



Santé
Canada

Health
Canada

**Programmes de subventions et contributions
aux stratégies et aux politiques
en matière de soins de santé
(2002-2007)**

Rapport d'évaluation sommative

Approuvé par le

Comité exécutif ministériel sur les
finances, l'évaluation et la responsabilisation (CEM-FÉR)
de Santé Canada

23 janvier 2008

Canada⁺

TABLE DES MATIÈRES

- Plan d'action de gestion de l'évaluation sommative des Programmes de subventions et contributions aux stratégies et aux politiques en matière de soins de santé (2002-2007)
- Rapport d'évaluation sommative des Programmes de subventions et contributions aux stratégies et aux politiques en matière de soins de santé (2002-2007)

Programmes de subventions et contributions aux stratégies et aux politiques en matière de soins de santé

PLAN D'ACTION DE GESTION

À compter du 1er avril 2008, une nouvelle structure de gouvernance (voir Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur résultats (CGRR), figure 3) sera mise en œuvre, qui comprendra la mise sur pied d'un Comité exécutif du programme, composé de la directrice générale (DG) de la Direction des politiques de soins de santé (DPSS) et des directeurs représentants des éléments du Programme; d'un Comité sur la responsabilisation qui assurera la gestion de la mesure et de l'évaluation du rendement, la gestion des risques et les exigences en matière de vérification du Programme; d'un Comité des opérations, qui aura le mandat de coordonner les fonctions générales de la gestion des programmes, telles que les communications, les finances et les procédures opératoires normalisées (PON) et outils. Les représentants des services consultatifs du Ministère participeront au processus suivant les besoins.

Recommandations	Réponse	Activités principales	Responsabilité	Calendrier
Improving performance measurement data and monitoring				
Affecter des ressources (p. ex. équivalents temps plein (ETP) et monétaires) pour la mesure du rendement au niveau du Programme, de l'élément et du projet.	Comité exécutif du programme CEP Nommer les membres, décrire leurs rôles et leurs responsabilités, et obtenir un accord signé sur le mandat du comité.		DG	Janvier 2008
	Comité de responsabilisation CR Nommer les membres, décrire leurs rôles et leurs responsabilités, et obtenir un accord signé sur le mandat du comité.		DG	
	Comité de opérations CO Nommer les membres, décrire leurs rôles et leurs responsabilités, et obtenir un accord signé sur le mandat du comité.		DG	
	Groupe de travail de gestionnaires de projet GTG Nommer les représentants principaux au niveau des éléments afin de former un groupe de travail de gestionnaires de projet. Définir leurs responsabilités en ce qui touche les activités de la mesure et de l'évaluation du rendement, et obtenir un accord signé sur le mandat du groupe.		Président du CR	

Recommandations	Réponse	Activités principales	Responsabilité	Calendrier
<p>Élaborer une approche méthodique à la collecte de renseignements sur le rendement auprès des bénéficiaires de fonds en ce qui concerne le type, la fréquence et le format des renseignements.</p>	<p>Le cadre de mesure du rendement (CMR) a été élaboré en fonction du Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) révisé et on y apporte d'autres modifications. Il sera prêt pour la mise en œuvre le 1^{er} avril 2008.</p> <p>Des renseignements seront recueillis dès le début du projet jusqu'au résultat final sur les indicateurs de programme communs et les indicateurs principaux au niveau des éléments et du projet, sous une forme qui permet l'unification des données en ce qui concerne l'élaboration de rapports au niveau du Programme.</p> <p>Ces exigences en matière de renseignements seront énoncées dans les trousseaux d'information du Programme et dans les appels d'offres. Elles seront précisées davantage à l'intérieur même des accords de contribution. Des outils et des modèles seront élaborés afin de contribuer à la collecte de données.</p>	<p>Achever les modifications du CMR, tel qu'il est décrit ci-dessous.</p> <p>Des conseillers seront embauchés selon le besoin.</p>	Président CR	De janvier à mars 2008
<p>Élaborer des indicateurs de rendement (c.-à-d. déterminer la définition du succès) pour chacun des éléments du modèle logique du Programme. Ceci devrait être accompli en collaboration avec les intervenants du Programme.</p>	<p>Les indicateurs de rendement du Programme seront perfectionnés, y compris les particularités sur le choix du moment de la collecte de données et des rapports, l'ébauche des modèles logiques a été élaborée et sera validée pour chacun des éléments, et des stratégies liées à la mesure du rendement seront élaborées.</p>	<p>Perfectionner les indicateurs de rendement au niveau du Programme.</p> <p>Valider avec les intervenants du Programme.</p> <p>Valider l'ébauche des modèles logiques au niveau des éléments avec les gestionnaires de projet.</p> <p>Élaborer des indicateurs de rendement au niveau des éléments pour chacune de celles-ci dans le Programme. Veiller à ce qu'ils soient cohérents avec les indicateurs au niveau du Programme.</p> <p>Valider les indicateurs de rendement des éléments avec les gestionnaires de projet et la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère (DMERM).</p> <p>Valider les indicateurs de rendement des éléments avec un groupe représentatif des intervenants externes.</p>	Président CR	De janvier à mars 2008

Recommandations	Réponse	Activités principales	Responsabilité	Calendrier
Élaboration de lignes directrices et de normes pour les récipiendaires de fonds				
<p>Élaborer des lignes directrices et des critères communs pour les propositions de projet et les évaluations afin de s'assurer que les renseignements pertinents seront saisis au niveau du projet en vue d'informer les évaluations à trois niveaux, à savoir le projet, les éléments et le Programme.</p>	<p>Il est important de reconnaître que le Programme renferme une série diversifiée d'initiatives et que les indicateurs communs du Programme et les mesures des résultats uniques d'un projet et d'un élément seront importants.</p>	<p>En plus de perfectionner le cadre de la mesure de l'évaluation du rendement, des lignes directrices et des critères communs seront élaborés, avec l'aide de conseillers, dans le cadre d'une série d'ateliers.</p> <p>Les lignes directrices et les critères seront introduits dans les trousseaux d'information sur la gestion du Programme et dans les trousseaux de sollicitation de projets du Programme.</p> <p>Des modèles seront élaborés afin d'assurer une collecte et une évaluation uniformes des renseignements.</p>	<p>Président CR et Président CO</p>	<p>De janvier à mars 2008</p>
<p>Dans les trousseaux de sollicitation, on devrait exiger que les propositions montrent les publics cibles appropriés, la détermination et la réalisation de stratégies particulières à utiliser pour la diffusion des connaissances et de son acceptation, des preuves ou des justifications pour l'utilisation des stratégies, ainsi que la méthode d'évaluation de la portée et de l'application par les publics cibles.</p> <p>S'assurer que le public ciblé est bien identifié, examiner si les utilisateurs finaux sont bien placés pour être en mesure de satisfaire les objectifs du Programme (p. ex. ils sont en mesure d'apporter des changements)</p> <p>Le Programme devrait relever des moyens appropriés de diffuser les renseignements à des groupes cibles particuliers et des moyens d'évaluer l'application – afin d'offrir un encadrement aux projets ou aux initiatives pour être en mesure d'évaluer de façon plus éclairée les nouvelles propositions.</p>	<p>La diffusion des renseignements est un extrait important du Programme et le transfert des connaissances est un résultat immédiat. La direction du Programme reconnaît l'importance d'adapter la stratégie de diffusion afin de fournir des renseignements appropriés et utilisables pour l'utilisateur prévu. L'accomplissement de résultats intermédiaires et ultimes repose sur cela.</p> <p>Une trousse de sollicitation sera élaborée au niveau du Programme. Elle contiendra un aperçu du Programme et des renseignements précis sur les objectifs du Programme, les modalités, les intervenants, les publics cibles, les définitions et les concepts communs, les exigences en matière de mesure et de rapport en ce qui concerne les finances et le rendement. La trousse contiendra également des lignes directrices et des modèles afin de contribuer à l'élaboration de propositions de projet et de s'assurer</p>	<p>Une ébauche des stratégies et des activités touchant la diffusion des connaissances sera élaborée comme partie du travail qui sera entamé pour améliorer le processus de planification stratégique et de coordination.</p> <p>Élaborer la trousse à partir de documents actuels disponibles et de l'élaboration de nouveaux documents ou la révision de documents selon le besoin.</p> <p>Solliciter les commentaires des services consultatifs du Ministère dans les cas où des connaissances spécialisées sont requises, à savoir évaluation, avis juridique</p>	<p>Président CR et Président CO</p>	<p>De janvier à mars 2008</p>

Recommandations	Réponse	Activités principales	Responsabilité	Calendrier
<p>Dans les trousse de sollicitation, on devrait exiger que les projets désignent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la méthode d'évaluation des nouvelles approches et des nouveaux outils; • la méthode de détermination des meilleures pratiques; • la façon dont le projet se rapporte aux objectifs du Programme et au renouvellement global du système des soins de santé; • la façon dont le projet peut être mis en œuvre ou généralisé pour une plus grande population et/ou d'autres territoires. 	<p>que les critères principaux tel que le public ciblé, les stratégies de diffusion de connaissances, et la méthode d'évaluation sur leur efficacité sont identifiés.</p> <p>La trousse de sollicitation du Programme sera jointe à des appels d'offres adaptés de façon plus précise.</p>	<p>Lancer la trousse dans le cadre d'une séance d'information pour le groupe de travail de gestionnaires de projet, et la diffuser sur papier et par voie électronique.</p>		
<p>Les leçons tirées de cette évaluation finale devraient être introduites dans le processus d'examen de la proposition.</p>	<p>Une trousse d'information sur la gestion de programme sera élaborée et comprendra les conclusions et les recommandations de l'évaluation finale. La trousse comprendra également : une brève description du contexte du Programme; les objectifs du Programme; les modalités; les définitions et les concepts communs; le processus de demande et d'examen des propositions; les outils et modèles d'évaluation du projet, qui englobent les recommandations à la suite de l'évaluation et les exigences en matière de rapport, tel qu'il est documenté dans le CGRR du Programme.</p>	<p>Élaborer la trousse à partir de documents actuels disponibles et de l'élaboration de nouveaux documents ou la révision de documents selon le besoin.</p> <p>Solliciter les commentaires des services consultatifs du Ministère dans les cas où des connaissances spécialisées sont requises, à savoir évaluation, avis juridique.</p> <p>Lancer la trousse dans le cadre d'une séance d'information pour le groupe de travail de gestionnaires de projet, et la diffuser sur papier et par voie électronique.</p>	<p>Président CR et Président CO</p>	<p>De janvier à mars 2008</p>

Recommandations	Réponse	Activités principales	Responsabilité	Calendrier
Amélioration de la planification stratégique et de la coordination au niveau du Programme				
<p>Élaborer une stratégie globale du Programme, y compris le niveau de financement à accorder aux priorités particulières de financement, qui tient compte du type de renseignements que l'on possède déjà sur ces priorités, l'état des priorités en ce qui a trait à l'application des connaissances, et la portée et l'ampleur du défi de renouvellement des soins de la santé qui sera abordé par chacune des priorités.</p> <p>La stratégie pourra comprendre des activités comme suit:</p> <ul style="list-style-type: none"> Effectuer des examens périodiques des priorités et des objectifs des projets qui reçoivent des fonds afin de s'assurer que les priorités et objectifs du Programme et de ses éléments sont abordés. Des appels de propositions pourraient ensuite être adaptés en vue de combler toute lacune en matière de renseignements Mettre un accent sur le financement de projets qui comprennent une approche nationale dès l'étape de l'élaboration (p. ex. qui étudient des moyens d'assurer la mise en œuvre à l'échelle nationale, ou qui tiennent compte de la généralisabilité pour le reste du pays). Produire un plan visant à coordonner les efforts, et à en réduire le dédoublement, dans les éléments (p. ex. lorsqu'on aborde des questions semblables, mais dans différentes régions). Produire un plan afin de faire la synthèse des outils, des approches, des meilleures pratiques du «projet pilote», entre autres. Recueillir des renseignements communs des projets, les mettre en rapport au niveau des éléments et les partager avec d'autres projets ou initiatives. 	<p>L'élargissement des initiatives du Programme à la suite des nouvelles priorités du gouvernement et des accords sur la santé de la Réunion des premiers ministres (RPM) signifie que la direction a besoin d'une plus grande capacité de gestion de programme que ce qu'on avait prévu. Des systèmes de gestion, des mesures de rendement et des mécanismes de rétroaction sur le rendement ont été élaborés et en sont à la dernière étape du perfectionnement. On prévoit que la mise en œuvre débutera et se poursuivra toute l'année prochaine.</p> <p>La base de données décrite ci-dessus permettra de faciliter la synthèse des renseignements pour le projet au niveau des éléments et du Programme.</p>	<p>Élaborer le programme et le calendrier annuels pour les réunions régulières du Comité exécutif du programme, du Comité sur la responsabilisation, du Comité des opérations et du Groupe de travail de gestionnaires de projet. Planifier de changer le centre d'intérêt afin d'englober divers sujets, tels que la planification stratégique (y compris une révision périodique des projets afin de s'assurer que les priorités du programme sont atteints), la mesure du rendement, l'évaluation, le transfert des connaissances, la diffusion de l'information, la communication de l'information financière, la négociation d'ententes et les questions juridiques. Y inclure les experts des services consultatifs du Ministère, en fonction des besoins.</p> <p>Rédiger un modèle pour la collecte normalisée de données au niveau du Programme, qui donnera la façon dont on peut recueillir des données pertinentes du projet pour l'entrée dans la base de données du Programme.</p> <p>Établir une base de données qui servira d'entrepôt des renseignements et qui facilitera l'analyse des projets pour ce qui est des objectifs du Programme et des principaux critères relatifs.</p> <p>Créer une ébauche spécifique du contenu au niveau des éléments pour les modèles de collecte de données.</p> <p>Valider et tester les modèles avec les intervenants du Programme.</p> <p>Créer des rapports d'analyse provenant de la base de données et les présenter aux réunions du comité sur une base régulière.</p> <p>Ces renseignements seront partagés au moyen des sites Web actuels et des publications imprimées.</p>	<p>Président CR</p> <p>Président CO</p>	<p>De janvier à mars 2008</p> <p>Continu</p>



Health
Canada

Santé
Canada



**Programmes de subventions et
contributions aux stratégies et
aux politiques en matière de
soins de santé (2002-2007)**

Rapport d'évaluation sommative

Décembre 2007

Préparé par :
Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère
Direction générale du contrôleur ministériel

Canada

REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier tous les gens qui, à l'intérieur comme à l'extérieur de Santé Canada, ont participé à l'évaluation. Sans leur concours, il aurait été impossible de produire le présent rapport. Nous sommes particulièrement redevables aux personnes énumérées plus loin.

L'équipe de projet était formée des représentants suivants du Bureau du directeur général, de la Direction de la politique des soins de santé (DPSS), du Bureau de la politique des soins infirmiers (BPSI) et de la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse (DRAA) :

- Zelia Barbosa, agente d'administration des subventions et contributions (BPSI);
- Susan Spohr, coordonnatrice principale en responsabilité publique (BDG);
- Gary Larkin, gestionnaire (DPSS);
- Denise Boyle, analyste principale en politiques (DPSS);
- Diana Kaan, agente principale en politiques (DPSS);
- Robin Buckland, analyste principale en politiques (BPSI);
- Teklay Messele, économiste (DRAA).

À la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère (DMERM) de la Direction générale du contrôleur ministériel, l'équipe de projet comprenait les personnes suivantes :

- Tara Kuzyk, évaluatrice principale;
- Jennifer Davidson, évaluatrice principale;
- Helen Verhovsek, évaluatrice principale;
- Kate Morgan, évaluatrice;
- Nana Amankwah, évaluatrice principale;
- Donna Anderson, évaluatrice;
- Anthony Stock, stagiaire en évaluation;
- Shawn Mathew, stagiaire en évaluation;
- Diane Spallin, coordonnatrice administrative.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
SOMMAIRE	iii
INTRODUCTION	1
Profil du Programme	1
Objet de l'évaluation	8
Méthodes	10
DONNÉES	14
UTILITÉ	15
<i>Question 1</i>	
Le Programme continue-t-il à traduire les priorités du gouvernement et de Santé Canada?	
Les volets financés par le PSCSPSS gardent-ils leur utilité?	15
Résultats	15
Subventions	17
Contributions	19
Conclusions	22
Recommandations	22
<i>Question 2</i>	
Le Programme cause-t-il un chevauchement avec toute autre initiative de Santé Canada?	
Quels sont les aspects uniques des connaissances acquises et de l'information produite? ..	23
Constatations	23
Conclusions	24
Recommandations	24
SUCCÈS	25
<i>Question 3</i>	
Dans quelle mesure chacun des volets du PSCSPSS a-t-il contribué à la réalisation	
des objectifs de ce programme :	25
Constatations	26
Ensemble du Programme	26
Subventions	35
Contributions	38
Réalisation des objectifs d'ensemble du Programme	41
Conclusions	41
Recommandations	43

TABLE DES MATIÈRES (SUITE)

Page

Question 4

Y a-t-il des résultats attendus des volets qui n'ont pas encore été obtenus? Pourquoi? ... 44

Constatations 44

Conclusion 46

Recommandations 46

Question 5

Quelles sont les leçons à tirer du PSCSPSS et de ses volets? 46

Constatations 46

Conclusions 48

Recommandations 48

RECOMMANDATIONS D'ENSEMBLE 48

SOMMAIRE

Contexte

On a créé en 2002 les programmes de subventions et contributions aux stratégies et aux politiques en matière de soins de santé (ci-après désigné par “le Programme” ou PSCSPSS) afin de tenir les engagements pris par les premiers ministres en l’an 2000 et confirmés par la suite par l’Accord sur la santé de 2003 et le Plan décennal de 2004. Le Programme appuie aussi les engagements fédéral-provincial-territorial (FPT) anciens et nouveaux.

Selon un énoncé de politique appuyant sa création, le Programme vise à élargir les analyses et les consultations stratégiques nécessaires à l’accessibilité, à la qualité, à la durabilité et à la responsabilité dans un système de santé adaptable aux besoins des Canadiens.

Il s’agit d’un programme à volets multiples : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), Conseil canadien de la santé (CCS), Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), Système informatisé sur les stagiaires post-MD en formation clinique (SISPMDFC), contributions de base (Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM), Programme de contribution aux pratiques exemplaires (PCPE), etc.), Stratégie en matière de ressources humaines en santé (SRHS), Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l’étranger (IPSDE) et Initiative nationale sur les temps d’attente (INTA).

