



Santé Health  
Canada Canada

# **Évaluation de l'incidence du Fonds pour l'adaptation des services de santé**

## **Rapport final**

Présenté à

Santé Canada  
Comité ministériel de vérification et d'évaluation

Novembre 2005



**Plan d'Action de l'incidence du Fonds pour l'adaptation des services de santé  
(FASS)  
Réaction au rapport d'évaluation**

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé a financé 140 projets dans l'ensemble du Canada, de 1997 à 2001, afin d'examiner et d'évaluer des approches novatrices pour assurer la prestation de services de santé. Le Fonds, doté d'un financement fédéral de 150 millions de dollars, constituait une initiative collective des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux destinée à appuyer des projets censés fournir des données probantes permettant aux gouvernements, aux dispensateurs de soins de santé, aux chercheurs et à d'autres intervenants de prendre des décisions éclairées afin d'intégrer davantage le système de soins de santé.

L'évaluation finale de l'incidence du FASS a été menée en 2004 par un consultant lié par contrat à la Division de l'évaluation des programmes du Ministère (DEPM).

Comme le FASS était assorti d'un délai déterminé, le programme n'existe plus. Il incombe à la directrice de la Division des soins de santé primaires et continus de réagir à l'évaluation de l'incidence du FASS.

À partir des résultats de l'évaluation, le consultant a formulé des recommandations selon une approche progressive. La recommandation principale, c'est-à-dire, **Établir un fonds permanent pour l'adaptation des services de santé**, est suivie de recommandations subséquentes, ou secondaires, qui sont pertinentes uniquement si l'on donne suite à la première recommandation.

Comme le FASS n'est plus en vigueur, on ne pouvait pas formuler de recommandations touchant l'amélioration continue du Fonds. Cependant, Santé Canada continue d'établir et d'appuyer d'autres programmes, qui visent des objectifs semblables à ceux du FASS et fournissent du financement aux gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi qu'à d'autres intervenants, en vue d'améliorer le système de santé canadien.

Le présent plan d'action met donc l'accent sur des suggestions en vue de l'application des recommandations aux nouveaux programmes et activités postérieurs au FASS. Le plan comporte, en particulier, des exemples illustrant la manière dont nombre de recommandations sont appliquées dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) de 800 millions de dollars, établi en septembre 2000.

Recommandations du rapport (adapté du rapport final)	Réponse
<p><b>Étape 1</b>  <b>1. Établir un fonds permanent pour l'adaptation des services de santé</b></p> <p>On est largement favorable à l'établissement d'un fonds semblable au FASS, qui encourage l'innovation en matière de soins de santé, mobilise les décideurs de tous les échelons et favorise le partenariat entre les groupes d'intervenants. Santé Canada est en mesure de jouer un rôle de chef de file en matière d'innovation. Une étude de faisabilité en ce sens pourrait constituer une première démarche concrète à cet égard.</p>	<p>Avant le parachèvement du FASS, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) quinquennal, de 800 M\$, a été établi afin de soutenir les provinces et les territoires et d'autres intervenants dans leurs démarches pour améliorer les modalités de prestation des soins de santé primaires au Canada. Les soins de santé primaires sont considérés comme étant l'une des quatre sphères prioritaires du FASS.</p> <p>En 2003, le Fonds pour la réforme de la santé de 16 G\$ a été établi pour aider les provinces et les territoires à améliorer les services dans les domaines des soins à domicile, des soins primaires et des médicaments onéreux - 3 domaines prioritaires pris en considération par le FASS.</p> <p>En 2004, Santé Canada annonçait la création du Fonds de Transition pour la Santé des Autochtones (FTSA), qui financera des façons novatrices d'améliorer la prestation des services de santé aux Autochtones.</p> <p>De plus, des efforts ont été engagés afin d'assurer le financement continu des initiatives des communautés des langues officielles en situation minoritaire (CLOSM) du FASSP sous un régime de financement distinct.</p>

Recommandations du rapport (adapté du rapport final)	Réponse
<p><b>Étape 2 - Dans l'hypothèse où l'étape 1 est franchie,</b></p> <p><b>2.1 Examiner la possibilité d'effectuer une analyse comparative</b></p> <p>L'analyse comparative prend appui sur des points de référence en vue de l'examen de moyens d'améliorer le rendement. Ce type d'analyse permet de quantifier les écarts de rendement et met au jour des pratiques exemplaires ou prometteuses éventuelles qui illustrent les résultats possibles et stimulent l'atteinte d'un niveau de rendement supérieur. À l'heure actuelle, il n'existe pas de points de référence en ce qui a trait aux investissements de grande envergure comme le FASS. On doit poursuivre la réflexion en ce sens, notamment à l'aide d'un document de travail qui s'appuierait sur la participation d'autres organismes de financement du Canada et de l'étranger.</p>	<p>L'établissement de cibles et les analyses comparatives sont presque toujours à l'ordre du jour des réunions des premiers ministres. Ceux-ci se sont entendus, en 2000 et 2003, pour produire des rapports clairs sur le système de santé. Les gouvernements s'efforcent d'établir des cibles et des outils d'analyse comparative pour de nombreux domaines, tels les délais d'attente.</p> <p>En ce qui concerne l'évaluation des programmes du FASSP, on a élaboré, en l'absence de comparateurs externes, une stratégie en vue d'établir un point de référence à partir duquel il sera possible de mesurer la variation du rendement.</p> <p>Le FASSP appuie une stratégie d'évaluation nationale dans le cadre de laquelle on établit des indicateurs pour mesurer le rendement et ses variations au niveau de la prestation des soins de santé primaires.</p>

