines clés où il existe un potentiel d'application à grande échelle, notamment les systèmes de gestion de la clientèle, les dossiers des patients, les ordonnances électroniques et le registre des dispensateurs de soins.

Objectif 2 : Faciliter la collaboration et préparer le terrain en vue de la mise en œuvre accélérée du renouvellement des modes de prestation des services de santé dans l'ensemble du pays

Le PPICS a été particulièrement fructueux dans plusieurs secteurs clés où, n'eût été de son intervention, de tels progrès n'auraient probablement pas été observés. Premièrement, le PPICS a réussi à établir une collaboration et des partenariats durables, mettant souvent en cause plusieurs secteurs de compétence. Plus que tout autre résultat, ces partenariats constitueront l'assise du développement ultérieur des TIC dans le domaine des soins de la santé. En outre, ils serviront vraisemblablement de modèles pour l'établissement de nouveaux partenariats, compte tenu de l'évolution constante des TIC.

Deuxièmement, les projets du PPICS ont contribué de manière significative à « l'intégration » des TIC aux systèmes de soins de santé, la plupart des projets de télésanté et certains projets de DES s'intégrant parfaitement aux plans des services provinciaux ou régionaux. Le PPICS a également facilité l'intégration des services, du point de vue des patients et des dispensateurs, et, dans certains cas, il peut avoir contribué à l'amélioration du suivi des soins. Il s'agit d'une étape évolutive importante dans la mise au point des services fondés sur des applications validées de TIC puisque,

[195] Exposé d'information d'INFOROUTE, juillet 2003

jusqu'à présent, les projets pilotes étaient le plus souvent fragmentaires, n'ayant que des liens fort tenus avec les systèmes courants de soins de santé provinciaux et territoriaux. Dans plusieurs secteurs de compétence, on s'attend à ce que l'intégration des TIC favorisera le renouvellement permanent des services de santé.

Objectif 3 : Améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de la prestation des services de santé aux Canadiens en finançant des applications de télésanté, comme les DES, la télémédecine et les télésoins à domicile

Il n'est pas certain que cet objectif ait été réalisé, et ce pour deux raisons principales. Premièrement, même si les services fondés sur des applications validées de TIC sont suffisamment bien accueillis (condition préalable à l'obtention des autres résultats) et même si certaines évaluations de projet illustrent assez clairement l'incidence du PPICS sur l'accessibilité, la qualité et l'efficience des services de santé, et sur la santé des patients, dans la plupart des cas, les évaluations n'ont pas duré assez longtemps pour qu'on puisse mesurer les répercussions des services fondés sur des applications validées de TIC au moment où ces derniers auraient été pleinement opérationnels. Deuxièmement, en raison des difficultés associées à la conduite d'évaluations dans ce domaine, celles-ci ont été conçues de telle sorte que leurs résultats, qui semblent indiquer que le PPICS a eu des répercussions favorables, devront être corroborés de manière plus rigoureuse.

Les indications disponibles à l'heure actuelle fournissent certaines hypothèses utiles quant à l'éventuelle incidence des TIC sur la prestation des services de santé aux Canadiens qui vivent dans des régions rurales ou éloignées. Les conclusions de l'évaluation semblent indiquer que la plupart des gains ont été obtenus grâce à la prestation de services déjà accessibles, de manière plus pratique et à moindre coût aux patients. Les cas dans lesquels les services de santé axés sur les TIC ont été mis en œuvre par l'intermédiaire du PPICS ont affiché une amélioration de l'accès aux services auxquels les Canadiens ne pouvaient accéder auparavant, parce qu'ils étaient rares. Par conséquent, l'incidence des TIC sur l'accès à des services autrefois inaccessibles est plus indirecte qu'on aurait pu le prévoir et cela peut vouloir dire que le problème du manque d'accès est moins aigu que ce que l'on supposait. Les projets qui ont eu les résultats les plus remarquables du point de vue de l'accès aux soins sont ceux qui utilisaient les technologies pour amener directement les services aux patients, plutôt que pour faciliter l'accès à distance à ceux-ci. Selon certaines indications, quelques-unes des TIC ont permis d'améliorer le caractère complet ou exhaustif des soins, ce qui pourrait influer en bout de ligne sur la gestion des dossiers, les transitions entre les systèmes de santé auparavant compartimentés et les résultats sur le plan médical.

Objectif 4 : Favoriser l'acquisition de connaissances sur le renouvellement des soins de santé grâce à des applications validées de TIC, à travers l'évaluation exhaustive des projets financés par le PPICS et de l'ensemble du programme et le regroupement des leçons apprises

Les objectifs du présent document, qui comporte plusieurs volets, étaient de miser sur les évaluations des projets pour réaliser une évaluation globale et détaillée et de cerner les pratiques exemplaires et les leçons apprises. Le PPICS a également produit une énorme quantité d'information, se présentant sous forme d'outils, de produits, de protocoles, de normes, de pratiques exemplaires et de leçons apprises, qui, si elle était diffusée aux groupes d'utilisateurs pertinents, pourrait accélérer le développement des TIC puisque les systèmes de soins de santé pourraient alors être fondés sur les connaissances déjà acquises et éviter les erreurs déjà commises.

La présente évaluation a été axée sur une série de questions d'évaluation relativement générales, classées par ordre de priorité de manière à fournir de l'information cruciale dans les échéances du PPICS disponibles. Toutefois, il existe à l'évidence un grand nombre d'autres enjeux et questions reliés à l'élaboration, à la mise en œuvre et aux répercussions des TIC sur les soins de santé, qui auraient pu être approfondis en poursuivant l'examen du volume incroyable d'information produit par le PPICS. Il serait vraisemblablement très utile de promouvoir la poursuite des analyses, de manière plus approfondie, de toutes les données disponibles dans le cadre de la présente évaluation.