Chacun de ces volets comporte ses propres objectifs, mais tous sont liés aux objectifs d’ensemble du PSCSPSS :

1. favoriser la conception et l’application de politiques et de stratégies relatives au système de santé qui tiennent compte des priorités énoncées;
2. enrichir la connaissance des facteurs influant sur le rendement du système de santé et la réponse qu’il apporte aux besoins des utilisateurs;
3. accroître la collaboration et la coordination des interventions en santé selon les priorités des autorités fédérales-provinciales-territoriales, des autres décideurs en santé, des soignants, des utilisateurs, des chercheurs et des autres intervenants;
4. recenser, évaluer et promouvoir les stratégies et les pratiques exemplaires nouvelles qui sont liées aux priorités constatées du système de santé;
5. accroître les connaissances et l’application des données probantes et des pratiques exemplaires pour une amélioration de la planification et du rendement du système de santé;
6. contribuer à accroître l’accessibilité, la souplesse, la qualité, la durabilité et la responsabilité dans le système de santé.

Objet de l'évaluation sommative

Les modalités actuelles du Programme de subventions et contributions aux stratégies et aux politiques en matière de soins de santé expireront le 31 mars 2008. En vertu de sa politique sur les paiements de transfert, le Conseil du Trésor exige que ce programme soit évalué avant toute reconduction de ses modalités. Dans la présente évaluation sommative, il est question du degré de réalisation des objectifs de chacun des volets du PSCSPSS; on y met l'accent sur les engagements pris par les premiers ministres. Les résultats entreront comme facteur dans la décision que prendra le Conseil du Trésor au sujet du renouvellement des modalités du Programme. De plus, ils aideront les gestionnaires du Programme à décider des orientations futures du PSCSPSS et de ses volets.

L'objectif est triple :

- juger de l'utilité du Programme et de ses volets;
- examiner leurs progrès et leur incidence (obtention des résultats et réalisation des objectifs);
- examiner les leçons tirées.

L'évaluation répondra aux questions suivantes :

1. Le Programme continue-t-il à traduire les priorités du gouvernement et de Santé Canada? Les volets financés par le PSCSPSS gardent-ils leur utilité?
2. Le Programme fait-il double emploi ou entre-t-il en chevauchement avec toute autre initiative de Santé Canada? Quels sont les aspects uniques des connaissances acquises et de l'information produite?
3. Dans quelle mesure chacun des volets du PSCSPSS contribue-t-il à la réalisation des objectifs fixés pour le Programme?
4. Y a-t-il des résultats attendus des volets qui n'ont pas encore été obtenus? Pourquoi?
5. Quelles sont les leçons à tirer du PSCSPSS et de ses volets?

Méthodes

L'analyse menée aux fins de l'évaluation repose sur diverses données probantes permettant de dégager les résultats les plus complets, valables et fiables. Ces données ont été obtenues par les méthodes de collecte suivantes : bilan documentaire, sondage et recension des écrits.

L'évaluation a duré de février à novembre 2007. Les activités de planification et de conception des instruments d'investigation se sont étendues de février à mai, suivies des activités de collecte de données sur trois mois (de juin à août) pour les trois aspects énumérés. L'analyse et l'élaboration du rapport ont enfin eu lieu de septembre à novembre.

Le bilan documentaire a porté sur 27 dossiers de projets, 11 rapports définitifs ou rapports d'évaluation et 4 projets relatifs aux volets du Programme. On a élaboré des formules récapitulatives afin de recueillir systématiquement les données nécessaires. Pour le sondage par voie électronique, on a fait appel aux représentants de 127 projets et 67 des intéressés ont répondu. Dans la recension des écrits, on a enfin évalué plus de 30 articles à l'aide d'une grille de saisie de l'information.

On a fait la synthèse des résultats des trois sources de données et les a livrés dans le présent rapport selon les diverses questions d'évaluation posées. Dans la mesure du possible, on a analysé les données à deux niveaux, soit à l'échelle du Programme et pour les différents volets.

Conclusions et recommandations

Le **tableau I** récapitule les conclusions et les recommandations de l'évaluation. Les recommandations appartiennent à quatre catégories générales : utilité, amélioration des données et du suivi dans la mesure de rendement, création de principes et de normes applicables aux bénéficiaires et amélioration de la planification et de la coordination stratégiques au niveau du Programme.

Tableau I	
Conclusions et recommandations de l'évaluation sommative	
Conclusions	Recommandations
Utilité	
Le Programme et ses volets sont harmonisés et traduisent les priorités dégagées par les premiers ministres, le discours du Trône, Santé Canada et les programmes FPT communs. Le Programme a fait preuve de souplesse en s'attaquant rapidement aux problèmes nouveaux du système de santé.	<ul style="list-style-type: none"> Le Programme devrait continuer à faire preuve de sa souplesse de réaction aux priorités nouvelles du système de santé.
Amélioration des données et du suivi dans la mesure du rendement	
Les rapports d'évaluation et rapports annuels des projet étaient axés sur les procédés et les produits plutôt que sur les résultats, d'où la difficulté de mesurer le degré de réalisation des objectifs du Programme.	<ul style="list-style-type: none"> Affiner les indicateurs de rendement à l'échelle du Programme et établir d'autres critères de rendement (voir à quoi ressemble le succès) pour chaque volet, et ce, en collaboration avec les intervenants du Programme. Trouver une façon systématique de recueillir des données de rendement auprès des bénéficiaires (nature, fréquence et forme de l'information en question). Pour que les recommandations deviennent réalité, dédier des ressources (humaines, financières, etc.) à la mesure du rendement au niveau du Programme, des volets et des projets.

Conclusions	Recommandations
Création de principes et de normes applicables aux bénéficiaires	
<p>Bien des rapports de projet ne faisaient pas mention des objectifs du Programme et de ses volets, mais plutôt d'objectifs tout à fait particuliers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des principes et des critères communs d'évaluation des propositions de projets et d'initiatives pour qu'une information utile soit recueillie au niveau des projets et des initiatives, ce qui éclairera l'évaluation du Programme et de ses volets. • Dans la demande de propositions, on devrait exiger des responsables des projets qu'ils indiquent les liens de ceux-ci avec les objectifs du Programme et avec le renouveau global du système de santé.
<p>D'ordinaire, les clientèles cibles reconnues aux fins des projets et des initiatives étaient trop générales et les stratégies de diffusion ne reposaient pas suffisamment sur des recherches ou recensions des écrits.</p> <p>Il y a eu trop peu d'efforts en vue de recueillir des données sur la portée et l'acceptation des résultats des projets (connaissances, outils, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le Programme devrait trouver les bonnes façons de diffuser l'information à l'intention des groupes cibles, ainsi que les meilleurs moyens d'évaluer l'acceptation, d'orienter les projets et les initiatives et de conseiller les représentants et les agents des volets. • Dans la demande de propositions, on devrait obliger les responsables des projets à indiquer ou énoncer ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> ▸ clientèle cible appropriée : veiller à bien reconnaître la clientèle cible et l'échelon où elle se situe (local, provincial-territorial ou national); se demander si les utilisateurs finals sont bien placés pour réaliser les objectifs du Programme (c'est-à-dire sont capables de créer le changement); ▸ raison d'être de la stratégie de diffusion : on devrait exposer pourquoi on a choisi ou employé certaines méthodes de diffusion (données de recherche ou éléments théoriques, par exemple); ▸ méthode d'évaluation de la portée et de l'acceptation : les plans d'évaluation des projets devraient préciser les méthodes d'évaluation de la portée et de l'acceptation des résultats (connaissances acquises et produits réalisés) dans la (les) clientèle(s) cible(s). • Pour les aspects types (stratégies de diffusion, constatation des clientèles cibles, méthodes d'évaluation, etc.), les examinateurs des propositions doivent se doter de critères communs d'évaluation des volets à l'aide desquels ils étudieront les propositions reçues.
<p>Dans un grand nombre de projets et d'initiatives, on s'est efforcé de créer des outils ou des stratégies, mais dans bien des cas, on ne savait au juste comment les évaluer. Sans cette information, les responsables du Programme seraient incapables de voir quels projets ou initiatives pourraient être appliqués ou adoptés plus généralement, même sur le plan national.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la demande de propositions, on devrait exiger des responsables des projets qu'ils indiquent ou énoncent : <ul style="list-style-type: none"> ▸ la méthode d'évaluation des stratégies ou des outils nouveaux; ▸ comment leurs projets peuvent être appliqués à une plus grande portion de la population ou à d'autres administrations.

Conclusions	Recommandations
<p>Dans le bilan documentaire et le sondage, on a tiré un certain nombre de grandes leçons applicables et utiles à d'autres projets du Programme, ainsi qu'à la démarche d'examen des propositions.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On devrait tenir compte des leçons apprises dans les projets au moment de produire les rapports définitifs. Dans de tels bilans, on devrait indiquer les liens avec d'autres projets et l'ensemble du Programme ainsi que l'utilité potentielle pour ceux-ci (c'est-à-dire les stratégies favorables à l'acceptation ou les éléments qui y font nettement obstacle avec la façon de les aborder, par exemple); • dans l'évaluation de propositions nouvelles, les examinateurs devraient aussi s'attacher aux leçons tirées des projets antérieurs et à leurs liens avec les orientations proposées (les intéressés doivent s'assurer que les délais proposés sont réalistes, par exemple).
Amélioration de la planification et de la coordination stratégiques au niveau du Programme	
<p>Les trois sources de données ont confirmé qu'il fallait une collaboration et une coordination nationales pour que le système de santé se transforme. Dans un grand nombre de projets et d'initiatives (subventions désignées en particulier), on a conclu des accords en bonne et due forme avec des administrations et des organismes nationaux et provinciaux. La coordination nationale était un aspect moins évident dans les programmes de contributions.</p> <p>Dans certains volets du PSCSPSS, il y aurait risque de double emploi entre projets, surtout lorsque des projets semblables sont financés par des secteurs de compétence différents.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer une stratégie à l'échelle du Programme en précisant le niveau de financement à prévoir selon les priorités et en tenant compte de la nature de l'information déjà disponible sur ces priorités, de la situation sur le plan des priorités de transmission du savoir et de la portée et de l'ampleur du défi à relever dans chaque cas en matière de renouvellement des soins. • Le plan pourrait comporter les activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▸ examiner périodiquement les priorités et les objectifs des projets financés en fonction des exigences correspondantes du Programme et de ses volets (on pourrait alors adapter la demande de propositions aux besoins d'information à combler); ▸ créer des possibilités officielles de partage de l'information; ▸ s'employer à financer des projets comportant une orientation nationale au stade de leur élaboration; ▸ dresser un plan de coordination et d'harmonisation des activités liées aux divers volets; ▸ dresser un plan de synthèse des stratégies, pratiques exemplaires et outils de «projets pilotes», etc.; ▸ recueillir des données communes de mesure de rendement des projets, faire la synthèse de cette information au niveau des volets et la partager avec les autres projets et initiatives.
<p>Très peu de projets réalisés, ont visé à évaluer plus généralement leur incidence sur le système de santé. Tous les volets avaient une certaine orientation nationale déclarée, mais beaucoup de projets n'étaient pas conçus dans une perspective stratégique nationale ni ne visaient au départ à l'application des stratégies ou des pratiques exemplaires en question au niveau provincial-territorial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On doit mettre davantage l'accent sur une plus vaste applicabilité des résultats des projets (application au niveau provincial-territorial ou national) pour la transformation du système de santé à l'échelle nationale.

INTRODUCTION

Ce rapport expose les constatations et les recommandations de l'évaluation sommative du Programme de subventions et contributions aux stratégies et aux politiques en matière de soins de santé (PSCSPSS). Cette évaluation a été réalisée par le personnel de la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère (DMERM) de Santé Canada. Le rapport comprend quatre parties. Il y a d'abord une introduction où sont décrits les volets, les objectifs et le profil des ressources du PSCSPSS avec le modèle logique de ce programme. La deuxième section traite du plan d'évaluation, des moyens d'investigation et de leurs limites. La troisième section, qui constitue le corps du document, livre les constatations et les données probantes de l'évaluation en fonction des questions générales posées. La dernière section présente enfin des recommandations et des conclusions dans l'ensemble.

PROFIL DU PROGRAMME

On a créé en 2002 les *Programmes de subventions et contributions aux stratégies et aux politiques en matière de soins de santé* (ci-après désigné par le « Programme » ou le PSCSPSS) afin de tenir les engagements pris par les premiers ministres en l'an 2000 et confirmés par la suite dans l'Accord sur la santé de 2003 et le Plan décennal de 2004. Le Programme appuie aussi les engagements, anciens et nouveaux, au niveau fédéral-provincial-territorial (FPT).

Selon l'énoncé de politique produit à sa création, le Programme est là pour élargir les analyses et les consultations stratégiques nécessaires à l'accessibilité, à la qualité, à la durabilité et à la responsabilité dans un système de santé adaptable aux besoins des Canadiens.

Il comporte trois parties (ou programmes) bien distinctes :

- Programme fédéral-provincial-territorial de subventions de partenariat, ce qui comprend le Système informatisé sur les stagiaires post-MD en formation clinique (SISPMDFC);
- Subventions désignées avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), le Conseil canadien de la santé et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) (auparavant OCCETS [Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé]);
- Programme de contributions avec la Stratégie en matière de ressources humaines en santé (SRHS), l'Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger (IPSDE), l'Initiative nationale sur les temps d'attente (INTA) et les contributions de base.

Le programme de subventions, qui prévoit des subventions de partenariat FPT (subventions octroyées à une catégorie de destinataires) et des subventions désignées, soutient les ententes et les collaborations fédérales-provinciales-territoriales pour le renouveau du système de santé au Canada. Le programme de contributions prévoit des efforts concertés en vue de stimuler et de faciliter les travaux d'analyse et d'élaboration en politiques des soins des gouvernements provinciaux-territoriaux et des organisations non gouvernementales dans les secteurs prioritaires pour Santé Canada.

Volets du Programme

Au gré de son évolution en réaction aux engagements pris par les premiers ministres, le PSCSPSS s'est étendu à six présentations au Conseil du Trésor (2002, 2003, 2004¹, 2005 et 2006) comportant chacune des engagements précis en matière d'évaluation. Au gré de ces présentations, il s'est aussi enrichi en dollars et en volets (voir la **figure 1**).

Voici ces volets :

☐ Subventions

- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS);
- Conseil canadien de la santé;
- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP);
- Programme FPT des subventions de partenariat (subventions octroyées à une catégorie de destinataires) avec, entre autres, le Système informatisé sur les stagiaires post-MD en formation clinique;

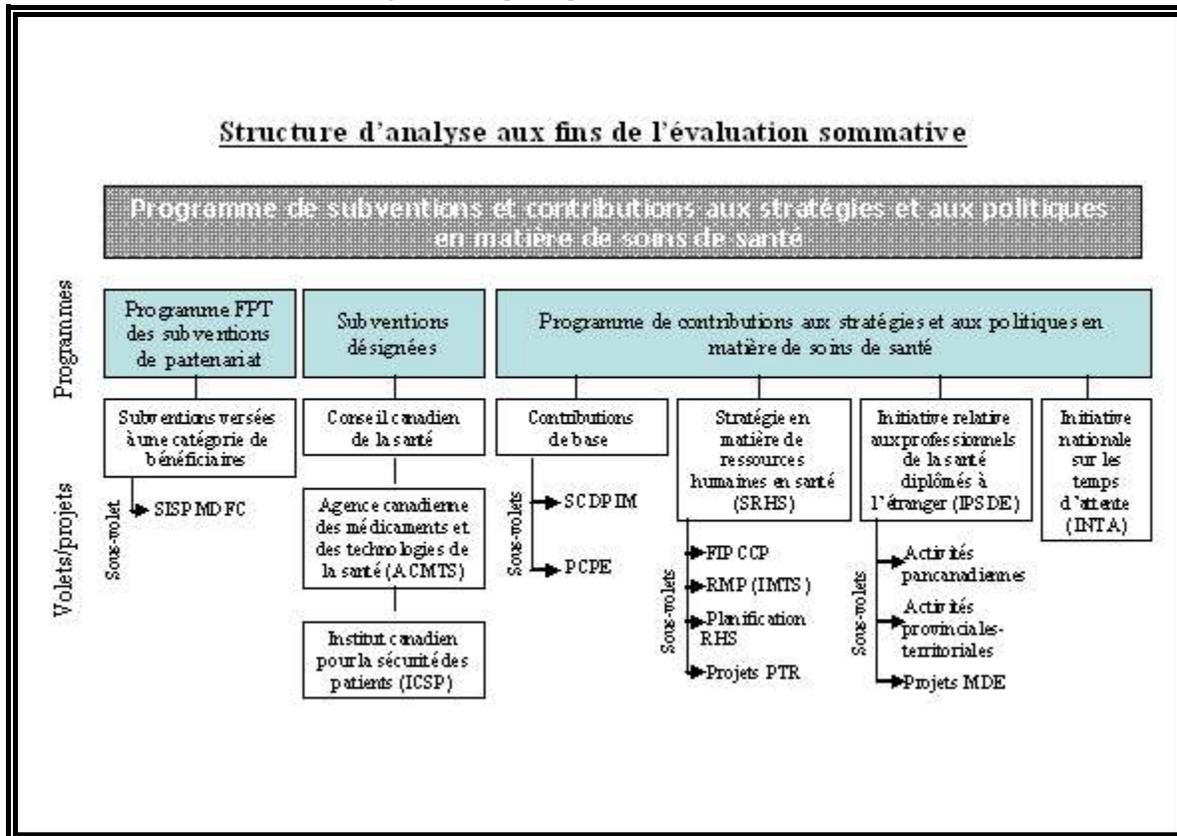
☐ Contributions

- Contributions de base avec le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM) et le Programme de contribution aux pratiques exemplaires (PCPE);
- Stratégie en matière de ressources humaines en santé (SRHS) avec cinq sous-volets :
1) Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP), 2) Programme de recrutement et de maintien en poste (RMP), Initiative sur les milieux de travail sains (IMTS) qui s'y rattache, 3) Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé (SPRHS) et 4) financement de projets provinciaux-territoriaux-régionaux (PTR);

¹ En 2004, il y a eu deux de ces présentations.

- Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger (IPSDE) avec trois sous-volets : 1) activités pancanadiennes; 2) activités provinciales-territoriales (PT); 3) projets relatifs aux médecins diplômés à l'étranger (MDE);
- Initiative nationale sur les temps d'attente (INTA).

Figure 1
Structure d'analyse du Programme de subventions et contributions aux stratégies et aux politiques en matière de soins de santé



Gestion

Le directeur général de la Direction des politiques de soins de santé (DPSS) est responsable des résultats à obtenir et des comptes à rendre globalement dans le Programme. Les directeurs (ou la directrice exécutive dans le cas du Bureau de la politique des soins infirmiers) des divisions qui suivent sont aussi responsables de la gestion de volets particuliers du cadre de financement :

- Division du système de soins de santé;
- Division des soins de santé primaires et continus;

- Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé;
- Bureau de la politique des soins infirmiers;
- Stratégies de gestion des produits pharmaceutiques.