Recommandations du rapport (adapté du rapport final)	Réponse
<p><b>2.2 Établir des modèles en vue d’uniformiser et d’appuyer la gestion de projet de qualité</b></p> <p>Élaboration d’outils en vue d’appuyer et d’uniformiser les divers éléments de la conception et de l’exécution de projets - Santé Canada peut jouer un rôle de soutien au sein du système de santé en appuyant et en perfectionnant les compétences fondamentales et les lignes directrices dans les secteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• transfert de connaissances</li> <li>• durabilité</li> <li>• évaluation</li> <li>• modèles de recherche</li> <li>• établissement de partenariat</li> <li>• gestion du changement</li> <li>• gestion de projet</li> </ul>	<p>Certes, il serait utile d’élaborer des lignes directrices et des outils pour appuyer la normalisation des diverses composantes de la conception et de la mise en oeuvre des projets, et c’est là un point que Santé Canada pourrait examiner.</p> <p>Depuis le FASS, Santé Canada s’intéresse davantage à la gestion des programmes de contribution. Ainsi, le Ministère a institué le Centre d’expertise sur les subventions et les contributions, qui a créé de nombreux outils pour faciliter la gestion financière des subventions et contributions, principalement pour le personnel de Santé Canada, mais le Centre met également des ressources à la disposition des destinataires de ces prestations.</p> <p>En 2000, le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) a affiné sa Politique sur les paiements de transfert et s’apprête à le faire de nouveau. Le SCT a élaboré un cadre de responsabilisation de gestion en 2003 qui établit des normes de gestion pour la fonction publique fédérale.</p> <p>Au sein du FASSP, le personnel a aidé des groupes à élaborer leurs propositions et à gérer leurs initiatives, et comme le FASSP commence à mettre l’accent sur les activités de synthèse et de diffusion, on prévoit l’élaboration d’outils pour aider les initiatives financées à diffuser des renseignements sur les différentes initiatives.</p>

Recommandations du rapport (adapté du rapport final)	Réponse
	<p>Outre celle du gouvernement, il existe de l'information sur certains des sujets identifiés dans la recommandation, comme celle de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, qui possède de la documentation exhaustive sur le transfert des connaissances.</p>
<p><b>2.3 Utiliser les leçons tirées</b></p> <p>Il serait instructif, en vue de décisions ultérieures, de documenter les démarches et les activités utilisées dans le cadre du programme du FASS pour assurer sa réussite. Les leçons tirées et les obstacles surmontés en regard de diverses questions contribueraient largement à accroître les connaissances en vue de programmes semblables. On pourrait examiner de plus près les indicateurs prévisionnels d'incidence et d'acceptation afin de saisir pleinement les nouvelles connaissances et de renforcer la capacité de les appliquer dans d'autres contextes.</p>	<p>La documentation du rapport d'évaluation intérimaire du FASS et du rapport d'évaluation des incidences renferme une somme importante de renseignements sur les processus et les activités du personnel du FASS, y compris de nombreuses leçons apprises et des défis qui peuvent se révéler utiles pour les futurs programmes de contribution.</p> <p>Comme le FASS est maintenant parachevé, il y a peu d'avantages à élaborer d'autre documentation. Toutefois, il pourrait être utile pour les futurs programmes de contribution d'élaborer un tel document pendant que le programme est toujours opérationnel.</p>

Recommandations du rapport (adapté du rapport final)	Réponse
<p><b>2.4 Poursuivre la diffusion des connaissances</b></p> <p>Malgré les nombreuses activités menées en matière de transfert des connaissances, une foule de données pourraient encore être communiquées. Plutôt que de mettre l'accent sur de vastes stratégies de transfert de connaissances, on pourrait même établir une approche intensive ciblée mettant en évidence plusieurs réussites, afin de promouvoir l'adoption des innovations découlant du FASS, ainsi que leurs conséquences.</p>	<p>Des renseignements du FASS sont encore diffusés sur le site Web exhaustif toujours en fonction.</p> <p>Le FASSP prévoit utiliser des stratégies extensives ainsi que des approches intensives pour le transfert des connaissances dans le cadre de son plan général de diffusion.</p> <p>Il est recommandé que tous les programmes de contribution élaborent des stratégies détaillées de diffusion qui font appel tant à des approches intensives qu'extensives pour le transfert des connaissances.</p>





Santé Health  
Canada Canada

# **ÉVALUATION DE L'INCIDENCE DU FONDS POUR L'ADAPTATION DES SERVICES DE SANTÉ**

## **RAPPORT FINAL**

**Octobre 2004**

Submitted by

Workflow Integrity Network

**Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère  
Direction générale du contrôleur ministériel**

**Canada**



# TABLE DES MATIÈRES

	Page
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>iii</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Méthodologie</b> .....	<b>7</b>
<b>Contexte conceptuel</b> .....	<b>9</b>
<b>Résultats de recherche</b> .....	<b>15</b>
Programme du FASS .....	15
Transfert des connaissances .....	22
Obtention des résultats .....	42
Renforcement des capacités .....	49
Utilité des projets du FASS .....	50
Ressources développées .....	52
Soins de santé améliorés .....	53
Niveau d'utilisation .....	55
Culture de prise de décisions fondée sur des données probantes .....	57
Contribution à la recherche .....	59
Nouvelles connaissances actuelles et utiles .....	61
Durabilité .....	65
Perception globale du FASS .....	75
Réflexion, interprétation et validation .....	81
<b>L'HÉRITAGE DU FASS</b> .....	<b>88</b>
Contributions principales .....	88
Leçons apprises en ce qui concerne les défis du FASS .....	91

# TABLE DES MATIÈRES (SUITE)

	Page
<b>EXAMEN</b> .....	<b>99</b>
Résultats immédiats .....	100
Résultats intermédiaires .....	102
Résultats à long terme .....	103
Incidence .....	106
Transfert des connaissances .....	110
Durabilité .....	114
Équilibre entre le risque, l'innovation et les échéanciers .....	115
Accumulation durable de connaissances .....	116
Utilité des recommandations .....	116
Degré d'utilisation des ressources mises en place .....	117
Résumé .....	117
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>119</b>
PHASE 1 .....	119
PHASE 2 .....	120
<b>ANNEXE A</b> .....	<b>123</b>
THÈMES DES PROJETS ET VIGNETTE MODÈLES .....	125
<b>ANNEXE B</b> .....	<b>215</b>
MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE .....	217
<b>ANNEXE C</b> .....	<b>229</b>
ÉVALUATION DES INCIDENCES DU FONDS POUR L'ADAPTATION DES SERVICES DE SANTÉ .....	231

# RÉSUMÉ

La Division de l'évaluation des programmes du Ministère a fait paraître une DDP concernant l'évaluation de l'incidence du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS). Il avait été prévu que l'évaluation viserait à déterminer si le FASS avait permis d'accomplir ce que l'on en attendait. Les résultats présenteront de l'intérêt pour les décideurs au sein du gouvernement, les travailleurs de première ligne dans les organisations du secteur de la santé, les chercheurs et le grand public, en partie parce que le FASS a eu des retombées étendues pour l'ensemble de ces intervenants.