4.2 Conclusions non probantes et partagées : besoins de connaissances

Les auteurs de la présente évaluation du PPICS ont conclu qu'en raison des constatations non probantes et partagées, des lacunes demeurent au niveau des données. Ces lacunes sont essentiellement imputables à deux facteurs : 1) le temps limité disponible pour l'évaluation des projets après la mise en œuvre; 2) les faiblesses et les incohérences qui caractérisent les évaluations à l'échelon des projets. Les connaissances sont particulièrement limitées dans le domaine de la rentabilité des systèmes axés sur les TIC et, plus généralement, concernant leurs répercussions sur l'efficience et la fiabilité à long terme du système de santé. Ce n'est que par voie de collecte et d'analyse de données plus exhaustives et rigoureuse qu'il sera possible de comprendre la véritable rentabilité de ces programmes.

Pour mieux cerner les répercussions en termes de coûts des programmes appuyés par le PPICS, il aurait été utile de mettre en œuvre une analyse de rentabilité méthodique de tous les projets. Cela supposerait un examen suivi des coûts, dont les données sont réunies et déclarées conformément à un protocole établi sur une période prolongée (de deux à cinq ans). Les données sur les résultats seraient réunies dans la même veine et cela pourrait supposer l'utilisation de données externes aux programmes appuyés par le PPICS (p. ex., données administratives sur l'utilisation des services de santé). Dans la mesure du possible, des groupes de contrôle judicieux devraient être identifiés, soit en utilisant un concept de séries chronologiques ininterrompues soit un concept quasi expérimental (avec des groupes distincts d'un point de vue géographique, par exemple).

L'une des autres grandes lacunes du point de vue des connaissances correspond à l'incidence sur les résultats à l'échelon des patients. Comme toutes les parties concernées le savent déjà, l'évaluation de ces répercussions nécessitera également des études à plus long terme et des concepts adéquatement structurés comme ceux décrits précédemment, en comparant dans l'hypothèse idéale les résultats obtenus par l'intermédiaire des services axés sur les TIC à ceux obtenus pour la population des patients en général, grâce aux données sur l'utilisation des services de santé. Même si diverses constatations du PPICS semblent indiquer des répercussions positives – particulièrement dans le domaine des soins aux diabétiques – la poursuite des études est nécessaire pour confirmer ces constatations.

L'une des constatations non expliquées de l'évaluation correspond aux différences entre les programmes de télésanté du point de vue de l'adoption relative des systèmes de vidéoconférence pour les besoins cliniques. Étant donné la grande priorité accordée par les décideurs à l'utilisation de la télésanté pour améliorer l'accès aux soins, il serait utile de poursuivre les études et d'élucider les raisons qui justifient les différences entre les programmes de télésanté et, en particulier, les facteurs clés d'utilisation clinique. Les différences pourraient simplement être imputables à l'absence de délais de suivi suffisants pour permettre aux systèmes d'atteindre la maturité; mais cela pourrait également refléter des différences d'approche en termes de pratiques cliniques habilitées par les TIC.

Enfin, les auteurs de la présente évaluation n'ont pas été en mesure d'effectuer un examen systématique de cinq des 29 projets financés. Il serait utile d'examiner ces projets de manière aussi exhaustive que les 24 autres, afin d'assurer que leurs constatations n'infirment pas les résultats d'ensemble de l'évaluation.

4.3 Recommandations visant l'exploitation du potentiel d'amélioration de la santé, des soins de santé et des systèmes de santé grâce aux TIC.

Globalement, les résultats de l'évaluation semblent indiquer qu'il n'existe que trois domaines dans lesquels la poursuite des travaux est nécessaire pour mieux exploiter le potentiel des TIC dans le domaine des systèmes de soins de santé au Canada.

1) **Augmentation du nombre et de la durée des évaluations :** Nous ne faisons que reprendre ce qui a déjà été dit concernant les lacunes dans les connaissances; on favoriserait probablement le comblement des grandes lacunes du programme de PPICS dans son ensemble. À l'évidence, les efforts d'évaluation déployés dans le cadre du PPICS, jusqu'à la présente évaluation et celle-ci incluse, ne peuvent fournir qu'une évaluation partielle et précoce de l'incidence des services axés sur les TIC sur les systèmes de soins de santé. La plupart des travaux d'évaluation réalisés à ce jour ont revêtu la forme d'études non contrôlées, qui affichent un manque d'approches uniformisées pour la mesure et une période de suivi insuffisante. Des études à long terme avec des contrôles judicieux pour évaluer de manière rigoureuse les répercussions sur les résultats clés – accessibilité, qualité et coûts du système de santé – sont nécessaires. Ces efforts d'évaluation relèveront désormais de la responsabilité de la Division de l'évaluation des programmes du Ministère (DEPM) de Santé Canada. Les principales parties concernées, parmi lesquelles Inforoute, les Premières nations et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ainsi que la Société canadienne de télésanté devraient être invitées à collaborer à ces évaluations, afin d'assurer qu'on donne suite à leurs nouvelles préoccupations.

   Même si des évaluations de la plus haute qualité semblent avoir été réalisées par des équipes situées dans des départements universitaires ou affiliés à ceux-ci, certaines évaluations réalisées par des universités se sont également avérées passablement faibles. À l'évidence, il est nécessaire de mettre sur pied une capacité d'évaluation dans ce domaine, tant au sein des évaluateurs basés dans les universités qu'au sein des consultants privés en évaluation. La communauté des parties concernées par les TIC appuie fortement une évaluation suivie[196].