Profil des ressources

Après des débuts modestes avec des crédits annuels de 1,6 million pour les subventions et de 2,0 millions pour les contributions, le Programme compte aujourd'hui sur des sommes respectives de 35,5 et 29,1 millions par an. Le **tableau 1** indique comment se répartissent les ressources *affectées* aux divers volets du Programme d'après les données des présentations antérieures au Conseil du Trésor.

Tableau 1 : Programme de subventions et contributions aux stratégies et aux politiques en matière de soins de santé – affectations budgétaires par exercice										
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	Total de ces exercices
PRÉSENTATION EN 2002										
Subventions (subvention de base à l'OCCETS/ECM jusqu'à l'exercice 2004-2005)	2,455,500 \$	2,000,000 \$	2,000,000 \$	96,000 \$	96,000 \$	96 000 \$	*	*	*	6,743,500 \$
Contributions	2,000,000 \$	2,000,000 \$	2,000,000 \$	1,000,000 \$	1,000,000 \$	1 000 000 \$	*	*	*	9,000,000 \$
PRÉSENTATIONS EN 2003 et 2004										
Subventions désignées										
Conseil canadien de la santé	0 \$	0 \$	6,148,900 \$	10,000,000 \$	10,000,000 \$	10,000,000 \$	*	*	*	36,148,900 \$
ICSP	0 \$	2,200,000 \$	8,000,000 \$	8,000,000 \$	8,000,000 \$	8,000,000 \$	*	*	*	34,200,000 \$
OCCETS (STS)	0 \$	5,000,000 \$	10,000,000 \$							15,000,000 \$
OCCETS (subvention de base, ECM, STS, SCPUOM)				16,903,967 \$	17,403,967 \$	17,403,967 \$	*	*	*	51,711,901 \$
OCCETS (SCPUOM) +	0 \$	1,500,000 \$	3,000,000 \$							4,500,000 \$
Contributions										
SRHS	0 \$	1,475,000 \$	15,079,308 \$	15,885,908 \$	14,628,685 \$	15,425,637 \$	*	*	*	62,494,538 \$
SCDPIM	0 \$	1,600,000 \$	1,600,000 \$	1,600,000 \$	1,600,000 \$	1,600,000 \$	*	*	*	8,000,000 \$
Programme de contribution aux pratiques exemplaires (PCPE) +	0 \$	200,000 \$	500,000 \$	1,000,000 \$	700,000 \$	700,000 \$	s.o.	s.o.	s.o.	3,100,000 \$
SNIUMP (ICIS) +	0 \$	150,000 \$	800,000 \$	800,000 \$	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1,750,000 \$
PRÉSENTATION EN 2005										
Contributions										
IPSDE	0 \$	0 \$	0 \$	9,414,407 \$	9,419,155 \$	16,677,555 \$	16,677,555 \$	16,677,555 \$	*	68,866,227 \$
Initiative nationale sur les temps d'attente	0 \$	0 \$	0 \$	750,000 \$	1,750,000 \$	3,750,000 \$	3,750,000 \$	s.o.	s.o.	10,000,000 \$
TOTAL	4,455,500 \$	16,125,000 \$	49,128,208 \$	65,450,282 \$	64,597,807 \$	74,653,159 \$	20,427,555 \$	16,677,555 \$	*	311,515,066 \$
+ Financement de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT).										
* Financement permanent sous réserve des présentations ultérieures au Conseil du Trésor, des mesures de reconduction des modalités et conditions (dans le cas des contributions) ou du renouvellement des ententes et accords de financement (dans le cas des subventions).										
Les modalités découlant de la présentation de 2002 au Conseil du Trésor expirent dans l'exercice 2006-2007 (prolongation en 2007-2008).										

Objectifs du Programme

Voici les objectifs révisés² du Programme :

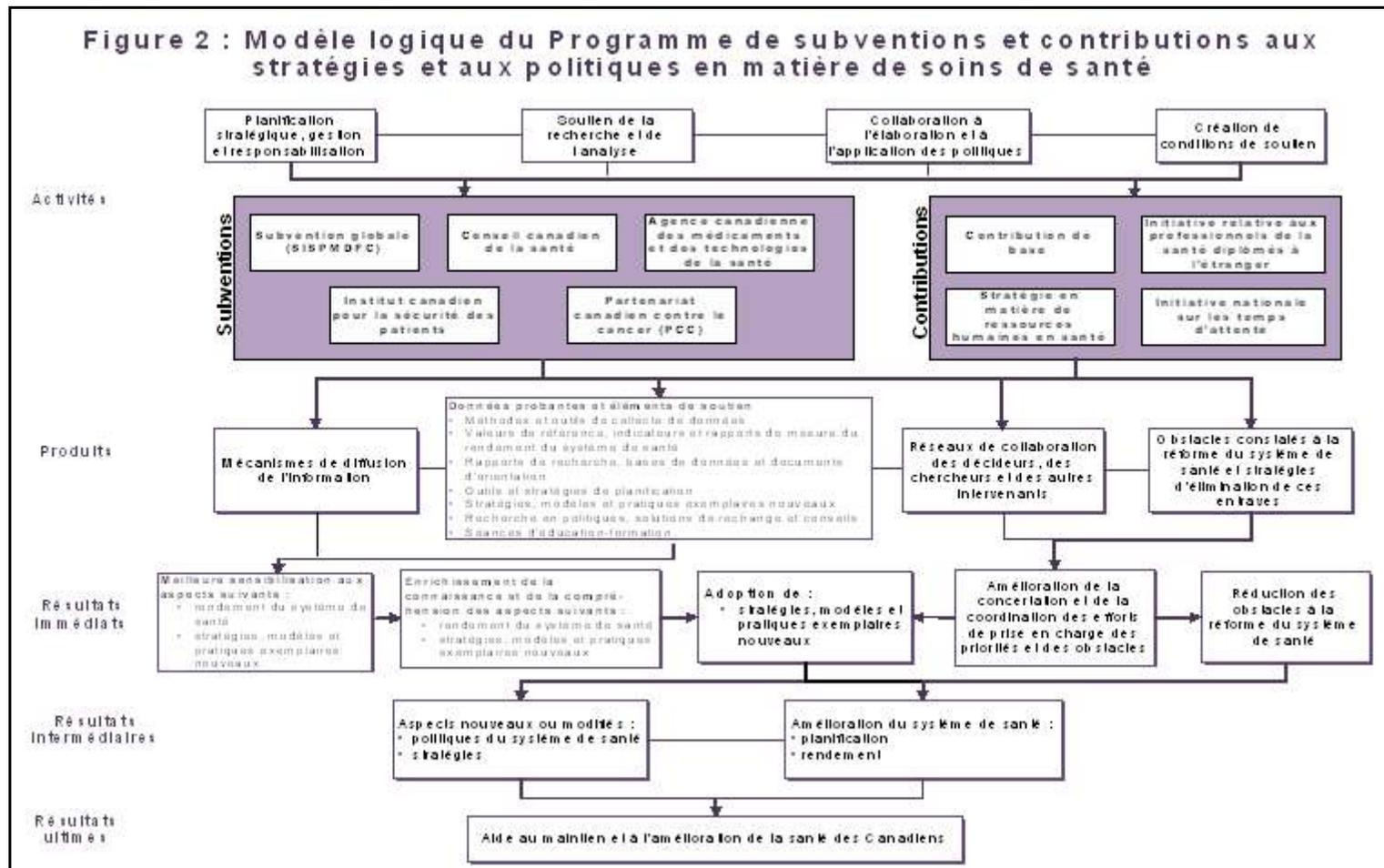
1. favoriser la conception et l'application de politiques et de stratégies relatives au système de santé qui tiennent compte des priorités énoncées;
2. enrichir la connaissance des facteurs influant sur le rendement du système de santé et la réponse qu'il apporte aux besoins des utilisateurs;
3. accroître la collaboration et la coordination des interventions en santé selon les priorités des autorités fédérales-provinciales-territoriales, des autres décideurs en santé, des soignants, des utilisateurs, des chercheurs et des autres intervenants;
4. recenser, évaluer et promouvoir les stratégies et les pratiques exemplaires nouvelles qui sont liées aux priorités constatées du système de santé;
5. accroître les connaissances et l'application des données probantes et des pratiques exemplaires pour une amélioration de la planification et du rendement du système de santé;
6. contribuer à accroître l'accessibilité, la souplesse, la qualité, la durabilité et la responsabilité dans le système de santé.

Modèle logique du Programme

Le modèle logique du Programme à la **figure 2** vise la période 2002-2007 et décrit comment, dans ses activités et ses produits, le PSCSPSS produit des résultats immédiats, intermédiaires et ultimes.

² En 2007, on a révisé ces objectifs à la suite des conclusions de l'Examen du système de mesure du rendement – Programmes de subventions et de contributions dans le cadre des stratégies et des politiques en matière de soins de santé (voir la section 3.1).

Figure 2 : Modèle logique du Programme de subventions et contributions aux stratégies et aux politiques en matière de soins de santé



OBJET DE L'ÉVALUATION

Les modalités en cours d'application du Programme de subventions et contributions aux stratégies et aux politiques en matière de soins de santé expireront le 31 mars 2008. En vertu de sa Politique sur les paiements de transfert, le Conseil du Trésor exige que le PSCSPSS soit évalué avant toute reconduction de ses conditions et modalités. Dans la présente évaluation sommative, il est question du degré de réalisation des objectifs³ de chacun des volets du PSCSPSS; on y met l'accent sur les engagements pris par les premiers ministres. Les résultats entreront comme facteur dans la décision que prendra le Conseil du Trésor au sujet du renouvellement des modalités du Programme. De plus, ils aideront les gestionnaires de ce dernier à fixer les orientations futures du PSCSPSS et de ses volets.

Objectifs de l'évaluation

L'objectif est triple :

1. juger de l'utilité du Programme et de ses volets;
2. examiner leurs progrès et leurs incidences (obtention des résultats et réalisation des objectifs);
3. examiner les leçons à en tirer.

Les thèmes de l'évaluation et les questions bien précises qui s'y rattachent figurent au **tableau 2**.

Tableau 2 Thèmes et questions d'évaluation sommative du PSCSPSS	
Utilité	<ol style="list-style-type: none">1. Le Programme continue-t-il à traduire les priorités du gouvernement et de Santé Canada? Les volets financés par le PSCSPSS gardent-ils leur utilité?2. Le Programme cause-t-il un chevauchement avec toute autre initiative de Santé Canada? Quels sont les aspects uniques des connaissances acquises et de l'information produite?
Réussite	<ol style="list-style-type: none">3. Dans quelle mesure chacun des volets du PSCSPSS contribue-t-il à la réalisation des objectifs fixés pour le Programme?<ol style="list-style-type: none">i. Favoriser la conception et l'application de politiques et de stratégies relatives au système de santé qui tiennent compte des priorités énoncées;ii. enrichir la connaissance des facteurs influant sur le rendement du système de santé et la réponse qu'il apporte aux besoins des utilisateurs;iii. accroître la collaboration et la coordination des interventions en santé selon les priorités des autorités fédérales-provinciales-territoriales, des autres décideurs en santé, des soignants, des utilisateurs, des chercheurs et des autres intervenants;iv. recenser, évaluer et promouvoir les stratégies et les pratiques exemplaires nouvelles qui sont liées aux priorités constatées du système de santé;v. accroître les connaissances et l'application des données probantes et des pratiques exemplaires pour une amélioration de la planification et du rendement du système de santé;vi. contribuer à accroître l'accessibilité, la souplesse, la qualité, la durabilité et la responsabilité dans le système de santé.4. Y a-t-il des résultats attendus des volets qui n'ont pas encore été obtenus? Pourquoi?5. Quelles sont les leçons à tirer du PSCSPSS et de ses volets?

³ Les volets se trouvent à divers stades de mise en œuvre, ce qui peut influencer sur l'importance de la contribution qu'ils apportent à la réalisation des objectifs du Programme.

Portée

Dans cet exercice, on a évalué tous les volets du Programme sauf deux. On a exclu le Partenariat canadien contre le cancer (PCC) qui est financé depuis l'exercice 2006-2007 seulement, car il était trop tôt pour juger de l'obtention des résultats visés. On a également exclu les projets financés par la SRHS dans le cadre de la DGSPNI à la suite d'un accord conclu par les représentants du Secrétariat du Conseil du Trésor, de la SRHS et de la DGSPNI. Ces projets entreront plutôt dans l'évaluation de l'Initiative sur les ressources humaines en santé d'origine autochtone (IRHSOA).

Délai de l'évaluation

L'évaluation a duré de février à novembre 2007. Les activités de planification et de conception des instruments d'investigation se sont étendues de février à mai, suivies des activités de collecte de données sur trois mois (de juin à août) pour les trois aspects énumérés. L'analyse et l'élaboration du rapport ont enfin eu lieu de septembre à novembre.

Le **tableau 3** indique les délais des activités et des produits principaux de cette évaluation :

Tableau 3	
Délais des activités et des produits de l'évaluation sommative	
Activité	Échéance
Début de la planification initiale	Février 2007
Approbation du mandat	Juin 2007
Recension des écrits	Juin-septembre 2007
Parachèvement de cette recension	Septembre 2007
Établissement du bilan documentaire	Juin-septembre 2007
Parachèvement du bilan documentaire	Septembre 2007
Exécution du sondage	Août 2007
Synthèse des trois sources de données	Octobre 2007
Présentation des premiers résultats aux responsables du Programme	Octobre 2007
Présentation du rapport provisoire de l'évaluation sommative aux responsables du Programme	Novembre 2007

MÉTHODES

L'analyse menée aux fins de l'évaluation repose sur plusieurs méthodes de collecte de données permettant de dégager les résultats les plus complets, valables et fiables. Ces données ont été obtenues par les méthodes de collecte suivantes :

- i. bilan documentaire;
- ii. sondage;
- iii. recension des écrits.

Voici en détail le cadre méthodologique de ces trois moyens d'investigation :

Bilan documentaire

Le bilan documentaire a été établi en quatre parties :

- Partie 1) documentation générale du Programme;
- Partie 2) échantillon aléatoire de dossiers de projets;
- Partie 3) rapports (disponibles) d'évaluation de projets;
- Partie 4) projets relatifs aux volets (indiqués par leurs représentants).

Partie 1 : examen de la documentation générale du Programme

La documentation du Programme a été examinée pour réunir des renseignements généraux sur celui-ci (volets, objectifs, ressources, etc.). Cette information a éclairé la réponse à certaines questions d'évaluation et aidé à dresser le profil détaillé du Programme.

Partie 2 : échantillon aléatoire de dossiers de projets

Un échantillon de dossiers de projets sous l'angle de l'utilité et du succès du Programme et de chacun de ses volets a été examiné. Comme les unités d'analyse sont les volets du Programme, cela a été voulu que l'échantillon de projets soit représentatif de ces volets. Tous les projets du programme de subventions ont été inclus (N=4, 100 %) dans l'examen⁴ et un échantillon de projets du programme de contributions a été choisi. Il y avait 123 de ces projets, mais par manque de temps, il a été impossible de rassembler des documents sur chacun et de les étudier. Il a été jugé bon de constituer un échantillon aléatoire stratifié de 27 projets (proportion

⁴ La seule exception est le Partenariat canadien contre le cancer (PCC), tel qu'indiqué à la page 8.

approximative de 20 % par volet ou sous-volet). La stratification s'est faite par la valeur en dollars, d'où une représentativité des projets pour l'éventail des valeurs. Par un échantillonnage stratifié, on s'assure que les groupes formant la population (strates) sont échantillonnés dans les proportions mêmes de la population qu'ils représentent⁵.

Les agents du Programme ont été demandés de repérer et d'assembler les documents utiles sur les projets choisis. Un « guide d'examen des dossiers » a été élaboré afin de faciliter la tâche à ce personnel. Pour hâter la démarche d'examen, ce même personnel a été invité à mettre en évidence dans la documentation les renseignements se rapportant aux éléments de la liste de questions de ce bilan documentaire « dirigé ».

Partie 3 : examen des rapports d'évaluation de projets

Comme condition de financement, les responsables de chaque projet financé devaient produire une évaluation avec leur rapport final. Tous les rapports d'évaluation disponibles ont été examinés pour mieux renseigner le succès des volets.

Partie 4 : examen des projets relatifs aux volets

Les responsables des volets du programme de contributions⁶ ont été invités à indiquer un autre projet illustrant l'adoption de pratiques exemplaires, l'obtention des résultats visés ou une réalisation digne de mention. Faute de temps, un seul projet caractéristique par volet ou sous-volet a été inclus dans cette partie l'exercice. Les données ainsi recueillies ont servi à offrir de bons exemples et à établir un contexte pour les autres parties de l'examen.

Sondage

Les bénéficiaires de *tous* les projets financés par le PSCSPSS ont été priés de répondre à un questionnaire par voie électronique; on a reçu 67 réponses. Le questionnaire comprenait 23 questions (9 fermées et 14 ouvertes) sur les aspects suivants : objectifs, utilité et succès du projet; collaborations dans le cadre du projet; échanges d'information entre projets; obstacles attendus, rencontrés, atténués ou éliminés par les représentants des projets.

Deux semaines avant qu'ils aient à répondre au questionnaire, tous les bénéficiaires ont reçu par courrier électronique un avis les informant du sondage et de la période de réponse. Ils étaient priés de désigner un remplaçant au cas où ils ne pourraient répondre au moment prévu. Le questionnaire élaboré en Adobe Acrobat (8.0) a été envoyé par courriel personnalisé avec le nom du destinataire et le titre du projet financé. On devait renvoyer le questionnaire par courrier

⁵ Bowling, A. (1997) *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*. Buckingham : Open University Press, p. 165.

⁶ On a aussi pris en compte toutes les subventions désignées; dans ce cas, il était impossible d'indiquer un autre projet à inclure dans l'examen.

électronique ou télécopieur. L'échéance initiale était le 17 août 2007, mais pour augmenter le taux de réponse, le délai a été prolongé jusqu'au 7 septembre en tenant compte des bénéficiaires alors en congé.

Les réponses libres au questionnaire ont été passées en revue pour dégager des thèmes nouveaux; une catégorie « autres » a été créée pour les réponses non liées aux thèmes indiqués. Toutes les réponses selon ces thèmes ont été codées. Sauf avis contraire, la présentation des résultats du sondage avec les pourcentages correspondants est fondée sur les 67 réponses obtenues.

Recension des écrits

La recension des écrits s'est faite en quatre étapes :

- 1) collecte de données sur l'utilité et le succès du Programme et de ses volets
- 2) examens des modèles théoriques de transfert de connaissances;
- 3) examens des méthodes de constatation des pratiques exemplaires;
- 4) identification des autres programmes à Santé Canada qui sont susceptibles de causer un chevauchement avec le Programme.