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a apporté un soutien à 141 projets dans les différentes régions du Canada entre 1997 et 2001. Les projets visaient à mettre à l'essai et évaluer des moyens innovateurs d'assurer la prestation des services de soins de santé. Doté d'un budget de 150 millions de dollars, le Fonds était le résultat d'un effort de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui avait pour but d'apporter aux projets le soutien voulu pour produire des données probantes que les gouvernements, les fournisseurs de soins de santé, les chercheurs et les autres intervenants pourraient mettre à contribution afin de prendre des décisions éclairées qui favoriseraient une meilleure intégration du système de soins de santé. L'objectif général du FASS était le suivant :

[traduction]

*« Favoriser et appuyer les processus décisionnels basés sur des données probantes dans les réformes des soins de santé en apportant un soutien à des projets pilotes et des projets d'évaluation axés sur des méthodes innovatrices de prestation dans les domaines des soins à domicile, de l'assurance-médicaments, des soins de santé primaires et des services intégrés. »*

Suivant le modèle logique conçu aux fins du FASS, les résultats attendus du FASS étaient, à court terme 1) un enrichissement de l'information et des connaissances sur la conception et la mise en oeuvre des services de santé qui déboucherait sur un processus décisionnel basé sur des données probantes, ce qui 2) stimulerait de nouvelles initiatives en matière de recherche ou d'innovation. Le résultat attendu à moyen terme était une amélioration de la conception et de la prestation des services de soins de santé. À plus long terme, le résultat attendu était le maintien et l'amélioration de la santé des Canadiens.

L'objectif de l'évaluation consistait à déterminer, au moyen des questions énoncées ci-après et du modèle logique préparés par Santé Canada, l'incidence du programme du FASS sur les soins de santé au Canada.

Les objectifs de base de l'évaluation étaient les suivants :

- 1) Déterminer dans quelle mesure on encourage et on soutient le recours à des processus décisionnels basés sur des données probantes dans la réforme des soins de santé et dans le développement de connaissances et d'informations nouvelles
- 2) Évaluer la synthèse et la diffusion de l'information issue du FASS
- 3) Évaluer la pertinence et la qualité de l'information issue du FASS
- 4) Évaluer l'utilisation qui est faite de l'information issue du FASS dans la réforme du système de santé
- 5) Évaluer l'incidence de l'information issue du FASS sur la réforme du système de santé
- 6) Déterminer les leçons apprises, l'incidence à long terme et les solutions de rechange

Dans l'évaluation de la nature et de l'étendue de l'« incidence », il faut tenir compte du lien de causalité qui existe entre, d'une part, les activités des projets et le programme lui-même et, d'autre part, les résultats à court, à moyen et à long termes.

Pour cette évaluation de l'incidence, nous avons eu recours à un plan d'étude post-test mettant à contribution plusieurs méthodes. La triangulation méthodologique renforce la validité des constatations.

Plusieurs méthodologies ont été utilisées :

- ❑ Examen de documents – documents du Secrétariat, documents de synthèse, données du site Web et tous les rapports de projet;
- ❑ Deux sondages – Vérificateurs de projet (n=50) et promoteurs et décideurs (n=11)
- ❑ Entrevues avec des informateurs clés – personnel du FASS, décideurs, vérificateurs de projet, auteurs de documents de synthèse (n=30)
- ❑ Capsules documentaires sur les projets (30 descriptions d'une page de divers projets qui mettent en évidence l'étendue et la profondeur du FASS)
- ❑ Panel E-Delphi – perceptions d'un groupe d'informateurs clés formé de décideurs, de vérificateurs de projet et d'auteurs de documents de synthèse concernant les constatations faites à l'issue de l'évaluation (n=18)

## **Constatations issues de la recherche**

Les données indiquent que le programme du FASS a permis l'obtention de résultats aux trois niveaux. Le problème, cependant, est que la nature et l'étendue de ces incidences sont, en partie, contextuelles, et varient en fonction du centre d'intérêt particulier des projets et du

programme en question. Ce qui est plus sûr, c'est que le FASS au niveau des programmes a été un catalyseur solide et utile au regard de l'obtention des différents résultats attendus. Plus particulièrement, il est probable que même aujourd'hui, on ne connaisse pas toutes les incidences du programme.

Les résultats immédiats ont hors de tout doute été obtenus. En utilisant les six niveaux de classification de la Hiérarchie des incidences (c.-à-d. transmission, cognition, référence, effort, influence et application) à des fins d'analyse, les connaissances ont été transmises aux utilisateurs par le biais d'un éventail de mécanismes de transfert. Quarante-vingt-onze pour cent des répondants au sondage ont observé que leur projet du FASS permettait de développer de nouvelles connaissances, tandis que 88 % ont déclaré que les connaissances étaient utiles et pertinentes pour le public ciblé. Les données des sondages montrent que 73 % étaient d'avis que les connaissances avaient été transférées aux utilisateurs, tandis que 95 % ont déclaré que les connaissances avaient été considérées et comprises par les décideurs (cognition). Quarante-vingt-onze pour cent étaient d'avis que le FASS avait été cité d'une façon ou d'une autre par les décideurs ou que ceux-ci y avaient fait référence. Une proportion élevée des répondants au sondage ont relevé que le FASS avait influencé l'exécution des politiques (83 %) et la prestation des services et les décisions relatives à la pratique (81 %), tandis que 65 % ont indiqué que le FASS était la cause directe des changements apportés aux politiques, et 65 % ont relevé qu'il était la cause directe des changements apportés aux pratiques. Enfin, 71 % des répondants ont constaté que les connaissances acquises lors des projets du FASS étaient directement utilisées par les consommateurs de soins de santé.