2) **Transfert et diffusion du savoir** : Une stratégie coordonnée et efficace de diffusion du savoir est également nécessaire. Cela inclurait l'amélioration de la communication entre les initiatives, afin de s'assurer que les leçons apprises et les pratiques exemplaires sont partagées, et que des mécanismes de transfert du savoir sont élaborés pour rejoindre les communautés des parties intéressées, dont les administrateurs de systèmes de santé et les décideurs, les praticiens et leurs associations professionnelles, les établissements de formation postsecondaires et les fournisseurs des produits, pour n'en nommer que quelques-uns. Ces mécanismes devraient également inclure des boucles de rétroaction pour garantir un apprentissage mutuel de tous les secteurs sur une base suivie.

[196] Key Informant Interviews report (Rapport d'entrevues auprès des informateurs clés), p. 40.

3) **Leadership national concernant les normes :** Enfin et plus essentiel encore, la vision du PPICS consistait à contribuer à la mise sur pied d'un système de santé qui, à l'échelon du Canada, soit en mesure de tirer profit des bénéfices potentiels reliés à l'implantation des TIC dans les soins de santé. L'élaboration, la diffusion et le soutien de normes nationales constituent un facteur de réussite crucial du point de vue de l'accomplissement de cette vision et les expériences du PPICS peuvent contribuer de manière notable à l'émergence de cette vision, une fois les leçons apprises synthétisées. Des normes sont nécessaires dans les domaines de la protection des renseignements personnels, de l'interopérabilité, de la programmation, du transfert d'information entre des compétences multiples, des qualifications et de la formation du personnel, des processus organisationnels et des protocoles cliniques.

   On ignore avec précision quelle serait l'organisation idéale pour assurer ce rôle de leadership national, étant donné que plusieurs entités pourraient jouer des rôles clés. Santé Canada/BSI ne se voit pas adopter un rôle de leadership adéquat à l'égard de l'élaboration de normes, mais le Ministère ou le Bureau pourraient se faire les chefs de file de la coordination des diverses parties prenantes.

En conclusion, les grands investissements réalisés par les partenaires du PPICS ont été rentables en termes de progrès majeurs du statut des services de santé axés sur les TIC au sein des systèmes de soins de santé canadiens, ainsi qu'en termes de possibilités de mettre à profit de nombreux avantages potentiels, qui ne se sont toutefois pas encore concrétisés. Beaucoup a été accompli au cours de la courte durée de vie du programme et la poursuite des efforts s'avère nécessaire pour assurer que ces réalisations se traduisent par un partage à grande échelle des leçons apprises.

ANNEXE 1

Membres du Comité consultatif de l'évaluation de programme

Wayne Boyce	- Manitoba Télé-santé
Jean Fratelli	- Directeur exécutif, réseau clinique électronique de l'information de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
Dr. Penny Jennett	- Université de Calgary, Les Sciences De Santé De la Communauté Faculté de Médicine
Dr. Mo Watanabe	- Université de Calgary, Faculté de Médicine

ANNEXE 2

Enjeux, questions, indicateurs et sources de données détaillées en matière d'évaluation

Évaluation du PPICS – questions et indicateurs d'évaluation révisés – version finale proposée 6 février 2004

Objectifs du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS) tel qu'il a été approuvé par le Cabinet et le Conseil du Trésor[1] :

- *Le financement soutiendra les projets modèles de mise en oeuvre, principalement à grande échelle, auxquels s'associent plusieurs secteurs de compétence qui prennent part à l'élaboration et à la mise en oeuvre;*
- *Le Programme facilitera la collaboration et préparera le terrain en vue d'accélérer la mise en oeuvre du renouvellement de la prestation des services de santé dans l'ensemble du pays;*
- *En soutenant des applications de télésanté, comme le dossier électronique de santé (DES),la télémédecine et les télésoins à domicile, le Programme aidera à améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de la prestation des services de santé à la population canadienne;*
- *Le Programme aidera à acquérir des connaissances sur le renouvellement des soins de santé fondés sur les TIC, par l'intermédiaire d'une évaluation globale des projets individuels financés par le PPICS et de l'ensemble du Programme, et du regroupement des leçons apprises.*

Définitions

Clients = patients, cas

Dispensateurs = professionnels de la santé, des services sociaux et tout autre type de professionnels, qui offrent des services cliniques ou éducatifs

Utilisateurs = personnes qui utilisent les TIC dans le cadre de leurs tâches; notamment les administrateurs et d'autres utilisateurs non cliniques; peuvent également comprendre les dispensateurs qui ne remplissent pas les fonctions de leur rôle de prestation de service (p. ex., infirmières ou infirmiers qui font partie d'un comité de planification).

[1] Extrait de la Stratégie proposée pour l'évaluation du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé : document rédigé pour la réunion du Comité consultatif, et de la Stratégie proposée pour l'évaluation du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé : document détaillé accompagné d'annexes, qui résument la présentation au Conseil du Trésor et le mémoire au Cabinet.