Un protocole de recension a été élaboré précisant les stratégies de recherche à employer dans chaque partie (y compris les sources d'information où puiser, les termes de recherche à utiliser et les critères d'inclusion-exclusion à appliquer). Ce protocole a été communiqué aux représentants du Programme avant la collecte des données pour que la recherche gagne en étendue et en profondeur. Un spécialiste de l'information de bibliothèque a aussi contrôlé les stratégies de recherche. Dans la recension des écrits dégagées par cette recherche, la DMERM a extrait l'information utile au moyen d'une grille de saisie, ce qui a aidé à garantir le caractère systématique et uniforme de la collecte.

Limites et difficultés

Depuis le stade de la planification initiale, l'évaluation a été conçue et exécutée en moins de neuf mois. Le temps limité pour recueillir et analyser les données représentait donc un défi de taille. Cette contrainte a été remédiée en décrivant au préalable la nature de l'information recherchée (en établissant de nets critères d'inclusion-exclusion, des indicateurs, etc.) et en obtenant l'appui des représentants du Programme avant que débute la collecte. Cette évaluation a aussi cherché à répondre à un certain nombre de questions pouvant être traitées dans le délai fixé. Les autres limites de cette évaluation tiennent aux méthodes de collecte. Les contraintes propres à chaque moyen d'investigation sont évoquées au tableau 4, lequel décrit également la portée de l'exercice, les outils mis au point, les critères d'inclusion-exclusion, les limites et difficultés et les stratégies d'atténuation des contraintes dans chaque partie de l'évaluation.

Tableau 4
Résumé des méthodes de collecte de données

	Bilan documentaire	Sondage	Recension des écrits
Portée	<ul style="list-style-type: none"> - 27 dossiers de projets - 11 rapports définitifs ou rapports d'évaluation - 5 projets relatifs aux volets (indiqués par leurs représentants) 	<ul style="list-style-type: none"> - 127 questionnaires envoyés - 67 compris dans l'échantillon final 	<ul style="list-style-type: none"> - 21 articles examinés sous l'angle de l'utilité et du succès du Programme - 6 articles examinés sous l'angle des pratiques exemplaires - 7 articles examinés sous l'angle du transfert de connaissances
Outils mis au point	<ul style="list-style-type: none"> - Guide d'examen des dossiers et liste des questions d'orientation du bilan documentaire - Formules récapitulatives - Matrices de synthèse 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de sondage 	<ul style="list-style-type: none"> - Grilles de saisie de l'information (pour chaque partie de la recension des écrits)
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Documents datés de la période 2002-1^{er} juin 2007 - Réponses aux questions d'évaluation - Présentations au Conseil du Trésor - Évaluations de projets financés - Demandes de propositions, guides du demandeur, propositions et formules d'approbation de financement - Rapports annuels ou définitifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Indications sur des projets figurant sur la liste des personnes-ressources du Programme 	<p>Il y a des critères propres aux diverses parties de la recension selon les paramètres généraux suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Date de publication : période 2002-2007 (pour deux parties, il s'agissait aussi des études de la période 1998-2007) - Langue : français ou anglais - Type de publication : articles de revue, publications du gouvernement, actes de conférences, rapports émanant du Conseil canadien de la santé - Teneur : le contenu est lié à des questions particulières d'évaluation sommative du PSCSPSS ou traite de ces questions
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Documents provisoires - Documents d'autorisation non signés 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires reçus après le 7 septembre 2007 	<ul style="list-style-type: none"> - Études ne satisfaisant pas aux critères d'inclusion
Limites et difficultés	<ul style="list-style-type: none"> - Courts délais : on ne pouvait examiner qu'un nombre restreint de documents par projet 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de réponse de 53 % : les bénéficiaires devaient répondre pendant l'été et beaucoup d'entre eux se trouvaient en congé 	<ul style="list-style-type: none"> - Les données secondaires peuvent ne pas toujours être utiles ni compatibles compte tenu de la portée de cet exercice de recension
Atténuation des contraintes	<ul style="list-style-type: none"> - La plupart des documents d'intérêt ont été choisis pour le bilan 	<ul style="list-style-type: none"> - On a envoyé par courriel un avis aux bénéficiaires quelques semaines avant qu'ils n'aient à répondre au sondage. On leur a demandé d'indiquer un remplaçant au cas où ils seraient incapables de répondre au moment choisi. 	<ul style="list-style-type: none"> - On a passé systématiquement en revue tous les articles extraits sous l'angle de leur pertinence dans le cadre de cette recension - On a voulu autant que possible consulter la source d'information originale

Synthèse des parties de l'évaluation

La synthèse des résultats des trois sources de données a été effectuée et présentée dans le présent rapport. Les données relatives à chaque question d'évaluation sont analysées à deux niveaux, soit à l'échelle du Programme et pour les différents volets. Dans la mesure du possible, les résultats sont présentés au niveau approprié.

Le **tableau 5** résume les méthodes de collecte de données ayant servi à répondre à chaque question d'évaluation.

Tableau 5			
Résumé des thèmes et des questions d'évaluation et des méthodes de collecte de données			
Thèmes et questions d'évaluation	Recension des écrits	Bilan documentaire	Sondage
Utilité			
1. Le Programme continue-t-il à traduire les priorités du gouvernement et de Santé Canada? Les volets financés par le PSCSPSS gardent-ils leur utilité?	✓	✓	✓
2. Le Programme cause-t-il un chevauchement avec toute autre initiative de Santé Canada? Quels sont les aspects uniques des connaissances acquises et de l'information produite?	✓	✓	✓
Succès			
3. Dans quelle mesure chacun des volets du PSCSPSS contribue-t-il à la réalisation des objectifs fixés pour le Programme?	✓	✓	✓
4. Y a-t-il des résultats attendus des volets qui n'ont pas encore été obtenus? Pourquoi?		✓	✓
5. Quelles sont les leçons à tirer du PSCSPSS et de ses volets?		✓	✓

DONNÉES

Les résultats de cette évaluation ont été agencés en fonction des diverses questions à traiter. Pour chacune des questions, une brève description de son intérêt pour le Programme (c'est-à-dire la raison pour laquelle elle a été posée) est fournie. Par la suite, les données du bilan documentaire, du sondage et de la recension des écrits sont présentés pour répondre à chacune des questions. Le rapport se termine avec les conclusions et recommandations.

UTILITÉ

QUESTION 1

Le Programme continue-t-il à traduire les priorités du gouvernement et de Santé Canada? Les volets financés par le PSCSPSS gardent-ils leur utilité?

En répondant à cette question, il est précisé pourquoi Santé Canada devrait continuer à réaliser les volets du Programme. Également cela aide à mieux déterminer dans quelle mesure les objectifs demeurent actuels en les mettant en correspondance avec les priorités de l'heure au gouvernement et dans le système de santé.

RÉSULTATS

Dans le bilan documentaire, il a été relevé que le PSCSPSS a vu le jour en grande partie à la suite des engagements qui ont été pris à l'occasion des rencontres des premiers ministres (RPM) et qui sont énumérés plus loin. En 2002, on a créé le Programme en vue de la mise en place des politiques et des capacités stratégiques voulues aux fins du renouvellement des soins, ce qui comprend le respect des engagements fédéraux relevant des accords fédéraux-provinciaux-territoriaux. Le Programme s'est aussi développé au fil des ans en fonction des questions et des priorités nouvelles.

C'est à l'occasion d'un certain nombre de rencontres des premiers ministres qu'on a arrêté les priorités provinciales-territoriales et fédérales de renouvellement des services de santé. La première de ces réunions a eu lieu en l'an 2000 et, dans le Communiqué sur la santé, on s'est entendu sur une collaboration dans les secteurs prioritaires suivants :

- promotion de la santé et mieux-être;
- accès aux soins;
- services de santé et soins primaires appropriés;
- offre de main-d'œuvre médicale et infirmière et autre main-d'œuvre de la santé;
- soins à domicile et services de santé communautaire;
- gestion des produits pharmaceutiques;
- technologie de l'information et des communications en santé;
- équipement et infrastructure de la santé.

En 2003, l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé a délimité de nouveaux domaines où investir et concentrer les efforts. On a distingué les aspects suivants :

- soins primaires** : garantie d'accès au bon soignant au bon moment;
- soins à domicile** : soins actifs ou de courte durée, ce qui comprend les services de santé mentale communautaire et les soins de fin de vie;
- protection contre les coûts exorbitants des médicaments et gestion des produits pharmaceutiques** : optimisation de l'utilisation des médicaments, des pratiques de délivrance d'ordonnances et de la gestion des coûts pharmaceutiques;
- équipement diagnostique et médical** : disponibilité de services de diagnostic et de traitement;
- technologie de l'information et électronisation des dossiers de santé** : implantation d'applications d'électronisation des dossiers de santé et de télésanté;
- sécurité des patients**;
- ressources humaines en santé** : planification nationale en vue d'accroître l'offre de professionnels de la santé, formation interdisciplinaire des soignants et stratégies destinées à améliorer le recrutement et le maintien en poste;
- évaluation technologique** : incidence des nouvelles technologies et efficacité de leur utilisation future;
- innovation et recherche** : recherche appliquée et transfert des connaissances;
- santé des Canadiens** : stratégies de vie saine en vue d'atténuer les inégalités d'état de santé;
- santé des Autochtones** : correction des écarts en matière d'état de santé par l'intégration des services sanitaires;
- rapports destinés aux Canadiens** : information comparable et améliorée sur les services, les résultats et l'état de santé.

Dans le sillage de l'adoption d'un programme de renouveau des soins délimité par les engagements des premiers ministres, ceux-ci se sont entendus, à leur rencontre de 2004 sur l'avenir des services de santé, sur la réalisation d'un Plan décennal pour consolider les soins de santé, lequel vise avant tout à garantir que les Canadiens auront accès aux soins dont ils ont besoin en temps utile. Voici les secteurs prioritaires dégagés :

- réduction des temps d'attente et amélioration de l'accès;
- adoption de plans d'action pour une gestion stratégique des ressources humaines en santé;
- services à domicile;
- réforme des soins primaires;
- accès aux services de santé dans le Nord;
- stratégie nationale de gestion des produits pharmaceutiques;
- prévention, promotion et santé publique;
- innovation en santé;
- comptes à rendre et rapports à présenter aux citoyens.

Dans les priorités de Santé Canada pour les exercices 2003-2007, on fait invariablement valoir la nécessité de collaborer avec les provinces et les territoires pour que les engagements des premiers ministres soient tenus et pour que de meilleurs comptes soient rendus à la population. Dans les discours du Trône de 2004 et 2006, on a fait de la réduction des temps d'attente une priorité et on a prévu une collaboration avec les provinces et les territoires pour que les patients passent moins de temps à attendre les services jugés médicalement nécessaires.

Dans la recension des écrits, on évoque un certain nombre d'améliorations du système de santé depuis que le Programme a vu le jour, mais on constate que les choses ne changent que lentement et qu'il reste fort à faire. Dans le rapport Romanow, on dit bien que la réforme du système de santé n'a rien d'une tâche simple. Pour réorienter un système aussi vaste et complexe que le système de santé, il faut revoir les décisions adoptées il y a déjà bien des années au sujet de l'organisation des services de santé et de leur nature.

Au fil des ans, le Programme a été modifié afin de tenir compte des priorités nouvelles dégagées par les premiers ministres, les discours du Trône et Santé Canada. Ainsi, on a ajouté en 2003 au Programme le volet « Institut canadien pour la sécurité des patients » à la suite de la conclusion de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé, lequel réserve de nouveaux fonds aux initiatives en matière de protection des patients. Ont suivi en 2005 les volets IPSDE et INTA en application du Plan décennal pour consolider les soins de santé où on affecte expressément des fonds supplémentaires à la réduction des temps d'attente et à l'amélioration de l'accès aux services de santé.

Pour chaque volet les sources de données consacrées à la première question posée ont été analysés et présentés afin d'indiquer en détail comment chacun des volets traduit les priorités actuelles du gouvernement. Les programmes de subvention sont d'abord décrits et les contributions ensuite.

Subventions

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

Dans la recension des écrits, il a été relevé que le progrès technologique et l'élévation des attentes de la population dans le domaine des soins sont les grands facteurs de renchérissement des services qui viennent menacer le système de santé dans sa durabilité. Il faut aussi dire que la cadence de l'évolution technologique excède la capacité d'application du système de santé⁷. Il est également précisé que les dépenses en médicaments se sont accrues de presque 10 % au cours des 30 dernières années⁸. Le fait que les ressources soient limitées et que la diversité et la concurrence des produits augmentent de plus en plus implique que les décisions sont épineuses

⁷ Challenges, Choices and Canada, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2002.

⁸ Les soins de santé au Canada, rapport de l'ICIS, 2007.

dans l'adoption de technologies et de médicaments nouveaux. On a besoin de données probantes pour éclairer les décisions à prendre. L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) se charge de coordonner et de centraliser une information fiable au sujet des médicaments et des technologies de la santé au Canada grâce aux trois initiatives suivantes :

- évaluation des technologies de la santé (ETA), où on jauge les produits médicaux, les systèmes de santé et les médicaments;
- Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM), où on se renseigne sur les meilleures pratiques de prescription et d'utilisation de médicaments et fait connaître les pratiques exemplaires après un jugement critique;
- évaluation commune des médicaments (ECM), c'est-à-dire mise en place d'un programme d'examen commun dans ce domaine.

Ces initiatives relèvent des priorités fixées par les premiers ministres en ce qui concerne la gestion des produits pharmaceutiques, l'évaluation des technologies, l'innovation en santé et, dans une certaine mesure, l'équipement et l'infrastructure sanitaires.

Conseil canadien de la santé

Les comptes à rendre aux Canadiens sont un enjeu de taille pour le gouvernement fédéral. On a invariablement relevé chaque année entre 2001 et 2006 l'objectif d'une amélioration des comptes et des rapports aux Canadiens dans les engagements des premiers ministres, les priorités de Santé Canada, les budgets et les discours du Trône. Le Conseil canadien de la santé a vu le jour comme organisme indépendant chargé de services de surveillance et de consultation à l'échelle du système de santé national en vue de l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité, de la durabilité, de la transparence (comptes à rendre) et de la souplesse de ce système. Dans l'exécution de son mandat, le Conseil est appelé à présenter aux Canadiens un rapport d'étape annuel sur le renouveau des soins. Cette question demeure importante, mais on continue à se demander dans quelle mesure le Conseil a accompli son mandat. Ce qu'il en est plus loin examiné dans cette section.

Institut canadien pour la sécurité des patients

L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) est un organisme indépendant sans but lucratif qui a été créé en application de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé de 2003 où tout ce qui est protection des patients a été érigé en priorité. La mission de cet organisme est de jouer un rôle de chef de file et d'appliquer, en matière de sécurité des patients, une stratégie nationale propre à améliorer la qualité des soins qui se donnent au pays. Des résultats de recherche récents indiquent que les événements indésirables⁹ qui entraînent de

⁹ Les effets ou événements indésirables sont définis comme des « blessures ou des complications imprévues qui sont causées par la gestion des soins de santé plutôt que par la maladie sous-jacente du patient... Les conséquences...comprennent un séjour prolongé, des blessures d'intensité variable et, dans certains cas, la mort. »

longues hospitalisations ou qui provoquent la mort sont assez fréquents. On estime que, chaque année, de 9 000 à 24 000 patients succombent à de tels accidents qui auraient pu être prévenus¹⁰. Dans son rapport annuel de 2006, le Conseil canadien de la santé signale que la déclaration des événements indésirables reste profondément lacunaire et irrégulière par manque de normes. Les activités sont appréciables dans le dossier de la sécurité des patients au Canada, mais les écrits semblent indiquer que la coordination et la collaboration sont restreintes entre secteurs de compétence. L'Institut est là pour diriger et coordonner les démarches d'adoption de normes et de mesures relatives à la sécurité des patients à l'échelle du pays.

Système informatisé sur les stagiaires post-MD en formation clinique

Le Système informatisé sur les stagiaires post-MD en formation clinique (SISPMDFC) est un répertoire central pour la coordination d'une information précise sur la formation de la main-d'œuvre médicale à l'échelle du pays. Dans cette base de données, on suit les effectifs médicaux par région et domaine de pratique. Cette information alimente le volet SRHS et permet aux planificateurs de ressources humaines de continuer à surveiller l'offre de main-d'œuvre et à apporter sur ce plan les changements qui s'imposent.

Contributions

Contributions de base

Les contributions de base se répartissent en un certain nombre de projets portant sur les grands dossiers de politique publique et correspondant aux priorités des premiers ministres sur le plan de la sécurité des patients, des soins à domicile et des services de santé communautaire, de la santé mentale, des soins primaires et des soins palliatifs et de fin de vie. Comme le révèlent les engagements des premiers ministres et les écrits, ce sont des secteurs qui doivent encore se transformer. Ainsi, la santé mentale devient un enjeu de premier plan en santé, et c'est ce qui a donné naissance à la Commission de la santé mentale du Canada. Par ailleurs, dans le domaine des soins primaires, la structure, l'organisation, le financement et les services de base sont toujours les mêmes malgré des appels réitérés au changement et, par conséquent, on n'a pas su exploiter les possibilités de transformation à l'échelle du système¹¹. On a aussi tout lieu de supposer que la demande qui s'attache aux services à domicile, aux soins palliatifs et aux services de santé communautaire ira en croissance, parce qu'elle est mue par l'évolution

¹⁰ Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada, Baker, Norton et coll., JAMC. 170 (11) : 1678-86, 2004.

¹¹ Primary Health Care Renewal in Canada: Are we nearly there?, Brian Hutchinson, 2004.

technologique, le vieillissement de la population, l'apparition de nouveaux modèles de soins primaires, la tendance à abrégé les séjours hospitaliers et l'accent mis sur l'allégement de la facture de la santé.

Stratégie en matière de ressources humaines en santé et Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger

Dans les engagements des premiers ministres en 2000, 2003 et 2004 et dans le discours du Trône en 2004, on a érigé en priorité dans tous les cas les mesures visant à remédier aux pénuries de professionnels dans le système de santé. La recension des écrits confirme que cette disette perdure dans un certain nombre de collectivités au Canada, notamment en région rurale¹². De plus, les professionnels de la santé formés à l'étranger se heurtent à toutes sortes d'obstacles au Canada lorsqu'ils cherchent à s'employer dans la profession qui est la leur¹³. Dans chaque province ou territoire, on dispose de normes et de programmes particuliers de formation et d'autorisation des soignants, ce qui comprend les professionnels de la santé diplômés à l'étranger (PSDE). Avec la Stratégie en matière de ressources humaines en santé (SRHS), on recherche une amélioration de la planification, du recrutement, du maintien en poste, de la formation et de la coordination des professionnels de la santé à l'échelle du Canada. L'Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger (IPSDE) tâche d'intégrer les PSDE au système de santé pour résoudre ce problème d'offre de main-d'œuvre. Dans les deux volets considérés, on s'efforce de mettre en place et de conserver une main-d'œuvre optimale dans le système de santé canadien.