Ces résultats sont appuyés par des données additionnelles provenant des sondages. Les connaissances acquises grâce au FASS ont été utilisées par des individus dans les organismes financés (65 %), des individus dans d'autres organismes (69 %) et des décideurs aux niveaux régional, (64 %), provincial et territorial (63 %), ainsi que national (40 %). En d'autres mots, il y a utilisation évidente des connaissances générées par le FASS au micro-niveau, au méso-niveau et au macro-niveau.

Bien que la taille des échantillons ait été réduite, les tendances sont positives à tous les niveaux de la Hiérarchie des incidences et sont, en outre, validées par les données produites par le biais des méthodes complémentaires utilisées. De plus, la présence des niveaux de transmission et de cognition de la Hiérarchie des incidences ressortait des données de sondage recueillies lors des ateliers tenus partout au pays. Les citations nombreuses provenant de diverses sources, les résultats obtenus par les projets respectifs et la mise au point de produits créent ensemble la mosaïque d'un programme efficace, assuré par le gouvernement fédéral, qui constituait un catalyseur important pour la génération de nouvelles connaissances et leur application ultérieure.

Les données triangulées appuient également le fait que le second résultat immédiat, soit le processus décisionnel fondé sur les données probantes menant à de nouvelles recherches ou à des innovations, a été obtenu et, selon toute probabilité, continue de l'être à l'heure actuelle. Quatre-vingt-deux pour cent des répondants au sondage ont mentionné que le projet du FASS avait encouragé un mécanisme de processus décisionnel fondé sur les données probantes dans les services de santé, tandis que 92 % ont constaté qu'il comblait un vide dans la recherche. En fait, 52 % étaient d'avis que leur projet respectif avait produit les choix de réforme qui avaient été projetés.

Le programme du FASS a ensuite encouragé et soutenu le processus décisionnel fondé sur les données probantes dans la réforme des soins de santé et le développement de nouvelles informations et connaissances. De plus, le FASS a comblé un vide dans la recherche et l'analyse pour les services de soins de santé. À cet égard, les répercussions du FASS se sont fait sentir au micro-niveau, au méso-niveau et au macro-niveau, ayant comme incidence nette l'amélioration de la base des connaissances pour la prestation des soins de santé partout au pays.

Un transfert des connaissances efficace est à la base de l'atteinte de ces objectifs. Les données décrites plus haut indiquaient qu'on a développé un éventail d'activités et d'outils se rapportant au transfert des connaissances. Le programme du FASS en lui-même a été déterminant pour ce développement, et pour plusieurs observateurs, il a permis d'innover de par le degré d'inclusion du transfert des connaissances dans les activités du programme et celles des projets. Les données de sondage montrent que des documents ont été publiés ou présentés, des événements médiatiques ont eu lieu, des articles de presse ont été rédigés, des présentations ont été données lors de conférences et auprès de collectivités locales, et de nombreuses demandes ont été présentées pour l'obtention de matériel de formation, de guides, de logiciels, de directives, etc.

Par conséquent, lors de l'évaluation de la synthèse et de la diffusion de l'information résultant du FASS, nous devons reconnaître que les moyens pour ce faire étaient principalement axés sur un transfert généralisé des connaissances, en mettant l'accent sur l'étendue de la diffusion. Tandis que nous évaluons la pertinence et la qualité des informations provenant du FASS, entre-temps, 88 % des répondants au sondage étaient d'avis que les informations résultant des projets du FASS avaient rejoint leur public cible et qu'elles étaient pertinentes pour celui-ci, et 82 % estimaient que les renseignements étaient de qualité élevée.

Le transfert des connaissances (TC) s'est produit aux niveaux des programmes et des projets. Comme on a pu le voir dans la partie sur les résultats, le programme du FASS a permis de développer un certain nombre de moyens de diffusion conçus pour joindre différents publics. En majeure partie, il s'agissait d'un TC étendu, le TC intensif ciblé ayant été limité.



En résumé, les stratégies de transfert des connaissances ont été efficaces pour joindre les diverses populations « cibles » concernées. Cependant, ce qui est moins évident est de savoir si les stratégies elles-mêmes ont été ciblées de manière aussi efficace qu'elles auraient pu l'être. En d'autres mots, une stratégie plus approfondie visant plus particulièrement certains intervenants, comme nous l'avons mentionné auparavant dans le présent rapport, aurait pu mener à une application plus généralisée. Bien que nous reconnaissons que les ressources du programme du FASS servant à développer davantage des activités de transfert des connaissances étaient limitées, nous ignorons ce que la portée « prévue » aurait pu ou aurait dû être. En réalité, avec toutes les données générées par ce rapport, nous n'avons aucun modèle pour déterminer quelles auraient dû être les applications et les « incidences » prévues des connaissances. À bien des égards, il est possible que nous possédions maintenant la base nous permettant de réfléchir de façon plus prospective aux questions d'analyse comparative.

Les résultats intermédiaires prévus pour le FASS étaient l'amélioration de la conception et de la prestation des services de soins de santé. Pour bon nombre de projets, comme le démontrent bon nombre des résultats et des capsules documentaires dans l'Annexe, on a déjà apporté des améliorations à la conception et à la prestation des services de soins de santé. Les données provenant des entrevues et des sondages appuient davantage ces résultats.

Soixante-dix pour cent des répondants au sondage estimaient que les projets avaient permis d'améliorer les soins dans leur propre collectivité, et 63 % étaient d'avis qu'ils les avaient améliorés dans leur province. Une autre tranche de 43 % estimait qu'ils avaient permis d'améliorer les soins dans d'autres provinces ou au niveau national (29 % des répondants n'étaient pas certains que cela s'était produit). Soixante-cinq pour cent des répondants étaient d'avis que le projet du FASS avait permis d'améliorer la santé des consommateurs, et 78 % estimaient qu'il avait amélioré la façon dont les professionnels de la santé et autres dispensaient les soins. Enfin, 71 % des vérificateurs de projet étaient d'avis que le projet avait permis de renforcer l'apprentissage, l'éducation et la formation des professionnels de la santé. Subséquemment, on peut présumer que cela pourrait alors se traduire par de meilleurs résultats pour la santé des Canadiens. Là encore, bien qu'il y ait eu peu d'échantillons, les tendances étaient positives à tous les niveaux de la Hiérarchie des incidences.