Questions d'évaluation révisées	Indicateurs[2]	Sources des données
1.0 ACCEPTATION DES TIC DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ [3]		
1.1 Quelles ont été les répercussions des projets financés par le PPICS sur l'acceptation des TIC dans le contexte de la prestation des services de santé et de la diffusion d'information à ce sujet? Quels facteurs facilitent ou entravent l'acceptation des solutions fondées sur les TIC par les intervenants, notamment les dispensateurs, les patients, les administrateurs et le grand public?	Changement de sensibilisation relativement au rôle des TIC. **La satisfaction des clients et des utilisateurs relativement aux services fondés sur les TIC : globale, et satisfaction relative à la facilité d'utilisation, à l'efficacité, à l'efficience et à l'économie.** **Changement des niveaux d'utilisation.** Présence d'éléments incitatifs et dissuasifs systémiques concernant l'acceptation et l'utilisation.	Sondages sur la satisfaction des utilisateurs et des clients : évaluations des projets. Niveaux d'utilisation : évaluations des projets. Entrevues avec les intervenants et sondages auprès de ceux-ci : évaluations des projets. Entrevues avec les informateurs clés : tous les intervenants[4].
1.2 Dans quelle mesure et de quelle manière les projets prévoient-ils continuer et croître?	**Changements proposés en ce qui a trait au nombre de sites et à la gamme de services.** Intégration aux budgets permanents.	Conclusions des évaluations des projets. Entrevues avec les informateurs clés : gestionnaires et partenaires de projets.
2.0 ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ		
2.1 Quelles ont été les répercussions des projets financés par le PPICS sur l'accessibilité aux soins et à l'information s'y rapportant?	Changements relatifs à l'utilisation des services de santé et à l'information s'y rapportant. Changements relatifs à la durée du déplacement pour accéder aux services. Changements relatifs aux coûts de déplacement pour accéder aux services. Changements relatifs à la facilité d'accès aux services et à l'information. **Changement relatif au type et au nombre de services**	Données relatives à l'utilisation des services de santé et à l'information s'y rapportant : évaluation des projets. Données relatives à la durée et aux coûts de déplacement : évaluation des projets. Entrevues avec les dispensateurs et les clients et sondage auprès de ceux-ci : évaluations des projets. Registres des services fournis : évaluation des projets. Entrevues avec les intervenants et sondages auprès de ceux-ci : évaluations des projets. Sondages sur la satisfaction des utilisateurs et des

[2] Les indicateurs figurant en gras ont été mentionnés comme étant davantage prioritaires que les autres par le personnel du PPICS.

[3] Dans l'ensemble, l'évaluation devrait refléter une vision plus vaste des « soins de santé » que des activités cliniques, c'est à dire s'appuyer sur une vision du système de santé qui englobe les déterminants de la santé, la prévention, la protection et la promotion de la santé, ainsi que l'administration et les activités intersectorielles qui font partie du système de santé.

[4] Parmi les informateurs clés interviewés, mentionnons les coordonnateurs de projets, les responsables, les administrateurs principaux ou les gestionnaires; les membres de la Division de l'innovation et de l'investissement (DII); les membres du Bureau de la santé et l'Inforoute (BSI); les médecins hygiénistes en chef; les leaders provinciaux du système de santé; les organisations professionnelles et autres organisations non gouvernementales pertinentes; les fournisseurs; les représentants autochtones; les évaluateurs des TIC; Santé Canada (perspective stratégique nationale); les groupes de défense des droits des patients et des consommateurs.

Les guides d'entrevue peuvent varier selon le type d'informateur.

	offerts à l'échelle locale. **Satisfaction des dispensateurs et des patients relativement à l'accès.** Répercussions perçues sur l'accès aux services dans les régions éloignées.	clients : évaluation des projets. Entrevues avec des informateurs clés : dispensateurs et ONG pertinentes.
2.2 Quelles ont été les répercussions des projets financés par le PPICS sur les modes de renvois?	.. Changement en ce qui a trait à la consultation de spécialistes **Changement en ce qui a trait au lieu de consultation d'un spécialiste et du centre de référence** Répercussions perçues sur les modes de renvois.	Registre des services fournis : évaluations des projets. Utilisation du registre des spécialistes et du centre de référence : évaluations des projets. Entrevues avec les intervenants et sondages : évaluations des projets. Entrevues avec des informateurs clés : dispensateurs et ONG pertinentes.
3.0 QUALITÉ DES SOINS		
3.1 Quelles ont été les répercussions des projets financés par le PPICS sur la rapidité du service (temps d'attentes et caractère opportun)?	**Niveau de satisfaction des dispensateurs et des clients relativement à la rapidité du service et changements s'y rapportant.** Changement relatifs aux temps d'attente pour un traitement. Changements relatifs aux listes d'attente. Répercussions perçues sur le caractère opportun des services.	Sondages sur la satisfaction des utilisateurs et des clients : évaluations des projets. Registres des temps d'attente : évaluations des projets. Registres des listes d'attente (longueur et composition) : évaluations des projets. Entrevues avec les dispensateurs et sondage auprès de ceux-ci : évaluations des projets. Entrevues avec les informateurs clés : dispensateurs et ONG pertinentes.
3.2 Quelles ont été les répercussions des projets financés par le PPICS sur la qualité des diagnostics et du traitement?	**Satisfaction des dispensateurs et des clients relativement à la qualité des diagnostics et du traitement.** .. Incidence des effets indésirables et des erreurs. ..	Sondage sur la satisfaction des dispensateurs et des clients, évaluations des projets. Entrevues avec des informateurs clés : dispensateurs et ONG pertinentes. Registres des effets indésirables et des erreurs : évaluations des projets. ..
3.3 Quelles ont été les répercussions des projets financés par le PPICS sur le perfectionnement des compétences et le recrutement et le maintien en poste des dispensateurs de soins de santé?	**Changements en ce qui a trait à la satisfaction relative aux possibilités de perfectionnement des compétences.** Changements perçus sur la portée de la pratique et l'autonomie professionnelle. Changements relatifs au taux de roulement du personnel. Changements relatifs à la durée des emplois.	Entrevues avec les dispensateurs et sondages sur leur satisfaction : évaluations des projets. Entrevues avec les informateurs clés : dispensateurs, gestionnaires du système de santé, ONG pertinentes. Registres du roulement du personnel : évaluations des projets. Registres de durée des emplois : évaluations des projets.
4.0 EFFICIENCE ET VIABILITÉ À LONG TERME DU SYSTÈME DE SANTÉ (RENOUVELLEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ)		