Initiative nationale sur les temps d'attente

On a consacré des investissements et des efforts appréciables au projet de réduction des temps d'attente de traitement dans le système de santé, mais les délais imposés demeurent l'obstacle premier à l'accès aux services de santé au pays¹⁴. Les écrits affirment que la longueur de l'attente est la principale raison et, dans bien des cas, la seule qui amènerait un certain nombre de Canadiens à accepter de payer des traitements reçus en dehors du système public de santé¹⁵. Dans le système de santé, la réduction des temps d'attente des actes de chirurgie et des autres interventions thérapeutiques demeure un problème important¹⁶. Il existe aucune méthode normalisée de collecte de données sur les délais médicaux et les données ne sont donc pas comparables entre secteurs de compétence. Il est essentiel, par conséquent, d'adopter un cadre pancanadien de mesure et de surveillance des temps d'attente. L'INTA vise à aider et à amener

¹² The use of provisionally licensed international medical graduates in Canada, Ross et Vardy, 2005.

¹³ Premiers résultats de l'Enquête sur la population active du Canada, Statistique Canada, 2007.

¹⁴ Accès aux services de soins de santé au Canada, janvier-décembre 2005, rapport de Statistique Canada, p. 1-25.

¹⁵ Accroître l'accès, assurer la qualité, rapport Romanow, 2002, chapitre 6.

¹⁶ Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons, ICIS, 2006, p. 45.

les intervenants à tenir les engagements en matière de gestion et de réduction des temps d'attente, ainsi qu'à établir des indicateurs communs sur le plan national et à créer des valeurs de référence acceptables à tous.

Autres priorités des premiers ministres

Le Programme ne tient pas compte d'un certain nombre de priorités des premiers ministres, celles-ci étant appliquées par d'autres organismes ou programmes et ne relevant donc pas du PSCSPSS. Les secteurs prioritaires de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie, du mieux-être, de la vie saine et de la santé publique sont pris en charge par l'Agence de la santé publique du Canada¹⁷. De même, Inforoute Santé du Canada, société indépendante sans but lucratif qui est financée par le gouvernement fédéral, a pour mandat de hâter la mise en place et l'adoption de systèmes électroniques d'information sur la santé, dont le Système canadien de dossier de santé électronique¹⁸.

CONCLUSIONS

Ces résultats indiquent que les questions qui, à la création du Programme, se posaient dans le système de santé y sont toujours présentes. Les objectifs et les rôles des volets considérés sont directement en harmonie et en correspondance avec les intérêts qu'évoquent les engagements des premiers ministres, les discours du Trône, les priorités de Santé Canada et les programmes communs fédéraux-provinciaux-territoriaux. De plus, le Programme a fait preuve de souplesse en s'attaquant rapidement aux problèmes nouveaux du système de santé.

RECOMMANDATIONS

Le Programme devrait continuer à faire la preuve de sa souplesse de réaction aux priorités nouvelles du système de santé.

¹⁷ http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/0607/phac-aspc/phac-aspc_f.asp.

¹⁸ <http://www.inforoute.ca/Admin/Upload/Dev/Document/AnnualReport0607-F.pdf>.

Question 2

Le Programme cause-t-il un chevauchement avec toute autre initiative de Santé Canada? Quels sont les aspects uniques des connaissances acquises et de l'information produite?

En répondant à cette question, on pourra mieux déterminer l'utilité du Programme et l'intérêt d'un maintien de la participation du gouvernement. Donc, en évaluant s'il existe un chevauchement entre les initiatives de Santé Canada, on pourra délimiter plus aisément les secteurs où un renforcement de la collaboration et de la coordination aiderait à mettre de l'ordre dans les services en double.

Pour juger dans quelle mesure le PSCSPSS répond aux objectifs fixés, il importe d'établir la contribution particulière qu'apporte chaque volet du Programme à l'acquisition de connaissances nouvelles.

CONSTATATIONS

Deux autres programmes financés par Santé Canada, à savoir le *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires* (FASSP) et le *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire* (programme CMLO), portent sur des questions semblables à celles dont s'occupe le PSCSPSS.

Comme ce dernier, le FASSP est né des engagements pris par les premiers ministres en l'an 2000 et de la priorité accordée au renouvellement des soins primaires. Ce fonds a été doté de 800 millions de l'exercice 2001-2002 à l'exercice 2006-2007 en vue d'initiatives réalisées partout au Canada pour le renouveau des soins primaires. Le FASSP et la SRHS contribuent à rendre le système de santé plus accessible. À la différence de la SRHS, le FASSP prend directement pour cible les soins primaires avec un accent sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des blessures, la création d'équipes interdisciplinaires de soins, la facilitation de la coordination et de l'intégration avec les autres services de santé, etc. Les initiatives relevant de ces deux programmes étaient en complémentarité plutôt qu'en chevauchement. Ajoutons que, comme le FASSP a disparu en mars 2007, le PSCSPSS est aujourd'hui le mécanisme de financement disponible dans le cas des soins primaires.

L'autre programme portant sur des questions semblables à celles dont s'occupe le PSCSPSS est le programme CMLO qui a reçu 89 millions sur cinq ans (de 2003-2004 à 2007-2008) pour la réalisation de projets d'accessibilité des services de santé (dans la langue officielle choisie) aux membres des communautés minoritaires de langue officielle. Les projets financés ont pour objet la formation et le maintien en poste de professionnels de la santé capables de travailler dans la langue officielle minoritaire. Le volet SRHS du Programme vise lui aussi à améliorer l'accès au système de santé et à financer des projets de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé, mais il s'occupe plus précisément de formation en langues officielles dans les collectivités cibles. Avec la SRHS, on a toutefois la possibilité de contribuer à la réalisation des objectifs du programme CMLO. Il serait bon que les deux programmes coordonnent leurs activités et échangent de l'information sur les projets qu'ils financent de manière à atténuer les risques de chevauchement.

Il n'y a donc pas d'autres programmes de Santé Canada qui fassent double emploi avec le PSCSPSS, mais une intégration demeure nécessaire à l'intérieur des volets du Programme. Ce besoin devient manifeste lorsque les secteurs de compétence adoptent des stratégies chacun de leur côté sans qu'il y ait de plan d'ensemble pour la coordination des activités de conception, d'élaboration et d'implantation. Ainsi, deux projets sur six dans le volet IPSDE avaient lieu dans différentes régions, mais ils visaient l'un et l'autre à créer des centres de soutien où les PSDE trouveraient de l'information, des outils et autres ressources pour mieux connaître le système de santé canadien. Signalons enfin que, dans plusieurs provinces, les artisans des projets SRHS élaboraient des répertoires de professionnels de la santé et des modèles de prévision des ressources humaines en santé.

Rôle du gouvernement fédéral

Le bilan documentaire fait voir le besoin de se doter de stratégies pancanadiennes en matière de renouveau des soins par manque de données comparables entre secteurs de compétence (sur les temps d'attente, la sécurité des patients, les ressources humaines en santé, etc.) et de coordination des activités et des constats des meilleures pratiques. L'accent mis sur les orientations nationales fait ressortir l'importance pour le gouvernement fédéral d'assumer la coordination des activités du Programme. Dans les énoncés d'objectifs de tous les volets du PSCSPSS, on indique une orientation ou une stratégie nationale. Dans le sondage, les représentants de tous les volets ont parlé de cette visée nationale comme caractérisant le volet ou le projet. D'autres traits distinctifs fréquemment mentionnés étaient le produit réalisé (outil, information, formation, etc.), la question traitée et les participants.

Les résultats du sondage démontre que, sans le financement du PSCSPSS, nombre d'initiatives n'auraient pu être menées (87 %, n=58) et que la collaboration n'aurait pas été aussi large dans certaines (28 %, n=19). Les répondants ont également indiqué que Santé Canada ne s'était pas contenté d'une contribution purement financière(99 %, n=66), mais avait aussi ajouté de la crédibilité (72 %, n=48) et assuré un leadership (42 %, n=28).

CONCLUSIONS

Les résultats ne semblent pas indiquer que d'autres programmes de Santé Canada fassent double emploi avec les activités du PSCSPSS. Il y a deux autres programmes du Ministère, à savoir le FASSP et le programme CMLO, qui s'occupent de questions de ressources humaines en santé, mais ce ne sont pas les questions que vise la SRHS. De plus, dans certains volets du PSCSPSS, il y a risque de chevauchement entre projets, surtout lorsque plusieurs secteurs de compétence financent des projets semblables.

Les représentants de tous les volets ont parlé du besoin d'adopter des orientations pancanadiennes et de coordonner les initiatives en matière de renouveau du système de santé.

RECOMMANDATIONS

Le Programme doit dresser un plan de coordination des activités et de réduction des chevauchements dans les volets (lorsque, par exemple, on traite de questions semblables dans plusieurs régions).

SUCCÈS

Question 3

Dans quelle mesure chacun des volets du PSCSPSS a-t-il contribué à la réalisation des objectifs de ce programme :

- **favoriser la conception et l'application de politiques et de stratégies relatives au système de santé qui tiennent compte des priorités énoncées;**
- **enrichir la connaissance des facteurs influant sur le rendement du système de santé et la réponse qu'il apporte aux besoins des utilisateurs;**
- **accroître la collaboration et la coordination des interventions en santé selon les priorités des autorités fédérales-provinciales-territoriales, des autres décideurs en santé, des soignants, des utilisateurs, des chercheurs et des autres intervenants;**
- **recenser, évaluer et promouvoir les stratégies et les pratiques exemplaires nouvelles qui sont liées aux priorités constatées du système de santé;**
- **accroître les connaissances et l'application des données probantes et des pratiques exemplaires pour une amélioration de la planification et du rendement du système de santé;**
- **contribuer à accroître l'accessibilité, la souplesse, la qualité, la durabilité et la responsabilité dans le système de santé.**

En déterminant dans quelle mesure les volets du PSCSPSS contribuent à la réalisation des objectifs d'ensemble, on peut prendre la mesure de la réussite du Programme. Il importe de voir quels sont les objectifs vers lesquels on tend, comment les volets contribuent à leur réalisation et si des lacunes existent ou non.

Le transfert et l'application des connaissances sont la méthode qu'emploie le Programme pour créer le changement dans le système de santé. « L'EAC [échange et application des connaissances] aux IRSC s'entend de l'échange, de la synthèse et de l'application conforme à l'éthique des connaissances – dans un système complexe d'échanges entre chercheurs et utilisateurs –¹⁹. » Les principes de ce transfert sont bien établis et s'inscrivent dans un continuum.

¹⁹ Instituts de recherche en santé du Canada, Stratégie liée à l'application des connaissances. Ottawa : Instituts de recherche en santé du Canada, 2004.

En théorie, la démarche comprend six étapes :

- Transmission : création et diffusion du savoir;
- Cognition : constatation que le savoir est compris de ses destinataires;
- Mention : mention des connaissances et des résultats de la recherche dans les stratégies, les rapports, etc.;
- Effort : constatation des efforts d'adoption et d'application du savoir;
- Influence : incidence du savoir sur les décisions;
- Application : activités que suscite le savoir.

Le Programme a été évalué selon ces stades de la démarche de transfert des connaissances pour voir où se situe le PSCSPSS dans ce continuum. Grâce à ces indications, il sera possible de préciser aux responsables des volets du Programme où ils en sont et quelles mesures doivent être prises pour passer au stade suivant.

Aux fins de cette évaluation, le continuum du transfert des connaissances sera examiné en se reportant à trois catégories générales, car on ne disposait pas de données suffisantes de mesure du rendement pour cerner les nuances du passage d'un stade à un autre dans ce continuum. Voici les trois catégories en question :

- acquisition de nouvelles connaissances (nouvelles stratégies, pratiques exemplaires, résultats de recherche, etc.);
- transmission des connaissances à la clientèle cible;
- application de ce savoir nouveau.

Enfin il sera examiné dans quelle mesure le Programme a pu accroître la collaboration et la coordination (qui comptent parmi les facteurs premiers de facilitation de la démarche de transfert de connaissances) et favoriser les progrès du système de santé.

CONSTATATIONS

Ensemble du Programme

Acquisition de connaissances

Les responsables des volets ont constamment indiqué le besoin de disposer d'une meilleure information pour éclairer l'élaboration de plans et de politiques nationaux. La documentation examinée révèle une activité considérable d'acquisition de connaissances dans chacun des volets. Tous les projets passés en revue visaient, du moins en partie, à l'élaboration d'un produit (document de recherche, site Web, outil, rapport de conférence, etc.) ou d'une stratégie. Les activités variaient amplement dans et entre les volets, qu'il s'agisse d'analyser le contexte, de

dégager des priorités nouvelles de soins, de faire purement de la recherche sur un besoin particulier du système de santé ou de constater les pratiques exemplaires. Souvent, on ne savait au juste comment était évalué un outil ou une stratégie ou quelles étaient les méthodes de constatation des meilleures pratiques.

Les écrits affirment que cette constatation demande un examen systématique (avec une méthode de recherche qui réunit, intègre et synthétise les meilleures données disponibles) ou une synthèse (avec un groupe international d'experts et un modèle conceptuel pour orienter la démarche, sans oublier le jugement à porter en matière de rigueur scientifique). Faute de l'un ou de l'autre, on devrait choisir parmi les perspectives méthodologiques suivantes :

- 1) le programme ou le principe est repris dans plusieurs revues professionnelles contrôlées par les pairs²⁰.
- 2) le programme ou le principe a fait l'objet soit d'une méta-analyse quantitative, soit d'un examen consensuel d'experts ou de pairs sous forme de méta-analyse qualitative;
- 3) les documents de référence du programme ont fait l'objet d'un examen consensuel d'experts ou de pairs sous l'angle de la qualité des méthodes d'exécution et d'évaluation;
- 4) un article a paru dans une revue contrôlée par les pairs.

L'évaluation des nouvelles orientations ou stratégies et la constatation systématique des pratiques exemplaires sont la clé du repérage des projets qui pourraient s'appliquer plus généralement avec l'aide du Programme ou d'un autre organisme national. Sans cette information, le PSCSPSS serait incapable de juger avec précision des projets ou des initiatives qui profiteraient d'une collaboration accrue avec des organismes nationaux pouvant s'occuper de l'application d'une stratégie ou d'une pratique nouvelle à l'échelle du système.

Diffusion des connaissances

En caractérisant la clientèle cible et en connaissant la nature de l'information à laquelle elle s'intéresse et les moyens par lesquels elle a habituellement accès aux données, on pourrait adapter la stratégie de diffusion et le message ou le produit aux destinataires prévus.

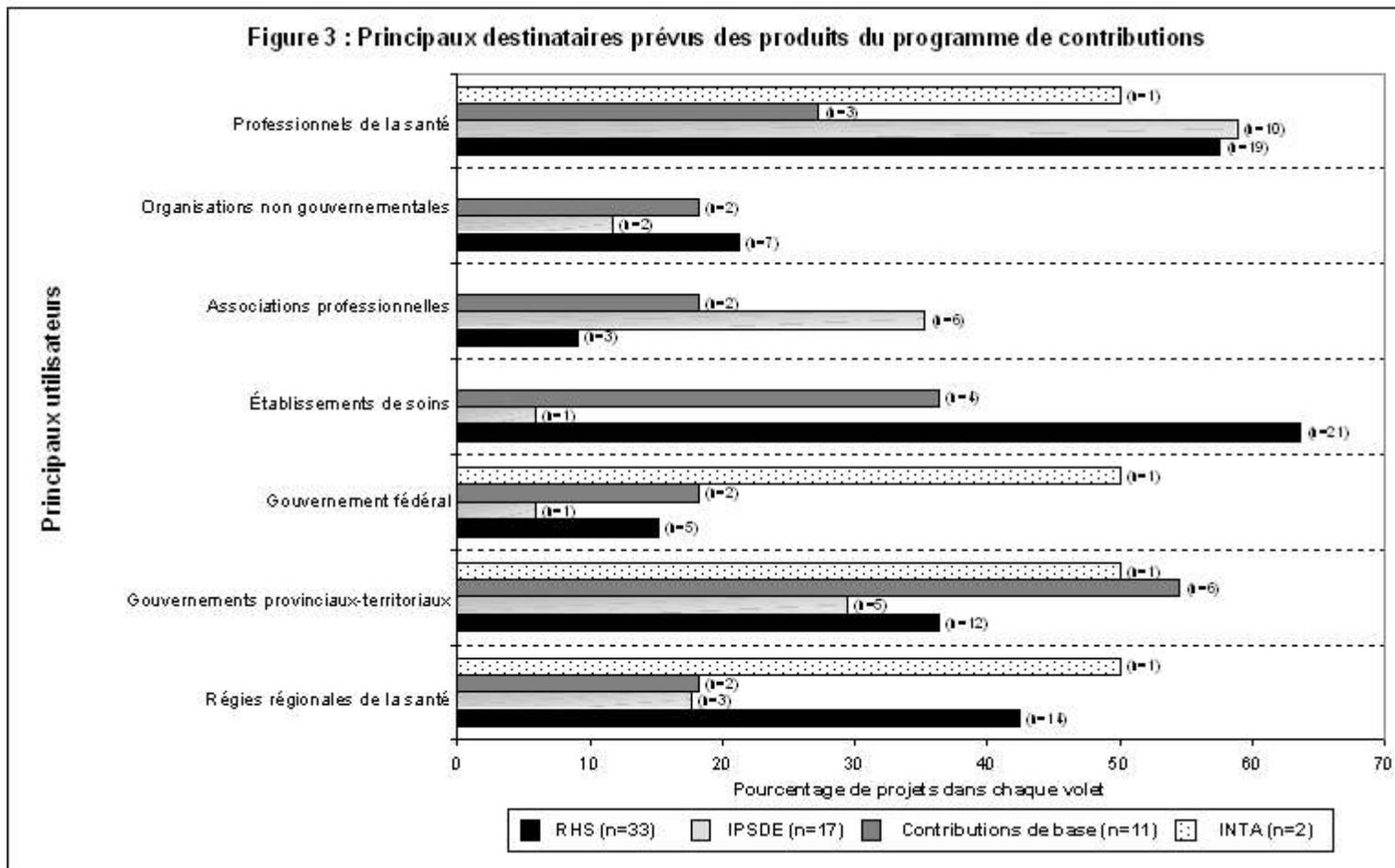
Le bilan documentaire a permis de constater que, dans 90 % environ (n=24) des projets échantillonnés, on identifiait les destinataires des produits réalisés. La clientèle visée était ordinairement très générale; il s'agissait de toute une liste d'intervenants, du vaste monde médical ou du grand public. Dans d'autres cas, on se contentait d'une description très globale. Si on parlait du « gouvernement » par exemple, on ne précisait pas le palier (fédéral, provincial-territorial ou municipal) ou on mentionnait les « associations professionnelles » sans indiquer lesquelles étaient les plus importantes. Il convient tout particulièrement de noter que, rarement, les répondants au sondage indiquaient que le gouvernement fédéral était le principal destinataire prévu des produits (15 % des répondants, n=10). D'après les résultats du sondage, les trois clientèles cibles les plus fréquentes étaient les professionnels de la santé (personnel médical,

²⁰ <http://casat.unr.edu/bestpractices/types.htm> (consultation le 2 octobre 2007).

infirmier, etc.; 52 %, n=35), les établissements de soins (hôpitaux, cliniques, organismes de santé communautaire, etc.; 45 %, n=30) et les gouvernements provinciaux-territoriaux (décideurs ministériels, etc.; 42 %, n=28).