Le résultat à long terme du FASS était d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Ceci a déjà été précisé dans les capsules documentaires, par le biais d'entrevues avec des vérificateurs de projet et par le biais de données de sondage. Par exemple, 65 % des répondants aux sondages ont constaté que le projet du FASS constituait la cause directe de changements dans la pratique, tandis que 71 % des répondants ont observé que les connaissances résultant du projet du FASS étaient utilisées directement par les consommateurs de soins de santé. De façon similaire, le fait que 52 % des répondants étaient d'avis que leur projet respectif avait produit les éléments de réforme souhaités donne à penser que ceci a dû améliorer les résultats au regard de la santé.

Les liens de causalité sont tout aussi importants à cet égard. La « théorie de programme » du FASS, telle qu'on peut la voir dans son modèle logique, démontre que l'obtention des résultats immédiats et intermédiaires entraînera l'accomplissement de résultats à plus long terme. Les données provenant de cette évaluation appuient cette tendance. Bien que nous ne puissions dire de manière définitive que cela se soit produit avec chacun des projets du FASS, nous pouvons dire que les liens de causalité ressortent clairement dans toutes les méthodes utilisées dans cette étude. On observe des données particulières, par exemple, dans les réponses au sondage mentionnées plus haut dans la partie des résultats immédiats. Ainsi, grâce à la causalité, nous pouvons déclarer avec assurance que, bien que l'échantillon ait été trop petit pour garantir que les résultats sont statistiquement significatifs, les tendances constatées dans les données sont de bon augure pour les Canadiens qui bénéficieront de meilleurs soins de santé grâce aux investissements du FASS. Là encore, cet énoncé est appuyé par les données qualitatives recueillies en interrogeant divers intervenants.

Les données contenues dans cette évaluation des incidences indiquent qu'il y a eu de nombreuses contributions au macro-niveau (programme). Voici ce qu'a permis de faire le FASS :

- Appuyer des partenariats non financés auparavant et du financement inexistant antérieurement;
- Appuyer des initiatives multisectorielles;
- Appuyer des initiatives de recherche appliquée non financées antérieurement;
- Appuyer des façons nouvelles et innovatrices qui n'auraient jamais été essayées sans ce fonds;
- Faire connaître des activités ultérieures à l'aide d'accords sur la santé qui pourraient avoir une incidence indirecte sur les soins de santé;
- Créer un milieu propice, efficace et interactif pour le gouvernement aux niveaux fédéral, provincial et territorial;
- Tenter sérieusement d'améliorer les soins de santé à l'aide de l'innovation;
- Produire des données probantes pour appuyer ou réfuter les façons de prodiguer des soins;
- Fournir les ressources pour tester certaines nouvelles choses;
- Enrichir la base des connaissances sur la santé et les soins de santé au Canada.

Au méso-niveau (organisationnel), le FASS a permis de faire ce qui suit :

- Créer un mécanisme d'innovation et de réflexion;
- Créer des partenariats;
- Mettre l'accent sur le développement d'un processus décisionnel fondé sur les données probantes;

- Tester de nouvelles idées pour découvrir ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et pourquoi, et ce qui se produit réellement dans certains modèles;
- Servir de projet pilote pour bon nombre de solutions innovatrices et créatives;
- Faire ressortir l'importance d'approfondir les stratégies lors d'activités de transfert des connaissances;
- Offrir une tribune aux partenaires afin de participer à des activités hautement prioritaires;
- Encourager les gens à se concentrer sur le développement d'un système plus durable pour la prestation des soins de santé;
- Fournir de nombreux exemples d'intégration claire et implicite de la prestation de services;
- Utiliser une approche axée sur le modèle de démonstration qui était flexible et qui a permis de réaliser des tests;
- Faire progresser les initiatives de réforme;
- Mettre l'accent sur l'évaluation et la diffusion en tant qu'exigences.

Au micro-niveau (individuel), le FASS a permis de faire ce qui suit :

- Insuffler ou renforcer un esprit de curiosité;
- Servir de catalyseur pour le développement professionnel;
- Donner l'occasion aux fournisseurs, décideurs et chercheurs de tester de nouvelles idées;
- Donner la possibilité d'effectuer des changements qui n'existaient pas auparavant;
- Jeter les fondements de partenariats à long terme;
- Susciter ou augmenter un intérêt pour l'utilisation de données probantes.

Chose importante, le FASS a également permis de faire ce qui suit :

- Améliorer les soins pour les patients ou clients;
- Améliorer la qualité de vie des aidants membres de la famille.

Les données probantes tirées des rapports de projet, les travaux du Secrétariat du FASS et les processus de réalisation des projets ont été à l'origine de bon nombre de leçons apprises et de la diffusion de celles-ci. Les participants aux projets ont été nombreux à formuler des idées, élaborer des processus et vivre des expériences qui ont débouché et continueront de déboucher sur de nouvelles façons de faire les choses, la logique du FASS voulant que cela renforce la capacité des individus et des organisations d'introduire et de réussir des innovations dans leur contexte local.

L'étude présente plusieurs limites. Premièrement, il faut reconnaître que les mesures auto-déclarées, telles les données des sondages, peuvent être biaisées en faveur des projets respectifs des répondants. Cela étant dit, il a été reconnu que les données seraient agrégées, et nous espérons que les vérificateurs de projet se sont conformés à ce processus d'évaluation.

Deuxièmement, nous avons eu beaucoup de difficulté à joindre les vérificateurs de projet. Cela est surtout attribuable au délai qui s'est écoulé depuis l'achèvement des projets du FASS. Nous expliquons ces difficultés en détail dans l'Appendice. Ce que cela signifie, c'est que la taille de l'échantillon était trop petite pour que les conclusions soient statistiquement significatives. Nous nous sommes plutôt employés à cerner dans les données des tendances dont nous aimons penser qu'elles seraient restées constantes si le nombre de répondants avait été plus élevé.