4.1 Quelles ont été les répercussions des projets financés par le PPICS sur l'efficience des dispensateurs de soins de santé et des services qu'ils fournissent?	**Efficience en comparaison avec le statu quo.** **Répercussions perçues sur l'efficience.** Changements relatifs aux coûts marginaux de la prestation d'un ou de plusieurs services.	Données sur la rentabilité : évaluations des projets. Données relatives à l'évaluation des coûts marginaux : évaluations des projets. Entrevues avec les informateurs clés : intervenants FPT, gestionnaires du système de santé. Études de cas.
4.2 Quel est le degré optimal d'utilisation de l'équipement mis en place dans le cadre des projets financés par le PPICS? Dans quelle mesure y a-t-il un équilibre accru entre les coûts de renonciation, les investissements et l'augmentation des économies? Quelles sont les options pour l'optimisation et la viabilité?	**Évolution relative à l'utilisation quotidienne ou hebdomadaire moyenne par site et par type d'application ou de service : coût par utilisation supérieur au coût de l'infrastructure et de l'équipement amortis.** **Caractère adéquat perçu de l'usage et des répercussions dans le cadre d'une utilisation et d'une viabilité optimales.**	Niveaux d'utilisation et coûts des équipements : évaluation des projets. Entrevues avec les informateurs clés : tous les intervenants. Études de cas.
4.3 Quelles ont été les répercussions globales des projets financés par le PPICS sur les coûts du système de santé?	Changement des coûts de prestation de services par habitant. **Changements relatifs au total des coûts de prestation et de financement des services.** **Répercussions perçues sur les coûts du système de santé.**	Données relatives à la rentabilité : évaluations des projets. Données relatives au total des coûts du système de santé : évaluations des projets. Entrevues avec les informateurs clés : intervenants FPT, gestionnaires du système de santé.
4.4 Quelles ont été les répercussions globales des projets financés par le PPICS sur la rentabilité et la viabilité du système de santé?	Répercussions perçues sur la pertinence de l'utilisation des services. **Répercussions perçues sur la rentabilité.** **Répercussions perçues sur la viabilité du système de santé.**	Entrevues avec les informateurs clés : dispensateurs, intervenants FPT, gestionnaires du système de santé, ONG pertinentes. Études de cas.
5.0 RÉPERCUSSIONS SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS		
5.1 Dans quelle mesure le PPICS a-t-il influé sur les politiques et procédures relatives à la protection des renseignements personnels élaborées au Canada?	**Répercussions perçues sur les changements apportés aux politiques FPT relatives à la protection des renseignements personnels.**	Entrevues avec les informateurs clés : intervenants FPT, ONG pertinentes, gestionnaires du PPICS.
5.2 Quels ont été les points de vue des clients quant à la manipulation et à l,'utilisation de leurs renseignements personnels?	**Satisfaction des clients quant à la manipulation et à l'utilisation de leurs renseignements personnels.**	Sondages sur la satisfaction des clients : évaluations des projets. Entrevues avec les informateurs clés : représentants des patients et des consommateurs.
5.3 Dans quelle mesure les règles et les lignes directrices relatives à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité influent-elles sur la prestation des services?	Changements en ce qui a trait à la satisfaction des clients et des dispensateurs relative aux répercussions sur les services. **Répercussions perçues sur la prestation des services.**	Sondages sur la satisfaction des clients et des dispensateurs : évaluations des projets. Entrevues avec les informateurs clés : représentants des patients et des consommateurs.