Pour le programme de subventions, les destinataires prévus mentionnés par les répondants sont énumérés au **tableau 6** et, pour le programme de contributions, à la **figure 3**.

Tableau 6				
Principaux destinataires prévus des produits du programme de subventions				
Utilisateurs prévus	ACMTS	Conseil canadien de la santé	ICSP	SISPMDFC
Régies régionales de la santé	✓		✓	
Gouvernements provinciaux-territoriaux	✓	✓	✓	✓
Gouvernement fédéral		✓		
Établissements de soins	✓	✓	✓	✓
Associations professionnelles	✓			✓
Organisations non gouvernementales				
Professionnels de la santé	✓		✓	
Grand public		✓	✓	



Les résultats du bilan documentaire et du sondage font voir que, dans presque tous les projets, on indique un plan de diffusion où on combine trois ou quatre des moyens suivants : sites Web, tableaux d'affichage, édition savante, conférences, séances de formation et ateliers, bulletins d'information et autres imprimés. Toutefois, les données de justification des choix manquent. Les résultats du sondage indiquent que, pour élaborer les stratégies de diffusion des 67 projets et initiatives, on ne s'est appuyé ni sur des données de recherche, ni sur des éléments théoriques, ni sur des constats de meilleures pratiques. On a opté pour des méthodes de diffusion surtout parce qu'elles assuraient la distribution la plus large (42 %, n=28), qu'elles étaient accessibles à la clientèle cible (40 %, n=27) ou qu'elles étaient adaptées aux objectifs visés par le projet (n=7). Dans le bilan documentaire, on indiquait que, dans 3 des 27 projets passés en revue (11 %), le choix d'une stratégie de diffusion reposait sur des indications tirées d'écrits.

La plupart des moyens énumérés (sauf celui des séances de formation et des ateliers) étaient considérés comme des formes passives de diffusion; une stratégie efficace ne devrait pas se contenter d'une forme unique, mais combiner plutôt les formes passives et actives²¹. D'après la théorie de Rogers sur la diffusion de l'innovation, il y a pour les nouveautés (connaissances, pratiques, programmes, technologies, etc.) un mode systématique de propagation par des voies à emprunter dans le temps et entre les systèmes sociaux. Certains modes de diffusion peuvent être considérés comme passifs ou naturels, mais d'autres sont dirigés. La diffusion est une notion active impliquant un calcul et une action qui influencent cette propagation – c'est ce à quoi les groupes de recherche s'intéressent – et contribuent dynamiquement à l'acceptation et à l'utilisation des résultats et des applications de la recherche dans le domaine de la santé publique²².

Dans quelques initiatives (ICSP, Conseil canadien de la santé et SCDPIM), on choisit des mécanismes novateurs de diffusion pour cibler différents groupes. Ceux-ci seront mis en évidence plus loin dans les sections relatives aux volets.

Dans presque tous les projets et les initiatives, y compris dans ceux que ceux ci-haut mentionnés, on ne s'est guère efforcé de juger de la portée ni de l'efficacité des stratégies de diffusion adoptées. Dans quelques-uns, on relève le nombre, l'origine et la nature des demandes de renseignements reçues, les consultations de sites Web et les questions posées. Ces mesures ne sont pas parfaites, mais elles donnent des indices sur le type de clients qui sollicitent généralement des renseignements, sur la fréquence et la nature de ces demandes et sur les tendances qui ressortent dans le temps.

²¹ Lavis, J.N., Robertson, D., Woodside, J.M., McLeod, C.B., Abelson, J., et coll., How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *The MilBank Quarterly*. 2003, vol. 81, n° 2 : 221-248.

²² Steckler, A., Goodman, R.M., McLeroy, K.R., Davis, S., et Koch, G., Measuring the diffusion of innovative health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*. 1992, janvier-février; 6(3) : 214-24.

Dans le sondage, on note que les responsables des projets ont reçu plusieurs demandes de renseignements de divers groupes, dont les organisations non gouvernementales (ONG), les gouvernements provinciaux et les associations professionnelles. Les données le plus souvent recherchées ont à voir avec la portée ou les objectifs du projet, ses produits, ses résultats ou ses conséquences. On a sollicité très peu de renseignements sur l'intégration ou l'application à l'échelle du système. On n'a pas non plus relevé l'évolution des tendances dans le temps, car beaucoup de projets sont plus récents ou leurs agents n'ont commencé que depuis peu à suivre ces types de demandes.

Dans les documents passés en revue, on pouvait voir que les données n'étaient guère diffusées et que les documents n'étaient guère coordonnés à l'échelle du Programme. Dans le PSCSPSS, on ne semblait pas réunir régulièrement de l'information sur les leçons tirées des projets dans des rapports de synthèse, ni faciliter la collaboration entre projets aux objectifs semblables. Il régnait aussi une certaine confusion chez les bénéficiaires au sujet des responsabilités en matière d'échange et de diffusion de l'information (d'un projet ou du Programme), surtout dans le cas des projets de moindre taille ou à partenaires multiples.

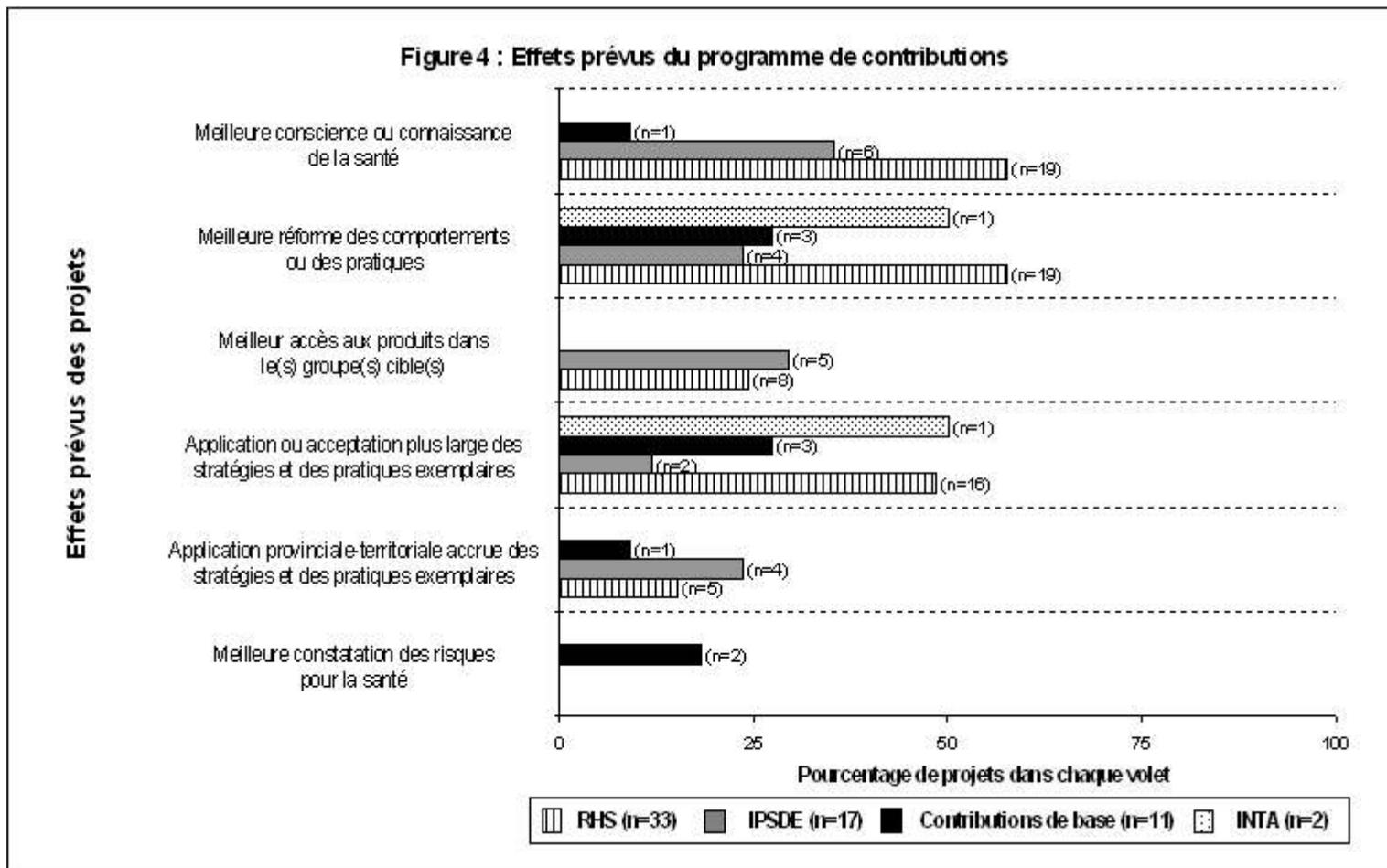
Application des connaissances

Il importe de voir comment on utilise les produits des projets et des initiatives et dans quelle mesure si on veut juger du degré de réalisation des objectifs de programme.

Dans divers projets, on s'employait à concevoir, implanter ou mettre en œuvre une stratégie ou un outil nouveau. L'implantation se faisait souvent à une échelle très modeste (comme dans un projet pilote) au niveau local ou communautaire ou à l'échelle provinciale dans certains cas. Rien n'indiquait en particulier qu'on disposait d'une stratégie d'application nationale à l'échelle du système de santé.

Les résultats attendus du programme de subventions selon les données du sondage figurent au **tableau 7** et ceux du programme de contributions, à la **figure 4**.

Tableau 7 Effets prévus du programme de subventions				
RÉSULTATS PRÉVUS	ACMTS	Conseil canadien de la santé	ICSP	SISPMDFC
Meilleure conscience ou connaissance de la santé	✓	✓	✓	
Meilleure réforme des comportements ou des pratiques				
Meilleur accès aux produits dans le(s) groupe(s) cible(s)	✓	✓		✓
Application ou acceptation plus large des stratégies et des pratiques exemplaires	✓		✓	
Application provinciale-territoriale accrue des stratégies et des pratiques exemplaires	✓		✓	



La recension des écrits a permis de relever divers facteurs (appelés facteurs de facilitation) qui peuvent contribuer à la bonne application des connaissances acquises. Le facteur le plus fréquemment mentionné est la collaboration et les liens à cultiver avec les partenaires et les intervenants. Le renforcement de la collaboration et de la coordination des mesures correspondant aux priorités du système de santé compte aussi parmi les objectifs du Programme. D'autres facteurs de facilitation sont la constatation des agents de changement et des obstacles possibles. Dans l'évaluation, on a regardé le recours à ces facteurs comme moyen d'indiquer les progrès dans la création de conditions propices au changement (application des connaissances nouvelles). Les auteurs spécialisés signalent que 87 % des initiatives de changement échouent à l'étape de la mise en œuvre, d'où l'importance de créer un milieu ou une culture de changement²³.

La constatation des obstacles et des difficultés en matière d'application des connaissances était un élément commun aux volets. Au stade des propositions de projets dans un grand nombre de volets, on devait indiquer ces entraves et les façons de les atténuer. L'obstacle le plus fréquent à l'application des produits des projets était la mobilisation de la clientèle cible pour la planification et l'implantation de stratégies, d'outils, etc., nouveaux, et ce, d'après 30 (45 %) des répondants au sondage. L'obstacle qui suivait en importance au dire de 13 (19 %) des répondants était le lien à faire avec les groupes cibles pour l'application et l'adoption des connaissances. Il s'agit plus d'entraves sur le plan local ou au niveau des projets que d'obstacles généraux ou systémiques qui tiennent aux lois, aux règlements ou à la responsabilité à engager.

Selon les résultats du sondage, 85 % (n=57) des répondants ont mentionné un agent de changement, mais dans une certaine confusion quant à la définition à donner de tels agents qui, pour certains répondants, étaient un système entier (le « gouvernement », par exemple) par opposition aux représentants ou aux membres particuliers d'un organisme. L'agent le plus souvent présenté était l'agent local (45 %, n=30). C'est l'agent qui conviendrait à des changements sur le plan local ou au niveau des projets, mais pour susciter un changement à l'échelle du système, il faut appartenir à un organisme qui exerce une influence nationale à la dimension du système.

Collaboration et coordination

Les trois sources de données révèlent une importante activité de création et de maintien de collaborations. Dans les 27 projets passés en revue, on fait état de certains efforts de collaboration par des réunions et consultations, des ateliers, des conférences, des coalitions, des comités, des protocoles et lettres d'entente (PE-LE), des stages, des réseaux, etc. Souvent, les collaborations recensées dans le bilan documentaire avaient des fins bien précises et étaient orientées vers l'action (plus particulièrement les collaborations officialisées par des ententes en

²³ Institut canadien pour la sécurité des patients. Faire progresser la sécurité des patients : Progrès et partenariats, rapport annuel 2006.

bonne et due forme). Les fins de cette action concertée étaient la centralisation et la mise en commun des données, la constatation des obstacles, l'élaboration de stratégies nationales, l'établissement de données comparatives, etc.

Le sondage et le bilan documentaire montrent que, dans plusieurs projets et initiatives (69 %, n=46), était ordinairement lié par des ententes officielles à des organismes nationaux du domaine de la santé et à des gouvernements provinciaux. Cette constatation valait particulièrement pour les initiatives liées à des subventions désignées. Les répondants au sondage ont signalé un certain nombre d'éléments nécessaires de ces accords. Les voici par ordre d'importance : objet de l'entente, tâches et responsabilités, accès aux ressources, procédure décisionnelle et mécanismes d'évaluation.

Dans le bilan documentaire et la recension des écrits, on répète que, pour un changement à l'échelle du système, il faut une étroite coordination nationale des efforts de renouveau des soins. Le sondage fait aussi voir le besoin d'une coordination nationale au niveau des projets. Dans certains volets (ACMTS, ICSP, SRHS, etc.), on tâche de concevoir et d'appliquer des cadres et des stratégies nationaux permettant de mieux combattre le double emploi, de créer des possibilités de partage des leçons apprises et de constater quels secteurs prioritaires demeurent négligés. Il reste que, dans un grand nombre de volets, cet élément de coordination n'est pas intégré, d'où le risque de manquer des possibilités d'adoption et d'application des connaissances.

Au niveau des projets dans le programme de contributions, la volonté d'acquérir des connaissances ou de former des stratégies à l'échelle nationale était bien moins évidente. La plupart des projets passés en revue dans le bilan documentaire visaient l'« échelon local » (hôpitaux, universités, etc.) et quelques-uns, l'échelon provincial. Il n'y avait guère d'indices parmi les projets d'une concertation des efforts de diffusion et d'application des connaissances au niveau des systèmes de santé provinciaux-territoriaux. Au sondage, 16 % seulement (n=11) des répondants envisageaient une application provinciale-territoriale des résultats. Dans un projet du volet IPSDE par exemple, on a financé un organisme national afin de favoriser l'utilisation et la diffusion d'un matériel pédagogique dans 17 facultés de médecine au pays²⁴. Il reste que la plupart des représentants de ce volet mettaient l'accent sur des organismes ou des groupes à l'échelon local. Souvent, les organismes locaux sont incapables de coordonner des activités nationales de diffusion et d'adoption de pratiques exemplaires ou de stratégies nouvelles. À défaut de se doter d'une bonne stratégie de coordination et d'implantation au niveau des volets ou du Programme, on risque de voir les connaissances, les indications ou les données probantes issues des projets être strictement confinées au niveau local sans possibilités d'application plus générale.

²⁴ Il convient de noter que la diffusion et la promotion de l'adoption ne relevaient pas du projet initial où on a élaboré le matériel didactique en question.

Contribution à l'amélioration du système de santé

À ce stade de l'évolution du Programme, il est difficile d'évaluer si le Programme a permis des améliorations à l'échelle du système. Il faut aussi dire que, comme un certain nombre d'autres programmes tentent d'améliorer le système de santé, il est difficile de voir si le PSCSPSS est à l'origine de changements de rendement dans ce système. Dans les sections relatives aux volets plus loin, divers exemples seront cités illustrant comment les initiatives prévoient apporter des améliorations au système de santé.

Comme il a été indiqué, on doit franchir un certain nombre d'étapes dans la démarche de transfert des connaissances pour que le changement se produise, notamment à l'échelle du système de santé. Dans la plupart des projets et des initiatives financés par le Programme, on s'emploie actuellement à acquérir des connaissances et à les diffuser. Dans un certain nombre de projets et d'initiatives passés en revue, on applique des stratégies, des pratiques ou des outils nouveaux, mais sans généralement le faire à l'échelle du système. Il y a donc eu certains efforts d'application et d'adoption des connaissances acquises, mais on doit encore faire le constat des effets sur l'accessibilité, la souplesse, la qualité, la durabilité et la transparence (comptes à rendre) du système de santé.

Dans les sections qui suivent, les divers volets du Programme et la contribution de chacun à la réalisation des objectifs d'ensemble seront examinés plus en détail. Encore une fois le programme de subventions sera d'abord décrit et le programme de contributions ensuite.

Subventions

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

L'ACMTS a joué un rôle de chef de file dans l'examen des médicaments et des technologies de la santé sur le territoire canadien. L'organisme a lancé trois initiatives nationales destinées à améliorer la coordination et à appuyer les secteurs de compétence. Il y a d'abord la stratégie ETS (Évaluation des technologies de la santé), qui est le cadre où s'insèrent toutes les activités qui s'exercent dans ce domaine au pays. Il y a ensuite l'Évaluation commune des médicaments (ECM), qui centralise les données d'examen des médicaments de tous les secteurs de compétence, leur permettant de prendre les décisions d'inscription de produits pharmaceutiques à leur propre régime d'assurance-médicaments. Il y a enfin le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM), système central de données pour une gestion optimale des produits pharmaceutiques.

Le bilan documentaire fait état de l'acceptation des produits de l'ACMTS par sa clientèle cible. Ainsi, les régimes d'assurance-médicaments, les régimes de moindre taille en particulier, ont profité de l'enrichissement des échanges d'information et des compétences ECM. Dans l'ensemble, les avis sont très bien accueillis et les secteurs de compétence ont accepté environ 90 % des médicaments recommandés pour leurs décisions de remboursement. On a soumis à une

analyse externe l'utilité des rapports d'évaluation systématique des technologies de la santé aux fins des décisions de soins. Selon les résultats obtenus, la production de rapports de cette nature exigeait trop de temps (jusqu'à 18 mois) pour les décisions à prendre en matière de politiques et les indications ainsi livrées n'étaient pas appliquées aussi souvent qu'elles auraient pu l'être. C'est ainsi que, en 2005, l'ACMTS a inauguré un service plus rapide mais moins approfondi appelé Service d'information sur les technologies de la santé (SITS). Celui-ci fournit des réponses rapides (délais variant de 24 heures à 30 jours) pour faciliter les décisions à prendre de jour en jour, et ce, selon les besoins des demandeurs. Au moment de l'évaluation, on ne disposait pas encore de données au sujet de son incidence sur la prise de décisions.