Troisièmement, nous n'avons pu à de nombreux égards qu'effleurer certaines des incidences de l'initiative du FASS. L'évaluation s'est faite « à haute altitude », et il est permis de penser qu'il serait tout à fait possible de tirer des enseignements clés utiles dans le cadre d'exams de suivi des projets qui seraient réalisés dans l'ensemble du pays à une « altitude beaucoup plus basse », c'est-à-dire au niveau des projets. Si nous avions eu davantage de temps et de ressources, il nous aurait été possible d'examiner les projets eux-mêmes, à des niveaux de détail plus élevés, de manière à montrer comment les incidences ont été ressenties dans les contextes où ont été réalisés les projets.

Plusieurs recommandations ont été formulées à partir des constatations faites à l'issue de cette évaluation.

## **1. Établir un Fonds pour l'adaptation des services de santé permanent**

Il ressort clairement du volet qualitatif de la présente évaluation que l'idée d'un FASS suscite de l'intérêt. L'information examinée est positive sous de nombreux aspects, indiquant que le Fonds a eu de nombreuses retombées. De plus, on appuie sans réserve l'existence d'un fonds qui favorise l'innovation et on estime que le FASS a été utile et pourrait être utile de façon permanente à cet égard. Avec le FASS comme catalyseur, Santé Canada établirait son rôle de chef de file en matière d'innovations. L'appui à l'innovation dans les soins de santé au Canada répond à la fois à des attentes et à un besoin manifestes. L'expérience acquise par le Secrétariat et le succès de l'initiative ont créé des conditions qui permettent d'obtenir le soutien des décideurs à tous les échelons et qui favorisent la collaboration entre les groupes d'intervenants et l'établissement de partenariats partout au pays. Santé Canada connaît maintenant le bilan du FASS et se trouve dans la meilleure situation possible pour renforcer sa position quant au soutien de la réforme des soins de santé dans tout le pays.

Un premier pas concret qui pourrait être fait serait de procéder à une étude de faisabilité sur les possibilités à cet égard, à la lumière des enseignements tirés du programme du FASS. Les principaux éléments qu'il faudrait examiner dans le cadre d'une telle étude sont les suivants :

1. Le processus de sélection.
2. Les rôles et fonctions des principaux intervenants.
3. La durée de l'aide financière.
4. Le transfert de connaissances sur les processus de mise en oeuvre et les résultats.
5. Les transferts de connaissances intensif et étendu.
6. Le mentorat et le soutien permanent dans les principaux secteurs opérationnels.
7. La souplesse en matière de financement et de calendriers.
8. L'établissement d'une communauté de pratique permanente pour les bénéficiaires du fonds.
9. Le choix du moment des évaluations du programme et des projets, ainsi que l'objet principal de ces évaluations.

Nous pourrions à l'avenir prévoir des fonds pour la mise à l'essai d'innovations à l'échelle locale par des organisations, pour l'établissement d'un comité FPT dont les activités seraient axées sur l'innovation ainsi que pour les activités permanentes de transmission du savoir et de communication de renseignements sur les innovations, dans tout le pays et par divers moyens (applications Web, communautés de pratique, enseignement à distance, ateliers spécialement conçus pour les principaux intervenants, conférences sur le financement, programmes d'échange d'information au Canada et à l'échelle internationale, etc.).

## **2. Examiner la possibilité d'utiliser des points de référence**

L'utilisation de points de référence permet de rechercher des moyens d'améliorer le rendement. C'est une chose de se contenter de comparer des données relatives à divers indicateurs ou repères; c'en est une autre d'appliquer des stratégies destinées à modifier ou à utiliser ces points de repère. Les points de repère permettent de chiffrer les écarts de rendement et de découvrir des façons de faire potentiellement plus efficaces ou prometteuses. Ils montrent ce qui peut être accompli (dans d'autres organisations ou administrations gouvernementales) et ils peuvent favoriser l'amélioration du rendement. Les données de référence permettent d'établir des mesures internes du rendement et peuvent être utilisées de diverses façons par différents intervenants. Les mesures de base peuvent servir à faire des comparaisons dans le but d'établir une norme de référence.

Les conclusions des sondages semblent indiquer que le FASS a eu des retombées étendues et variées. Ces mêmes conclusions soulèvent néanmoins des questions au sujet des attentes. Quelles devraient être nos attentes, par exemple, quant au nombre de communications diffusées et d'exposés présentés, ou quant à la proportion des intéressés qui estiment que l'initiative a fait évoluer la façon dont les soins sont dispensés? De même, comment les mesures des extrants se rattachent-elles aux retombées prévues et réelles, et à quels niveaux? La vérité est que nous ne disposons d'aucun point de référence pour des initiatives d'investissement à grande échelle comme le FASS. Il faut continuer de réfléchir à la question, et peut-être établir un document de travail en s'inspirant des idées et des expériences d'autres organismes de financement au Canada et à l'étranger.

### **3. Établissement de modèles destinés à uniformiser et appuyer une bonne gestion des projets**

De nombreuses préoccupations ont été exprimées au sujet de la capacité des organisations de mener efficacement à terme leurs projets et d'en évaluer la réalisation, de leur expérience des méthodes de recherche et ainsi de suite. La mise en place de mécanismes destinés à appuyer et mieux uniformiser les divers éléments de la conception et de la mise en oeuvre des projets contribuerait au succès des projets et permettrait d'assurer une meilleure surveillance du rendement et d'obtenir davantage de résultats comparables.

Un autre facteur important dans cette démarche est l'ouverture des organisations au changement et à l'innovation. Il est en effet d'une extrême importance d'examiner cette question de plus près parce qu'il s'agit de donner aux organisations les moyens de mettre à profit toutes les possibilités qu'offrent les changements et innovations qu'elles planifient. Les retombées d'une initiative risquent d'être mises en péril si les éléments essentiels nécessaires ne sont pas en place pendant qu'une innovation évolue de l'étape de l'idée et de la théorie à celle de la mise à l'essai et de la pratique, avant d'être appliquée à une plus grande échelle.

Santé Canada assure le soutien du système de soins de santé en travaillant ou en contribuant au développement de compétences essentielles et à l'élaboration de lignes directrices dans les domaines ci-dessous.