6.0 RÉPERCUSSIONS MACROÉCONOMIQUES DU PPICS		
6.1 En quoi le PPICS a-t-il modifié le « paysage » des TIC dans le domaine des soins de santé au Canada, directement et indirectement?	**Changement relatif au nombre et aux types de services fondés sur les TIC dispensés** (cliniques, éducatifs, administratifs). **Changements relatifs au nombre et à la répartition des sites.** **Changements relatifs à la taille de la population servie.** Incidence des projets de TIC en dehors du PPICS : nombre de projets non financés qui ont tout de même eu lieu; nombre de non demandeurs qui ont continué sans le financement du PPICS (tendance à long terme et dénominateur) par rapport au nombre de projets du PPICS.	Entrevues avec les informateurs clés : intervenants FPT, ONG pertinentes, gestionnaires du PPICS.
6.2 Dans quelle mesure le PPICS a-t-il contribué à « la banalisation » des TIC dans le système de soins de santé? (intégration du point de vue des systèmes de santé)	**Répercussions perçues sur la banalisation :** évaluation de l'intégration des TIC dans la santé comme composante cliniquement et financièrement intégrée du système des soins de santé.	Entrevues avec les informateurs clés : intervenants FPT, ONG pertinentes, gestionnaires du PPICS; représentants des patients et des consommateurs, dispensateurs. Études de cas.
6.3 De quelle manière et dans quelle mesure le PPICS a-t-il influé sur l'intégration de la prestation des services? (intégration du point de vue de la prestation des services/patients)	**Répercussions perçues sur l'intégration de la prestation des services** Preuves des liens améliorés dans le continuum des soins. Intégration de l'utilisation des TIC dans les services permanents fournis aux clients. Changement relatif aux politiques et aux procédures. Changement relatif au flux de l'information.	Sondages auprès des intervenants : évaluations des projets. Entrevues avec les informateurs clés : intervenants FPT, ONG pertinentes, gestionnaires du PPICS; représentants des patients et des consommateurs, dispensateurs. Données relatives à la trajectoire des patients : évaluations des projets. Études de cas. Registres des changements en ce qui a trait aux politiques et aux procédures : évaluations des projets. Registres des changements relatifs au flux de l'information : évaluations des projets.
6.4 Quelle a été l'incidence des projets appuyés par le PPICS sur les collectivités et les régions, en dehors des soins de santé? Quelle importance ces développements ont-ils pour l'avenir des TIC dans le domaine des soins de santé?	Niveaux d'utilisation pour le volet économique, social, autres utilisations de l'équipement. **Répercussions perçues sur les collectivités et les régions.** **Amélioration perçue de l'infrastructure des communications.** **Quantité d'établissements de partenariats stratégiques et de partage des coûts.** **Répercussions perçues sur l'avenir des TIC dans le domaine des soins de santé.**	Entrevues avec les informateurs clés : intervenants FPT, ONG pertinentes, gestionnaires du PPICS; représentants des patients et des consommateurs, dispensateurs. Études de cas.

6.5 Dans quelle mesure le PPICS a-t-il contribué à l'efficacité et à la viabilité des partenariats et des collaborations au sein des administrations et entre celles-ci?Quelle différence ces partenariats et ces collaborations ont-elles fait pour la réalisation des buts du PPICS?	**Contribution perçue relativement à l'efficacité et à la viabilité des partenariats et des collaborations au sein des administrations et entre celles-ci**[5] **Répercussions perçues relativement aux partenariats et aux collaborations sur la réalisation des buts du PPICS.**	Entrevues avec les informateurs clés : tous les intervenants. Études de cas.
6.6 Dans quelle mesure les contributions en termes de budget et de ressources d'autres sources se sont-elles ajoutées aux contributions du PPICS, au-delà de l'accord relatif à un ratio de contribution de 50/50?	**Contributions des bénéficiaires et des partenaires** (total et pourcentage des contributions du PPICS).	Rapports finaux des projets.
6.7 Quelles répercussions le PPICS a-t-il eu sur les initiatives de TIC et leurs commanditaires qui n'étaient pas sélectionnés pour le financement du PPICS?	**Incidence des projets de TIC en dehors du PPICS, y compris les demandeurs (effet indirect) et les non-demandeurs (tendances à long terme et dénominateur).** Incidence des partenariats soutenus.	Entrevues avec les informateurs clés : intervenants FPT, ONG pertinentes, gestionnaires du PPICS
6.8 Dans quelle mesure et de quelle manière les politiques et la mise en place du PPICS ont-elles une incidence sur la réalisation des buts du programme?	**Répercussions des politiques et de la mise en place perçues sur la réalisation des buts du PPICS.**	Entrevues avec les informateurs clés : tous les intervenants. Études de cas.
7.0 CONTRIBUTION DE LA CONCEPTION DU PROGRAMME À LA RÉALISATION DES OBJECTIFS		
7.1 Quelle différence est imputable à chacun des éléments de conception du programme, du point de vue de la participation à celui-ci, de la dimension et de la nature des projets, et de la réalisation des objectifs du programme? - exigence de financement de contrepartie - exigence de partenariats intercompétences - critères d'admissibilité - processus de sélection - conseil consultatif de programme - exigences d'évaluations à mi-mandat et finale - autres	**Répercussions des caractéristiques de la conception du programme perçues sur la participation, la dimension et la nature des projets et la réalisation des objectifs.**	Entrevues avec les informateurs clés : tous les intervenants.
7.2 Quelle a été l'efficacité de chacune des caractéristiques administratives suivantes du	**Efficacité perçue des caractéristiques administratives qui contribuent à la réalisation des objectifs du**	Entrevues avec les informateurs clés : tous les intervenants.

[5] Au sens le plus large : comprend les autorités de la santé fédérales-provinciales, inter-provinciales, interrégionales (et les autorités interrégionales de santé dans les provinces); les compétences interprofessionnelles, inter-institutionnelles et inter-réglementaires.