L'ACMTS procure aux décideurs l'information leur permettant de prendre des décisions objectives concernant l'adoption de médicaments et de technologies de la santé et leur rapport efficacité-coût. Si on veut assurer des traitements efficaces qui abaissent le coût global de la prestation des services de santé, l'intention est de rendre par là le système de santé plus durable.

Conseil canadien de la santé

Le Conseil canadien de la santé a pour mandat de surveiller et de déclarer les progrès de l'application de l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Il a collaboré avec les représentants des gouvernements et des organismes locaux pour se faire une idée des priorités, des défis et des réalisations sur le double plan national et régional et livrer de l'information dans des rapports techniques sur les thèmes suivants : temps d'attente et accès aux soins, services à domicile, vie saine, gestion des produits pharmaceutiques, soins primaires et ressources humaines en santé.

Étant bien en vue, le Conseil a pu attirer les médias dans ses points de presse et ses présentations téléphoniques. Il a produit plus de 150 articles à l'intention des médias. Il a été présent sur tous les grands marchés par les quotidiens et les journaux communautaires. Il a aussi produit une série de microdocumentaires sur les pratiques exemplaires.

Il a diffusé trois rapports annuels sur l'état du renouvellement des soins au Canada. Par manque de données uniformes et comparables pour tout le pays, il a été moins capable de fournir une évaluation pancanadienne du système de santé. Le bilan documentaire indique que les rapports du Conseil n'ont pas aidé le Canadien moyen à comprendre l'état de ce système. Il serait bon que l'organisme étudie les moyens de se rendre plus efficace dans l'exécution de son mandat de surveillance et de déclaration.

Il reste encore à établir s'il a pu contribuer à améliorer les comptes à rendre dans le système de santé.

Institut canadien pour la sécurité des patients

Dans le bilan documentaire et la recension des écrits, on note d'importantes activités d'enrichissement des connaissances et de recherche empirique dans le domaine de la sécurité des patients. On a reconnu les principales causes des « événements indésirables » et conçu et appliqué en conséquence des stratégies et des outils nouveaux. On a créé l'ICSP pour qu'il assure la direction nationale et la coordination des mesures de protection des patients parmi les secteurs de compétence.

D'après le bilan documentaire, l'Institut s'est distingué par ses réalisations des trois dernières années : implantation de l'organisme, exercice manifeste d'un rôle de chef de file, exécution de campagnes de sensibilisation et lancement d'initiatives fructueuses où on s'appuie sur les partenariats et les succès d'autrui. Selon le D^r Ross Baker, chercheur éminent du domaine de la sécurité des patients, une initiative appelée « *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* » a vu se constituer le plus vaste réseau d'organismes collaborant à une meilleure protection des patients au Canada avec 150 organismes de santé, 75 % des hôpitaux du pays et 480 équipes cliniques appelés à mener six interventions bien ciblées sur le plan des soins aux patients.

L'ICSP a aidé à coordonner un certain nombre d'ateliers, de conférences, de réunions et de séances d'éducation-formation au bénéfice de groupes bien précis. On a tenu, par exemple, des ateliers de consultation avec les représentants FPT pour dégager des priorités à l'échelle des secteurs de compétence et on a organisé une suite de conférences où les dirigeants d'organismes de santé ont appris à apporter un changement de culture chez eux. On a enfin établi des relations de travail et conclu plusieurs accords officiels (sous forme de protocoles et de lettres d'entente) avec des organismes provinciaux, nationaux et internationaux.

L'ICSP a conçu diverses interventions ou stratégies de lutte aux événements indésirables dans la prestation des soins : soins de cardiologie, bilan comparatif de médicaments, infections de sièges opératoires ou du milieu sanguin, pneumonie associée à la ventilation mécanique, mise en place d'équipes d'intervention rapide. Pour chaque initiative, il y a une trousse d'initiation avec la documentation utile, des outils de mesure et une stratégie d'intervention. Diverses possibilités de formation sont offertes aux soignants pour chacune des interventions visées et des équipes itinérantes d'experts se rendent dans les établissements et y apportent leur aide.

Dans la recension des écrits, on relève que les questions de sécurité des patients reçoivent une plus grande attention et que les mesures de conscientisation et d'intervention ont augmenté grâce à l'ICSP, mais il est trop tôt pour affirmer qu'il y a eu un effet quelconque sur la mortalité et la morbidité chez les Canadiens²⁵. Pour diminuer la fréquence des événements préjudiciables, il faut accroître la qualité des soins aux patients. Il faut aussi que les séjours hospitaliers s'abrègent, d'où une réduction générale du budget des soins et une plus grande durabilité du système de santé.

²⁵ Renouveau des soins de santé au Canada : À la hauteur? 2006, Conseil canadien de la santé, p. 45.

Système informatisé sur les stagiaires post-MD en formation clinique

Ce registre de l'offre nationale de main-d'œuvre médicale a vu le jour grâce aux efforts concertés de six organismes nationaux et des gouvernements provinciaux et fédéral. Le Système illustre bien comment les gouvernements, les facultés de médecine et les organismes médicaux peuvent cheminer de concert vers un objectif commun. Avec les données de ce système, on projette d'éclairer la prise de décisions aux paliers de gouvernement FPT de manière à garantir que le Canada disposera du bon nombre et d'un juste dosage de soignants pour les besoins de la population.

Contributions

Volet des contributions de base

Les projets passés en revue se rattachent soit au volet général des contributions de base, soit au Programme de contribution aux pratiques exemplaires (PCPE), soit au Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM). Les projets du volet des contributions de base et du PCPE ont amplement évolué, passant de l'implantation d'un système de prescription électronique dans l'immédiat dans deux établissements hospitaliers à la mise en place d'un réseau d'équipes multidisciplinaires à l'échelle régionale avec des pharmaciens pour le traitement des diabétiques.

L'échantillon du bilan documentaire comprenait deux des six projets PCPE. Il a révélé qu'aucun de ces projets ne présentait de pratiques exemplaires à la suite d'un examen systématique reposant sur des données de recherche ou des éléments théoriques. Ils ressemblaient davantage à des projets pilotes conçus et réalisés à une échelle fort modeste.

Le SCDPIM est un exemple d'initiative nationale qui est proche de l'initiative ICSP et qui appartient au mouvement plus général ayant pour objet la sécurité des patients. Ses responsables ont su collaborer (et conclure des ententes officielles) avec divers organismes nationaux comme l'ICIS, les bureaux des coroners et les organismes de réglementation afin de livrer l'information la plus systématique et représentative sur la prévention et la gestion des erreurs de médication. Jusqu'à présent, ils se sont assurés la participation de 293 hôpitaux et de 27 établissements de soins de longue durée à un exercice d'autoévaluation en innocuité des médicaments.

Le bilan documentaire a démontré que, à la différence de ce qui s'est fait dans la plupart des autres initiatives, les responsables du SCDPIM ont caractérisé leur clientèle cible à trois niveaux (ils ont alors parlé d'intervenants primaires, secondaires et tertiaires) selon l'importance de la participation des intervenants. Les messages étaient adaptés aux besoins de chaque partie de cette clientèle.

Dans beaucoup de projets et d'initiatives passés en revue dans ce volet, on visait principalement à accroître l'accessibilité et la qualité des soins. Dans l'initiative SCDPIM par exemple, on renseigne sur les méthodes de prévention des incidents médicamenteux et sur la fréquence des erreurs de médication, ce qui devrait améliorer les résultats des patients et relever la qualité des soins. Si les diabétiques peuvent compter sur une équipe multidisciplinaire comprenant un pharmacien, ils obtiendront leurs traitements avec plus de rapidité et de commodité, d'où un gain d'accessibilité des soins.

Stratégie en matière de ressources humaines en santé

Selon les résultats du sondage et du bilan documentaire, la majorité des projets financés par ce volet avaient pour but la conception ou l'évaluation d'une nouvelle stratégie (c'est-à-dire l'enrichissement des connaissances). Voici certains des types d'orientation en question : constatation des nouvelles pratiques en santé au travail, élaboration de modèles de formation interprofessionnelle et établissement de nouvelles stratégies de recrutement de professionnels de la santé.

Dans tous les projets et les initiatives, on y va d'efforts concertés et cette collaboration se situe ordinairement au niveau local. Dans moins du quart des projets réalisés, il y avait des intervenants nationaux. La concertation nationale prenait ordinairement la forme de comités d'experts dont les activités étaient coordonnées par les agents du PSCSPSS. Ces groupes faisaient l'objet d'ententes officielles (mandats, par exemple).

Dans le volet de la SRHS, on convient que les secteurs de compétence ne peuvent agir dans l'isolement et que, pour certains aspects de la planification des ressources humaines en santé, une collaboration pancanadienne doit s'instaurer. On a récemment dressé, aux fins de la planification à l'échelle du système, un cadre de collaboration pancanadienne pour les ressources humaines en santé. Comme le cadre en question a vu le jour vers la fin de 2005, il est difficile de juger de son application et du degré d'influence qu'il a exercé sur la conception et la réalisation des projets (beaucoup de projets examinés ont été lancés avant que ce cadre ne soit établi). De même, celui-ci ne précise pas comment on doit élaborer les projets en toute coordination de manière à combattre le double emploi et à ménager une transférabilité entre les secteurs de compétence. On ne s'est doté dans aucun autre volet d'un plan de synthèse des données (résultats, etc.) des projets en vue de faciliter une démarche nationale de coordination pour les stratégies mises au point.

Dans la plupart des projets, on n'a évalué ni l'adoption ni l'application des stratégies ou des connaissances nouvelles, peut-être parce qu'un certain nombre de ces projets sont en cours et n'ont pas encore fait connaître la nouvelle orientation qui est la leur. La recension des écrits indique cependant que le nombre d'inscriptions aux écoles de médecine et de sciences infirmières a augmenté dans tous les secteurs de compétence où des programmes de formation médicale et infirmière sont disponibles. D'après le bilan documentaire, l'intérêt pour la médecine familiale s'est également avivé chez les internes et résidents en médecine. Grâce à ces

changements, on pourrait bientôt compter sur une meilleure offre de professionnels de la santé qualifiés pour résoudre les problèmes d'accessibilité des services de santé et on pourrait aussi rendre le système de santé plus durable.

Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger

Dans presque tous les projets relevant de l'Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger (IPSDE), on a conçu ou évalué une nouvelle stratégie. C'est ce que confirme le sondage qui dit que, dans plus de 82 % (n=14) des projets, on a établi une nouvelle orientation et que, dans 12 % (n=2) de ces projets, il s'agissait d'évaluer une nouvelle stratégie.

Dans la plupart, on collaborait avec des intervenants de la même province. Dans un, on a constitué un comité consultatif d'une composition régionale-provinciale-nationale, mais dans les autres cas, la collaboration se situait le plus souvent à l'échelon local ou communautaire. Rien dans le bilan documentaire n'indique que les projets font l'objet d'une coordination nationale ou que l'élaboration de nouvelles orientations relève d'une stratégie globale à l'échelle du PSCSPSS.

Dans ce volet, on travaille avec les responsables de la SRHS pour que l'offre de professionnels de la santé augmente plus rapidement partout au Canada. Si les effectifs de la santé s'accroissent, les soins seront sans doute aussi plus accessibles. Il est impossible pour l'instant d'affirmer que la réalisation de l'IPSDE a eu pour effet d'améliorer le système de santé. Précisons que cette initiative est récente (2005) et que la plupart de ses activités sont en cours.

Initiative nationale sur les temps d'attente

Le bilan documentaire révèle que les activités se rattachant à ce volet sont généralement des projets pilotes destinés à faire fondre les arriérés, à concevoir des stratégies propres à conférer plus d'efficacité au traitement des patients, à mesurer et surveiller les temps d'attente et à améliorer la gestion générale de l'attente de soins.

Les résultats du sondage et du bilan documentaire démontrent l'existence d'un écart entre la clientèle cible définie et les clients qui sont effectivement à la recherche de renseignements (aspect mesuré par les demandes). Dans cette initiative, les principaux groupes clients étaient définis comme les professionnels et les régies régionales de la santé, mais les demandes de renseignements émanaient le plus souvent des associations professionnelles et des organisations non gouvernementales (ONG). Il importe en pareil cas de voir si c'est la stratégie de diffusion axée sur les professionnels de la santé ou l'indicateur « demandes de renseignements » qui pose un problème.

D'après les écrits, on est plus renseigné que jamais sur les temps d'attente, tout en restant à court de la vision d'une surveillance systématique de ces derniers. Les auteurs spécialisés notent que les temps d'attente diminuent dans la plupart des cinq secteurs visés (cancer, cardiopathies, imagerie de diagnostic, prothèses articulaires et rétablissement de la vue). On peut se demander

toutefois si on peut accomplir plus de progrès que ne le permettent les fonds engagés. D'après le dernier rapport annuel de l'Institut Fraser, les temps d'attente de certains actes ont légèrement augmenté en 2007 dans certaines provinces.

Réalisation des objectifs d'ensemble du Programme

Il a été fort difficile pour diverses raisons de produire des données sur le degré de contribution des volets à la réalisation des objectifs du Programme. D'abord, le PSCSPSS a beaucoup évolué au cours des cinq dernières années. Un grand nombre de nouveaux volets et des apports supplémentaires de fonds pour les volets déjà présents ont compliqué le tableau au fil des ans; les projets ultérieurs où sont allés les fonds supplémentaires ont débuté à des moments variables, et on est donc plus ou moins proche du stade de préparation où on pourra prendre acte de leurs résultats.

En second lieu, les données de mesure de rendement disponibles sont restreintes pour l'évaluation des résultats du Programme. Les projets et les volets sont si divers et les données sont peu uniformes et comparables dans bien des cas, ce qui rend impossible tout regroupement systématique des constatations à l'échelle du Programme. Les responsables du PSCSPSS ont compté sur les rapports d'étape, les rapports annuels et les rapports d'évaluation des projets et des initiatives liées à des subventions désignées comme source permanente de données d'évaluation de rendement. Les exigences et consignes communiquées aux représentants des projets au sujet de ces rapports ne leur indiquaient pas suffisamment la marche à suivre et, qui plus est, elles variaient de volet en volet. Dans beaucoup de projets, on a rendu compte de la réalisation des objectifs ou des produits sans faire le lien avec le volet, le Programme ou le système de santé. Les responsables du Programme n'ont guère précisé quelle information devait être livrée dans ces documents. On peut en outre se demander si les bénéficiaires connaissaient et comprenaient les objectifs du Programme et la façon dont leurs projets se rattachaient et contribuaient aux efforts nationaux de réforme du système de santé.

CONCLUSIONS

À cause des dates variables de démarrage des volets et des projets, de la diversité des initiatives et de l'hétérogénéité des données de rendement, il a été impossible de regrouper systématiquement l'information au niveau des volets ou du Programme. Dans maints projets, on n'a pas rendu compte de la réalisation des objectifs du Programme, mais seulement des objectifs de projet hors de toute référence au volet et à l'ensemble du Programme. Dans les rapports annuels et les rapports d'évaluation, on s'est attardé aux activités et aux produits des projets au lieu des résultats, d'où la difficulté d'évaluer l'efficacité avec laquelle le PSCSPSS atteint ses objectifs d'ensemble.

Dans beaucoup de projets et d'initiatives, on a conçu une stratégie ou un outil nouveau ou constaté une pratique exemplaire. On ne savait au juste cependant dans bien des cas comment la stratégie ou l'outil était évalué ou quelle était la méthode de constatation de la meilleure pratique. Sans cette information, il est impossible aux responsables du PSCSPSS de voir quels projets ou initiatives pourraient être d'une application plus générale avec l'appui du Programme ou d'un organisme national approprié.

La collaboration et la coordination sont la clé de l'adoption de connaissances nouvelles. Les trois parties de l'évaluation confirment que, sans une collaboration ni une coordination nationale, on ne peut créer le changement à l'échelle du système de santé. Dans tous les projets, on pouvait voir que des efforts concertés se faisaient. Dans nombre de projets et d'initiatives (subventions désignées en particulier), on s'était lié par des ententes officielles à des administrations et des organismes nationaux et provinciaux. L'aspect de la coordination nationale se remarquait moins dans le programme de contributions. Dans la plupart des projets relevant de ce programme, il y avait une collaboration avec des organismes locaux (et parfois avec des organismes provinciaux) qui n'avaient sans doute pas la capacité de coordonner des activités de diffusion et de promotion nationales de stratégies nouvelles ou de pratiques exemplaires. On notait une certaine coordination dans un des volets (grâce à l'établissement d'un cadre), mais il n'y avait pas de plan de regroupement ou de synthèse des données des projets à l'échelle nationale. Sans une bonne stratégie de coordination au niveau des volets ou du Programme, les connaissances, stratégies, données probantes et outils issus des projets se trouvent confinés au niveau local et une application plus générale n'est guère possible.

En ce qui concerne les stades de la démarche de transfert des connaissances, le Programme concentre les efforts au premier stade de la transmission qui est celui de la création et de la diffusion de connaissances nouvelles. D'ordinaire, les clientèles cibles reconnues par les projets et initiatives étaient trop générales et la conception de stratégies de diffusion ne reposait habituellement pas sur les indications des chercheurs ou des auteurs spécialisés. Les efforts de collecte de données sur la portée et l'acceptation des produits des projets (connaissances, outils, etc.) étaient des plus restreints. Dans une foule de projets, on ignorait qui était là pour recevoir ou adopter les produits. Si on veut suivre la démarche de transfert des connaissances, il est essentiel de reconnaître une clientèle cible qui réalisera le changement, de concevoir une stratégie de diffusion pour cette clientèle en s'appuyant sur les données des chercheurs ou des auteurs spécialisés, d'évaluer cette stratégie en s'assurant que les clients en question ont reçu et compris le message et enfin d'observer les efforts d'acceptation et d'adoption des nouvelles connaissances. C'est par l'adoption du savoir créé et diffusé par le Programme qu'on aura la preuve des retombées sur l'accessibilité, la souplesse, la qualité, la transparence (reddition de comptes) et la durabilité du système de santé.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations qui suivent se rangent dans trois catégories : amélioration des données et du suivi dans la mesure du rendement, création de principes et de normes applicables aux bénéficiaires et amélioration de la planification et de la coordination stratégiques au niveau du Programme.