- Transfert de connaissances.
- Pérennité.
- Évaluation.
- Méthodes de recherche.
- Établissement de partenariats.
- Gestion du changement.
- Gestion de projet.

#### **4. Leçons apprises**

Il serait instructif pour la prise de décisions futures de rassembler de l'information sur les processus et les activités qui ont été utilisés dans le cadre du programme du FASS pour en assurer le succès. Les enseignements que nous avons tirés et les difficultés auxquelles nous avons fait face dans divers domaines liés au programme contribueraient énormément à assurer la mise à profit des principales connaissances acquises pour la mise en oeuvre de programmes semblables, dont certains pourraient être de moins grande envergure, se limitant par exemple à des provinces et territoires, à des Premières nations, à des régions régionales de la santé et ainsi de suite. Il serait, comme nous l'avons souligné, très utile de connaître les résultats du programme, mais une autre connaissance, celle des moyens ayant permis d'obtenir ces résultats, contribuerait énormément à améliorer les chances que le programme soit utilisé, et sa mise en oeuvre généralisée, dans d'autres contextes.

Il faudrait examiner de plus près les indicateurs prévisionnels des incidences et de l'utilisation de l'information recueillie pour bien comprendre la situation à cet égard et se donner les moyens d'appliquer les nouvelles connaissances dans d'autres contextes. Qu'est-ce qui fonctionne le mieux et pourquoi? Lorsque nous comprendrons mieux ces éléments, nous serons en mesure d'utiliser plus efficacement les initiatives fédérales pour améliorer les soins de santé au méso-niveau et au micro-niveau. Santé Canada peut appuyer le système de soins de santé en développant des compétences essentielles dans ce domaine, ce qui élargira la connaissance et la compréhension des facteurs permettant d'assurer le succès de projets comme celui du FASS.

#### **5. Plus grande diffusion de l'information**

Malgré toutes les activités de transfert de connaissances mises en oeuvre, il reste encore une grande quantité de renseignements à communiquer. Plutôt que d'axer notre action sur des stratégies de transfert étendu des connaissances, il serait encore opportun, même maintenant, d'appliquer une approche intensive ciblée de diffusion d'une information sur différentes initiatives couronnées de succès, afin d'assurer la plus grande utilisation et les plus grandes retombées possibles des innovations issues du FASS. Une telle démarche mettrait à profit les possibilités associées à la deuxième étape du transfert des connaissances issues des projets réalisés grâce au FASS.

En nous fondant sur les données probantes présentées ici, nous avons le sentiment que les incidences du FASS ont été à la fois diversifiées, marquées, cumulatives et, dans bien des cas, durables. L'initiative liée au FASS nous a laissé un héritage bénéfique durable.

Le succès qu'ont connu les nombreux projets peut être attribué en partie à la structure et à été mise en place et mise en opération par le Secrétariat. On nous a maintes fois parlé dans le cadre de cette évaluation du rôle positif que le programme a rempli. En fait, il conviendrait de reconnaître que le succès des projets, malgré les défis documentés qui leur ont été associés, reflète et corrobore la théorie et la logique du programme du FASS. Le programme lui-même était innovateur, et il a eu l'effet d'un catalyseur qui a favorisé des changements durables à l'effet bénéfique sur la santé des Canadiens.



# ÉVALUATION DE L'INCIDENCE DU FONDS POUR L'ADAPTATION DES SERVICES DE SANTÉ

## RAPPORT FINAL

### INTRODUCTION

La Division de l'évaluation des programmes du Ministère a diffusé une DDP en vue d'évaluer l'incidence du Fonds pour l'adaptation des services de santé. La société Workflow Integrity Network s'est vu confier le contrat pour la réalisation de l'évaluation. Le présent document est le rapport final qui documente les résultats de l'évaluation.

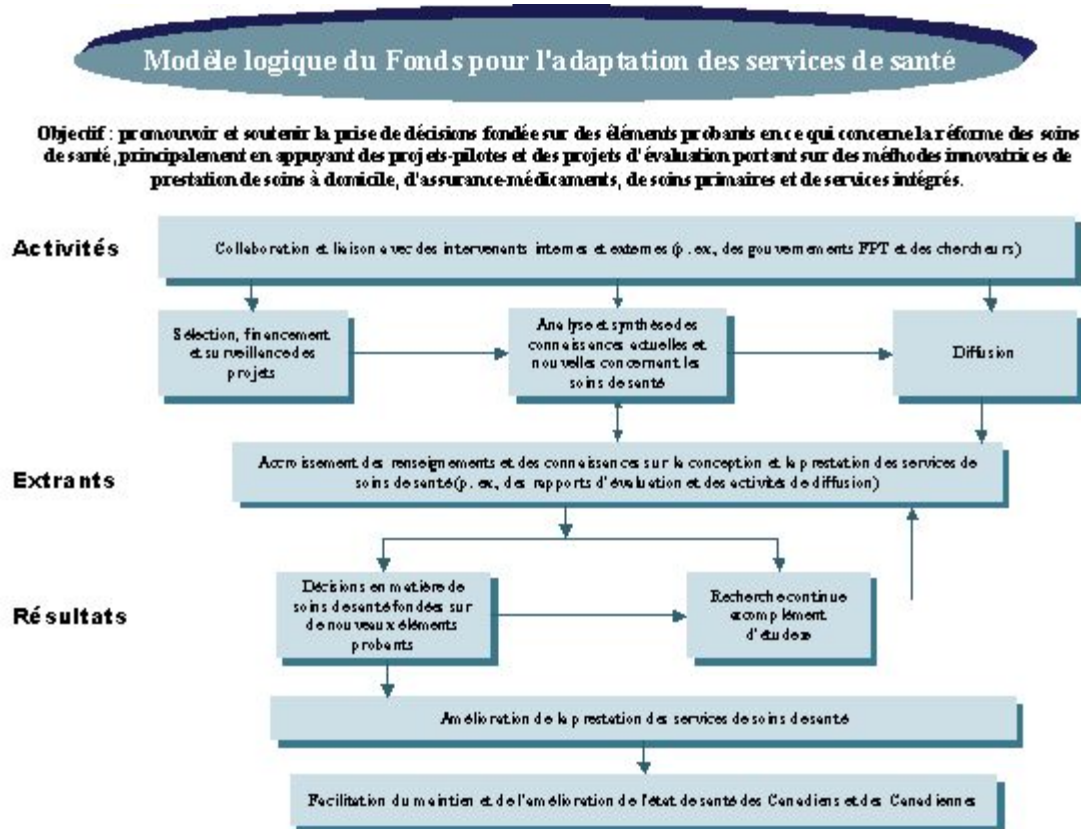
Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a soutenu 141 projets dans les différentes régions du Canada entre 1997 et 2001. Les projets visaient à mettre à l'essai et évaluer des moyens innovateurs d'offrir des services de soins de santé. Doté d'un budget de 150 millions de dollars, le Fonds était le résultat d'un effort de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui avait pour but d'apporter aux projets le soutien voulu pour produire des données probantes que les gouvernements, les fournisseurs de soins de santé, les chercheurs et les autres intervenants pourraient mettre à contribution afin de prendre des décisions éclairées qui favoriseraient une meilleure intégration du système de soins de santé. L'objectif général du FASS était le suivant :