programme du point de vue de la réalisation de ses objectifs? - responsables du projet -coordonnateurs de programme régionaux - activités horizontales en ce qui concerne : - évaluation de projet - protection des renseignements personnels et sécurité - propriété intellectuelle - viabilité - normes et interopérabilité - communications	**programme.**	Études de cas.
8.0 LEÇONS APPRISES		
8.1 Quelles ont été les contributions du PPICS à la connaissance des meilleures pratiques en : - gestion de projet - évaluation et atténuation des risques - gestion du changement - protection des renseignements personnels - mesure et évaluation du rendement - viabilité?	Liste des meilleures pratiques définies pour chacun des volets suivants : gestion de projet, évaluation et atténuation des risques, gestion du changement, protection des renseignements personnels, mesure et évaluation du rendement, et viabilité; évaluation de leur nombre, de leur importance et de leur généralisabilité	Rapports finaux des projets Entrevues avec les informateurs clés : tous les intervenants. Études de cas.
8.2 Quels sont les facteurs clés qui expliquent la réussite ou l'échec relatif des projets à mettre en place et à soutenir? En particulier, quelles stratégies de gestion du changement se sont avérées particulièrement fructueuses?	Liste des facteurs clés déterminés qui expliquent la réussite ou l'échec; évaluation de leur nombre, de leur importance et de leur généralisabilité. Exemples de stratégies de gestion du changement plus ou moins fructueuses. Exemples d'exploitation des principaux mécanismes liés à la réussite ou à l'échec (explicatif).	Rapports finaux des projets Entrevues avec les informateurs clés : tous les intervenants. Études de cas.
8.3 Quelles solutions aux problèmes stratégiques, comme les remboursements, l'obtention de permis et l'imputabilité, ont conçu les projets financés par le PPICS?	Liste de solutions aux problèmes stratégiques, notamment remboursements, l'obtention de permis et l'imputabilité; évaluation de leur nombre, de leur importance et de leur généralisabilité.	Entrevues avec les informateurs clés : tous les intervenants. Études de cas.
8.4 Dans quelle mesure les projets financés par le PPICS ont-ils contribué à l'élaboration de nouvelles normes et lignes directrices en matière de télésanté et de DES? Quelles leçons a-t-on tiré de l'expérience du PPICS en ce qui concerne l'élaboration des normes et de leur mise en application?	Liste de contributions et contributions potentielles aux normes et aux lignes directrices; évaluation de leur nombre, de leur importance et de leur généralisabilité. Liste et synthèse des apprentissages concernant l'élaboration des normes et leur mise en application; ; évaluation de leur nombre, de leur importance et de leur généralisabilité.	Entrevues avec les informateurs clés : gestionnaires de projets, experts, intervenants FPT, gestionnaires du PPICS. Études de cas.
8.5 Dans quelle mesure les connaissances	Liste des activités de diffusion des connaissances et des	Entrevues avec les informateurs clés : tous les

produites dans le cadre du PPICS sont-elles partagées avec les intervenants des TIC? Quelles mesures doivent être prises pour assurer que les connaissances acquises sont diffusées concrètement aux publics cibles?	intervenants qui y participent; évaluation de leur nombre, de leur importance et de leur généralisabilité. Liste des mesures prioritaires à prendre pour assurer une diffusion efficace; évaluation de leur nombre, de leur importance et de leur généralisabilité.	intervenants. Études de cas.

ANNEXE 3
Documents de projet examinés

DOCUMENTATION FRANCAISE NON DISPONIBLE

Appendix 3 - CHIPP Projects and Documents Jan 26 2004

Title and sponsor	Project/file no.	Technology - Populations	Main reports and other documents *(exact file names unless in italics)*
Alberta First Nations Project to Screen for Limb, I-Sight, Cardiovascular and Kidney (SLICK) Complications using Mobile Diabetes Clinics University of Alberta, Edmonton, Alberta	Project 0114 G36FDY0114	Two vans outfitted with lab equipment and information and telecommunications technologies: rural and remote First Nations	FINAL SLICK REPORT Dec1 2003 Qualitative report Diane Moir Sept 03 Review and comments on final evaluation report
Application en milieu rural de la télémédecine de première ligne au Témiscamingue Centre de santé de Sainte-Famille, Québec	Project 084 G36FDY0084	Interactive videoconferencing network: senior, remote communities, First Nations	Comments on draft evaluation report
BC Telehealth Program Health Association of British Columbia	Project 099 G36FDY0099	Real-time videoconferencing and store and forward imaging, for specialized infant and child health services	BC Telehealth Final Report + 9 folders of appendices; *appendix J contains* BCTelehealth Program ped v1 *(an evaluation report)* BC Telehealth 2nd Eval review Table 031212CA BC Telehealth Eval Review Table 031117CA BC Telehealth - REV
Bridges to Better Health Children's & Women's Health Centre of British Columbia, Vancouver, British Columbia	Project 0153 G36FDY0153	Electronic health record – pediatric cancer	Bridges Final Report Final Bridges Evaluation Report Zipped file called “Process models” Bridges to Better Health Eval Review Table 040110CA
Central BC-Yukon Telemedicine Initiative	Project 095	Teleradiology –	#95 Final Project Report

Thompson Health Region, Kamloops, British Columbia	G36FDY0095	remote communities	Final Project Report
CLSC of the Future: Telehealth and Tele-home Care Centre local de services communautaires (CLSC) Orléans		Electronic health record for traveling home care workers; tele-surveillance	
COMPETE Centre for Evaluation of Medicines, McMaster University, Hamilton, Ontario	Project 0035B G36FDY30035B	Electronic records and health information, physicians and patients with diabetes	CHIPP Final Project Report dec 24 03 G36FDY035B Complete Final Project Report Dec 24 04 Evaluation Project Report for CHIPP dec 22 03
Development and Implementation of an Integrated Community Mental Health Information System The Capital Health Region and the Victoria Cool Aid Society	Project 002 G36FDY002	Electronic health records: community living mental health patients	ICHMIS Evaluation Report ICMHIS (VIHA) Evaluation Review Table 031229CA
Eastern Ontario Health Network Pembroke General Hospital, Ontario	Project 0023 G36FDY0023	Interactive videoconferencing; rural patients	FINAL PROJECT REPORT + 13 appendices and numerous other documents Final EOTN March 2003 + 19 other documents Easter Ontario telehealth Network Eval review Table 040104CA
Health Infostructure Atlantic Departments of Health, New Brunswick, Nova Scotia, Prince Edward Island, and Newfoundland and Labrador	Project 0015 G36FDY0015	Integrated case management electronic health records Teleradiology	HIA Project Evaluation Report V2.0 HIA Project Evaluation Report V2.0 Final Project Report August 2003 HIA Final report Sept 2003 + 13 presentations Health Info Atlantic Eval Review Table 040102CA
Healthlink Okanagan Similkameen Health Region, British Columbia	Project 0046 G36FDY0046	Health information system for community-living seniors	HealthLink Final Report HealthLink Evaluation Report – working version HealthLink (Interior Health) Eval Rev Table 031222CA
HealthNet/BC Provider Registry Western Health Information Collaborative)	Project 0021 G36DFY30021	Provider information system to allow entry to patient electronic	WHIC Provider Registry Final report v1 + *4 folders with numerous other documents* (Design documents, operations documents; Project