Amélioration des données et du suivi dans la mesure du rendement

- Affiner les indicateurs de rendement à l'échelle du Programme et établir d'autres critères de rendement (voir à quoi ressemble le succès) pour chaque volet, et ce, en collaboration avec les intervenants du Programme.
- Trouver une façon systématique de recueillir des données de rendement auprès des bénéficiaires (nature, fréquence et forme de l'information en question).
- Réserver des ressources (humaines, financières, etc.) à la mesure du rendement au niveau du Programme, des volets et des projets.

Création de principes et de normes applicables aux bénéficiaires

- Élaborer des principes et des critères communs d'évaluation des propositions de projets et d'initiatives pour qu'une information utile soit recueillie au niveau des projets et des initiatives, ce qui éclairera à son tour l'évaluation du Programme et de ses volets.

Données d'orientation

- Le Programme devrait trouver les bonnes façons de diffuser l'information à l'intention des groupes cibles, ainsi que les meilleurs moyens d'évaluer l'acceptation, d'orienter les projets et les initiatives et de conseiller les représentants et les agents des volets.
- Dans la demande de propositions, on devrait obliger les responsables des projets à indiquer ou énoncer ce qui suit :
 - ▶ **clientèle cible appropriée** : veiller à bien reconnaître la clientèle cible et l'échelon où elle se situe (local, provincial-territorial ou national); se demander si les utilisateurs finals sont bien placés pour réaliser les objectifs du Programme (c'est-à-dire sont capables de créer le changement);
 - ▶ **raison d'être de la stratégie de diffusion** : exposer pourquoi on a choisi ou employé certaines méthodes de diffusion (données de recherche ou éléments théoriques, par exemple);
 - ▶ **méthode d'évaluation de la portée et de l'acceptation** : les plans d'évaluation des projets devraient préciser les méthodes d'évaluation de la portée et de l'acceptation des résultats (connaissances acquises et produits réalisés) dans la (les) clientèle(s) cible(s);
 - ▶ **lien du projet avec les objectifs du Programme** et avec le renouveau global du système de santé;

- ▶ **façon dont le projet pourra être réalisé ou généralisé** en fonction de toute la population et/ou d'autres secteurs de compétence.

Critères communs d'évaluation

- Pour les aspects types (stratégies de diffusion, constatation des clientèles cibles, méthodes d'évaluation, etc.), les examinateurs des propositions doivent se doter de critères communs d'évaluation des volets à l'aide desquels ils étudieront les propositions reçues.

Amélioration de la planification et de la coordination stratégiques au niveau du Programme

- Élaborer une stratégie à l'échelle du Programme en précisant le niveau de financement à prévoir selon les priorités et en tenant compte de la nature de l'information déjà disponible sur ces priorités, de la situation sur le plan des priorités d'application du savoir et de la portée et de l'ampleur du défi à relever dans chaque cas en matière de renouvellement des soins.

Question 4

Y a-t-il des résultats attendus des volets qui n'ont pas encore été obtenus? Pourquoi?

Si on regarde dans quelle mesure les résultats prévus ont été obtenus dans chaque volet, on pourra mieux prendre la mesure de la réussite du Programme. De plus, si on sait voir quels résultats prévus n'ont pas été obtenus, les responsables des projets pourront réfléchir à leurs pratiques et décider en toute connaissance de cause des changements ou des corrections qui leur permettront de parvenir aux résultats attendus.

CONSTATATIONS

Bien des projets sont en cours dans les volets, et en conséquence il y a peu de données pour répondre à la question 4. D'après le bilan documentaire et le sondage, on peut voir que, dans moins de la moitié des volets et des projets, on a relevé des résultats qui n'avaient pas été atteints. Les responsables du SCDPIM ont déclaré que, le temps manquant, quelques caractéristiques (outil automatisé d'analyse des zones textuelles, par exemple) n'avaient pas été intégrées à ce système. Dans le cas des volets SRHS et IPSDE, beaucoup de projets avaient

uniquement pour point de mire des produits à réaliser ou à livrer et n'évaluaient en rien l'incidence plus générale de leurs activités sur le système de santé. Avec une telle optique, ce n'est pas étonnant que, dans peu de projets, on ait parlé de « résultats non atteints » (ce qui risquait de faire croire que les produits qui leur étaient particuliers n'avaient pas été réalisés ou livrés).

Un thème ressort dans le cas des volets où on a fait mention de résultats non obtenus. Dans tous les volets, on a dit avoir une orientation nationale, mais une foule de projets n'avaient pas été conçus avec une stratégie nationale. Les résultats du sondage indiquent que, dans 34 % (n=23) seulement des projets passés en revue, on visait à une application ou à une adoption plus large de pratiques exemplaires ou de stratégies nouvelles, c'est-à-dire à l'extérieur du ou des lieux où était réalisé le projet. Dans 16 % (n=11) seulement des cas, on avait l'intention de créer des stratégies ou des pratiques exemplaires qui s'appliqueraient au niveau provincial-territorial. Dans trois projets examinés, on a indiqué n'être pas parvenu à une application ou une acceptation plus large des pratiques exemplaires ou des nouvelles orientations.

Un examen interne du Conseil canadien de la santé a permis de constater que les intervenants ne pensaient pas que les rapports de l'organisme renseignaient bien les Canadiens sur les progrès de l'application des accords de 2003 et 2004. Le Conseil rendait publics depuis 2005 des rapports annuels sur le respect des engagements des premiers ministres, mais il se heurtait à des obstacles par manque de données uniformes et comparables à l'échelle du pays, d'échanges officiels d'information (on ne fait pas connaître les projets pilotes qui réussissent ni n'en adopte les résultats plus généralement), de transparence et d'exhaustivité des comptes à rendre (le plus souvent par l'absence de données de qualité).

Dans un projet du volet IPSDE, on a déclaré ne pas réussir à faire participer les groupes cibles à l'intervention ou au projet (petit nombre de candidats aux programmes de recrutement, alors que les clients possibles étaient nombreux dans la région, par exemple). On s'est efforcé d'étendre la région de recrutement et d'élargir les critères d'admissibilité pour accroître le nombre de candidats, mais les progrès ont été minces.

La recension des écrits fait voir que la mise en place d'un réseau d'équipes interprofessionnelles n'est pas aussi rapide que ne le prévoyait le Conseil canadien de la santé. On note de réels progrès dans l'implantation de programmes de formation interprofessionnelle, mais dans la pratique la composition des équipes interdisciplinaires varie amplement selon les régions. Le plus souvent, ces équipes sont formées de médecins et d'infirmières; elles comprennent moins fréquemment des infirmières praticiennes, des pharmaciens ou d'autres professionnels de la santé. La recension indique en outre que, dans les engagements pris par les premiers ministres en 2003 et 2004, les services à domicile aux malades chroniques ne constituent pas une priorité, bien que le Conseil ait parlé dans ce cas d'une priorité nouvelle pour le renouveau des soins. De même, on ne prête guère attention à tout ce qui est sécurité des patients dans les services de santé communautaire ou les soins à domicile malgré le nombre croissant de personnes âgées dans la population.

CONCLUSION

Dans l'ensemble, beaucoup de projets sont en cours et peu parlent de résultats prévus qui n'auraient pas été atteints. Dans très peu de projets menés à terme, on s'est employé à jauger l'incidence plus générale du projet sur le système de santé. Les responsables de tous les volets ont dit avoir une orientation nationale, mais beaucoup de projets n'ont pas été conçus avec une stratégie nationale, ni d'ailleurs avec l'intention d'appliquer des stratégies ou des pratiques exemplaires au niveau provincial-territorial. Certains aspects (création d'équipes interprofessionnelles, par exemple) sont considérés comme présentant des progrès plus lents qu'on ne le prévoyait, mais dans l'ensemble, le bilan est un constat d'amélioration du système de santé.

RECOMMANDATIONS

- ❑ On doit insister davantage sur une application élargie des résultats des projets (au niveau provincial-territorial ou national) pour une transformation du système de santé à l'échelle du pays.

Question 5

Quelles sont les leçons à tirer du PSCSPSS et de ses volets?

Il importe de tirer des leçons de ce qui se fait pour que des mesures correctives se prennent dans la planification et l'application de pratiques nouvelles ou améliorées.

CONSTATATIONS

Pour presque tous les volets, on relève des « leçons apprises » dans la documentation examinée ou dans les résultats du sondage. Les trois grands thèmes des leçons sont ceux de la planification et de la gestion des projets, de la mobilisation des intervenants et de la définition des objectifs et des termes clés.

En planification et gestion de projets, les leçons portent sur les procédés d'élaboration de projets et la mise en œuvre et la gestion des plans d'activités. Dans presque tous les volets, on a constaté que la planification et l'application d'orientations nationales représentaient une démarche complexe et longue. Souvent, on devait surévaluer le temps et les ressources nécessaires à l'exécution de projets ou d'initiatives à grande échelle et/ou à caractère interprofessionnel. Dans un autre volet, on a noté qu'il fallait fixer de longs délais pour les projets au stade de leur élaboration à cause des retards de financement une fois les contrats signés. Ce sont des problèmes susceptibles d'influer sur le respect des échéances, la capacité de mener les activités dans les temps et les risques d'escamotage de la diffusion par manque de temps. Les délais fixés dans les propositions de projets et d'initiatives doivent être réalistes, et on doit prévoir comment on les modifiera au besoin.

D'autres leçons portent sur le degré de mobilisation des intervenants dans les projets. Dans la plupart des projets et des initiatives, on convient de l'importance d'y associer les intervenants. Beaucoup d'intervenants sont considérés comme des agents de changement qui feront progresser le projet vers les résultats attendus, mais une vaste collaboration demande du temps. Pour un projet ou une initiative, on fait voir l'importance de mobiliser tôt les intervenants et de les tenir au fait de son déroulement. Dans deux volets, on évoque les problèmes de mise à contribution d'une grande diversité d'intervenants, car il pourrait y avoir des déformations ou des influences indues dans les rapports produits ou on pourrait avoir à nettement augmenter le temps et les ressources nécessaires à la rédaction ou à la révision des rapports de recherche. Dans un autre projet, on fait cependant observer que la participation des paliers fédéral et provincial-territorial est essentielle pour que les produits soient applicables à l'échelle du pays. Dans l'ensemble, les responsables des projets et initiatives doivent trouver un juste milieu entre les délais de réalisation des produits et le degré à prévoir de participation des intervenants.

Le dernier thème est celui de l'importance de la définition des objectifs et des termes clés lorsqu'on travaille avec plusieurs partenaires. Dans un des projets IPSDE par exemple, on note qu'il est essentiel de clairement définir les buts et les objectifs pour bien gérer les attentes des intervenants. De même, dans des projets de l'initiative SCDPIM et du volet SRHS, on insiste sur l'importance d'une définition et d'une interprétation communes et limpides des termes clés (collaboration, vocation interprofessionnelle, erreurs, etc.) dans les projets en collaboration. Le Conseil canadien de la santé dit que la concertation, la transparence et la clarté sont autant de principes souverains lorsqu'on définit les objectifs, les facteurs de succès et les priorités dans un contexte de diversité des intérêts. Il y a d'importantes leçons à considérer lorsque plusieurs groupes participent à un projet, puisqu'une compréhension claire et partagée des objectifs et des modalités clés représente un facteur clé de réussite.

CONCLUSIONS

On peut relever plusieurs grandes « leçons apprises » dans le bilan documentaire et le sondage. Beaucoup de ces leçons sont applicables et utiles à d'autres projets relevant du Programme, ainsi qu'à la démarche d'examen des propositions. Il serait bon que les responsables du Programme continuent à inciter les bénéficiaires à faire connaître ces leçons aux autres projets en leur donnant des possibilités d'agir ainsi (conférences, comités, rapports d'étape, etc.). Il importe aussi que, dans l'évaluation des propositions de projets, les examinateurs regardent comment ces leçons pourraient éclairer les orientations envisagées (dans une foule de projets par exemple, on note qu'il faut beaucoup de temps et de ressources pour une orientation nationale et, par conséquent, les examinateurs doivent s'assurer que, dans les nouveaux projets où on propose une telle orientation, on s'est attaché à ces questions de temps et de ressources).

RECOMMANDATIONS

- ❑ Tenir compte des leçons apprises dans les projets au moment de produire les rapports définitifs. Dans de tels bilans, on devrait indiquer le lien ou l'utilité avec d'autres projets ou l'ensemble du Programme (c'est-à-dire les stratégies favorables à l'acceptation ou les éléments qui y font nettement obstacle avec la façon de les aborder, par exemple).
- ❑ Donner officiellement des possibilités de mettre les leçons en commun parmi les bénéficiaires.
- ❑ Dans l'évaluation de propositions nouvelles, les examinateurs devraient aussi s'attacher aux leçons tirées des projets antérieurs et à leurs liens avec les orientations envisagées (dans une foule de projets par exemple, on note qu'il faut beaucoup de temps et de ressources pour une orientation nationale et, par conséquent, les examinateurs doivent s'assurer que, dans les nouveaux projets où on propose une telle orientation, on s'est attaché à ces questions de temps et de ressources).

RECOMMANDATIONS D'ENSEMBLE

Ce rapport fait la synthèse des données de l'évaluation sommative du PSCSPSS. Il présente les résultats des trois sources de données de cet exercice (bilan documentaire, recension des écrits et sondage). Il renseigne le Programme sur les progrès accomplis et fait des suggestions d'amélioration du rendement du PSCSPSS. Il insiste sur l'importance de la planification stratégique, de la fixation de priorités et de la coordination au niveau du Programme. Il fait aussi ressortir le besoin de données de mesure de rendement et de surveillance pour l'évaluation du succès des activités.

Les recommandations qui suivent reposent sur les constatations et les analyses de données en réponse aux questions de l'évaluation sommative. Elles appartiennent à quatre catégories générales : utilité, amélioration des données et du suivi dans la mesure du rendement, création de principes et de normes applicables aux bénéficiaires et amélioration de la planification et de la coordination stratégiques au niveau du Programme.

Utilité

- Le Programme devrait continuer à faire la preuve de sa souplesse de réaction aux priorités nouvelles du système de santé.

Amélioration des données et du suivi dans la mesure du rendement

- Affiner les indicateurs de rendement à l'échelle du Programme et établir d'autres critères de rendement (voir à quoi ressemble le succès) pour chaque volet, et ce, en collaboration avec les intervenants du Programme.
- Trouver une façon systématique de recueillir des données de rendement auprès des bénéficiaires (nature, fréquence et forme de l'information en question).
- Dédier des ressources (humaines, financières, etc.) à la mesure du rendement au niveau du Programme, des volets et des projets.

Création de principes et de normes applicables aux bénéficiaires

- Élaborer des principes et des critères communs d'évaluation des propositions de projets et d'initiatives pour qu'une information utile soit recueillie au niveau des projets et des initiatives, ce qui éclairera à son tour l'évaluation du Programme et de ses volets.

Documents d'orientation

- Le Programme devrait trouver les bonnes façons de diffuser l'information à l'intention des groupes cibles, ainsi que les meilleurs moyens d'évaluer l'acceptation, d'orienter les projets et les initiatives et de conseiller les représentants et les agents des volets.
- Dans la demande de propositions, on devrait obliger les responsables des projets à indiquer ou énoncer ce qui suit :
 - ▶ **clientèle cible appropriée** : veiller à bien reconnaître la clientèle cible et l'échelon où elle se situe (local, provincial-territorial ou national); se demander si les utilisateurs finals sont bien placés pour réaliser les objectifs du Programme (c'est-à-dire sont capables de créer le changement);
 - ▶ **raison d'être de la stratégie de diffusion** : exposer pourquoi on a choisi ou employé certaines méthodes de diffusion (données de recherche ou éléments théoriques, par exemple);

- ▶ **méthode d'évaluation de la portée et de l'acceptation** : les plans d'évaluation des projets devraient préciser les méthodes d'évaluation de la portée et de l'acceptation des résultats (connaissances acquises et produits réalisés) dans la (les) clientèle(s) cible(s);
 - ▶ **méthode d'évaluation** des stratégies ou des outils nouveaux et/ou de constatation des pratiques exemplaires;
 - ▶ **lien du projet avec les objectifs du Programme** et avec le renouveau global du système de santé;
 - ▶ **façon dont le projet pourrait être réalisé ou généralisé** en fonction de toute la population et/ou d'autres secteurs de compétence.
- On devrait tenir compte des leçons apprises dans les projets au moment de produire des rapports définitifs. Dans de tels bilans, on devrait indiquer le lien ou l'utilité avec d'autres projets ou l'ensemble du Programme (c'est-à-dire les stratégies favorables à l'acceptation ou les éléments qui y font nettement obstacle avec la façon de les aborder, par exemple).

Critères communs d'évaluation

- Pour les aspects types (stratégies de diffusion, constatation des clientèles cibles, méthodes d'évaluation, etc.), les examinateurs des propositions doivent se doter de critères communs d'évaluation des volets à l'aide desquels ils étudieront les propositions reçues.
- Dans l'évaluation de propositions nouvelles, les examinateurs devraient aussi s'attacher aux leçons tirées des projets antérieurs et à leurs liens avec les orientations envisagées (dans une foule de projets par exemple, on note qu'il faut beaucoup de temps et de ressources pour une orientation nationale et, par conséquent, les examinateurs doivent s'assurer que, dans les nouveaux projets où on propose une telle orientation, on s'attache à ces questions de temps et de ressources).

Amélioration de la planification et de la coordination stratégiques au niveau du Programme

- Élaborer une stratégie à l'échelle du Programme en précisant le niveau de financement à prévoir selon les priorités et en tenant compte de la nature de l'information déjà disponible sur ces priorités, de la situation sur le plan des priorités d'application du savoir et de la portée et de l'ampleur du défi à relever dans chaque cas en matière de renouveau des soins.
- Le plan pourrait comporter les activités suivantes :
 - ▶ examiner périodiquement les priorités et les objectifs des projets financés en fonction des exigences correspondantes du Programme et de ses volets (on pourrait alors adapter la demande de propositions aux besoins d'information à combler);
 - ▶ créer des possibilités officielles de partage de l'information;

- ▶ s'employer à financer des projets comportant une orientation nationale au stade de leur élaboration (c'est-à-dire où on regarde les moyens d'application au niveau national ou examine le caractère généralisable des résultats à l'ensemble du pays);
 - ▶ dresser un plan de coordination et d'harmonisation des activités liées aux divers volets (projets qui, par exemple, portent sur des questions semblables, mais dans différentes régions);
 - ▶ dresser un plan de synthèse des stratégies, pratiques exemplaires et outils de « projets pilotes », etc.;
 - ▶ recueillir des données communes de mesure de rendement des projets, faire la synthèse de cette information au niveau des volets et la partager avec les autres projets et initiatives.
- Mettre plus l'accent sur une plus vaste applicabilité des résultats des projets (application au niveau provincial-territorial ou national) pour la transformation du système de santé à l'échelle du pays.