		health records	Management documents; User Documents) Part A CHIPP Evaluation v1 CHIPP Evaluation Aggregates WHIC Provider Registry Eval Review Table 031224CA
IIU Network Department of Health and Social Services, Government of Nunavut	Project 055 G36DFY0055	Interactive videoconferencing: remote communities	Nunavut Telehealth Implementation Report Appendices implementation Technical Survey –Report Final IIU Nunavut final project evaluation report v1.4 IIU Report Appendices 1.31 IIU Nunavut Telehealth Eval Review Table 031224CA
MBTelHealth Network Winnipeg Regional Health Authority	Project 0027 G36DFY0055	Interactive videoconferencing: rural and remote communities	Manitoba Final report MBTelehealth Ev Final draft MBTelehealth Ev Final_Appendices MBTelehealth Eval Review Table 031206CA
MOXXI McGill University, Quebec		Electronic prescribing system	
NORad North Eastern Health Services Alliance	Project 0038 G36DFY0038	Teleradiology: remote communities	CHIPP NORad Final Report NORad Project Evaluation report – Final Northern Radiology Eval review Table 031128CA
Northern Ontario Remote Telecommunications Health (NORTH) Network Sunnybrook and Women's Health Centre	Project 083 G36FDY0083	Interactive videoconferencing: rural and remote communities Teleradiology	Final CHIPP Project Report + *16 appendices* NORTH Network Program Phase II Evaluation Report June 2003 + *23 appendices* North Network Eval Review Table 031117CA
Project Outreach St. Joseph's Health Care, London, Ontario	Project 149 G36FDY30149	Interactive videoconferencing: psychiatric patients, rural, remote and Aboriginal communities	Master report –Final copy + *12 appendices and 7 responses to HC questions* Outreach Draft Evaluation Report
Regional Clinical Oncology Information		Electronic health	

Highway Project Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, Québec		information system: cancer patients	
Regionally Accessible Secure Cardiac health Records University of Ottawa Heart Institute	Project 0014 G36FDY0014	Electronic health records: cardiac patients	RASCHR Final Project Report6 Final report Final Appendix A Final Appendix B Comment on the RASCHR Final Evaluation Reports RASHHR Reponse to the CHIPP comments on the Final Evaluation Report Supplementary Report to the Final Evaluation Report Project0014RASCHR
Southwestern Ontario Telehealth Network (SWOT-N) London, Ontario	Project 0070 G36DFY0070	Interactive videoconferencing: rural patients Teleradiology	Videocare Final Prj Prt Videocare Evaluation Rpt SWOntario Telehealth (SWOT-N) Eval Review Table 031215CA SWOT-NREV
Surgical Services Network St. Joseph's Hospital, Hamilton, Ontario		Telementoring in remote surgery Telerobotic surgery	
SYNAPSE Multi-Jurisdictional Mental health Information System North Shore Health Region of British Columbia	Project 0089 G36DFY0089	Electronic health records: mental health patients	SYNAPSE_#89_Final Report SYNAPSE Final Evaluation Report SYNPASE Eval review Table 031201CA
Système d'information du réseau intégré de Laval –SI-RIL Laval, Québec		Information system linking medical clinics and services: urban population	
Tele-Mental Health Project Department of Psychiatry, University of British Columbia		Interactive videoconferencing: psychiatric patients,	

		rural, remote and Aboriginal communities	
Tele-oncology: Model for a Comprehensive Cervical Cancer Screening Program using ICTs Beauséjour Regional Health Authority, Moncton, New Brunswick	Project 0017 G36FDY0117	Information delivery and patient tracking system: rural and First Nations women	RAPPORT FINAL RAPPORT CLINIQUE FINAL Éval. Rapport final Éval. écon final2
Telehealth Saskatchewan Saskatchewan Health		Interactive videoconferencing: rural patients Teleradiology	
WestNet Tele-Ophthalmology Project Department of Health and Social Services, Government of Northwest Territories	Project 0167 G36FDY0167	Remote screening: diabetic patients in remote communities	NWT Evaluation Final WestNet Teleopthamology – Eval review Table 021206CA
Yukon Telehealth Government of Yukon, Health and Social Services	Project 0155 G36DY0155	Interactive videoconferencing: rural and remote patients	CHIPP_Final_Report_July_2003 CHIPP_Eval_Report_FIN BC-Yukon Telehalth Eval review Table 040110CA

ANNEXE 4
Liste de rapports techniques

Rapport technique #1 – *Key Informant Interviews Report*
Preparé par: Howard Research and Instructional Systems Inc
Consultants
September 2004

Rapport technique #2 – *Case Studies Report – Best Practices and Critical Success Factors*
Preparé par: University of British Colombia
Division of Continuing Medical Education
September 2004

Rapport technique #3 – *Literature Review*
Preparé par: Natalie Kishchuk
Research and Evaluation Inc
April 2003