[traduction]

*« Favoriser et appuyer les processus décisionnels basés sur des données probantes dans les réformes des soins de santé en apportant un soutien à des projets pilotes et des projets d'évaluation axés sur des méthodes innovatrices de prestation dans les domaines des soins à domicile, de l'assurance-médicaments, des soins de santé primaires et des services intégrés. »*

Les résultats attendus du FASS étaient, à court terme 1) un enrichissement de l'information et des connaissances sur la conception et la prestation des services de santé qui déboucherait sur un processus décisionnel basé sur des données probantes, ce qui 2) stimulerait de nouvelles initiatives en matière de recherche ou d'innovation. Le résultat attendu à moyen terme était une amélioration de la conception et de la prestation des services de soins de santé. À long terme, le résultat attendu était le maintien et l'amélioration de la santé des Canadiens (cadre d'évaluation du FASS, 2003). Nous reviendrons sur ces résultats attendus plus loin dans le rapport.

Le modèle logique qui suit (Figure 1) donne un aperçu du programme du FASS.



Le FASS a appuyé l'innovation par l'entremise de projets pilotes. Le tableau qui suit indique la répartition des projets selon les domaines prioritaires, avec la répartition correspondante du financement en pourcentage.

Tableau 1 Domaines visés par le Fonds d'adaptation des services de santé		
Domaine	Nombre de projets	Pourcentage du financement
Prestation de services intégrée	55	43,0 %
Soins primaires	38	40,0 %
Soins à domicile	30	12,0 %
Assurance-médicaments	18	5,0 %
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>100 %</b>

Les divers gouvernements ont choisi ces domaines prioritaires pour trois raisons :

- ❑ ils reflétaient les grandes priorités des diverses parties concernées par les soins de santé aux échelons fédéral, provincial et territorial;
- ❑ on observait des changements dans ces domaines dans l'ensemble du Canada;
- ❑ on avait déjà entrepris un travail relativement aux politiques et programmes en ces domaines, et on avait besoin de meilleures données probantes pour étayer ce travail.

Comme l'avait fait observer le gouvernement fédéral : « *Les quatre domaines s'appliquaient déjà aux gouvernements, aux administrateurs et à ceux qui élaborent les politiques en matière de santé* ». Lorsqu'on a commencé à recevoir des demandes de financement, d'autres domaines n'ont pas tardé à se faire jour en tant que domaines d'intérêt distincts. Au nombre de ceux-ci figuraient la santé des Autochtones, la santé des enfants, la santé de personnes âgées, la santé dans les collectivités rurales, la télésanté et la santé mentale.

Les fonds provenaient du gouvernement fédéral, mais la structure et le fonctionnement du FASS reflétaient les rapports de collaboration qui existaient entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Quelque treize gouvernements ont pris part à l'initiative au début, et ce nombre est passé à quatorze en avril 1999, à la suite de la création du Nunavut. Une orientation était fournie par un Groupe de travail fédéral-provincial-territorial qui avait été mis en place aux fins de la collaboration intergouvernementale à l'égard du FASS. Le Groupe de travail comptait un représentant de Santé Canada et un représentant de chacun des ministères provinciaux et territoriaux de la santé.

Le FASS était géré par le Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada. Le directeur exécutif du Secrétariat du FASS et un représentant provincial-territorial coprésidaient le Groupe de travail. Ce dernier a conçu le FASS et les éléments clés du programme, et il a participé à la sélection des projets et à la diffusion des constatations qui en ont découlé.

La mise en place du FASS s'est faite dans une période de restrictions budgétaires, marquée par des restructurations en profondeur des soins de santé dans l'ensemble du pays. Cependant, dès avant la fin des projets du FASS, des investissements importants avaient été faits dans les soins de santé. Comme le faisait remarquer Lewis (2002) : « *À partir de 1997-1998, les gouvernements avaient commencé à faire de gros réinvestissements dans les services de santé. Il était courant de voir des augmentations de l'ordre de 5 à 8 % et, dans certains cas, de 10 % par an* ». Par la suite, en 2000, les premiers ministres se sont entendus sur l'octroi par le gouvernement fédéral d'un financement de 23,5 milliards de dollars échelonné sur une période de quatre ans.

Les 150 millions de dollars alloués au FASS ont été répartis comme suit :

- un montant de 120 millions de dollars a été affecté à des projets parrainés par des provinces et des territoires (répartition entre les provinces et les territoires en fonction de la population);
- un montant de 30 millions de dollars a été alloué pour des initiatives prises à l'échelon national, ce qui incluait des projets d'envergure nationale, des ateliers régionaux, la tenue en 1998 de trois conférences nationales (sur les soins à domicile, l'assurance-médicaments et l'infrastructure santé), des activités nationales de synthèse et de diffusion et l'administration des programmes (activités du Secrétariat du FASS).

Pour être admissibles à un financement, les propositions de projet nationales devaient répondre aux critères suivants :

- s'appliquer à l'un des quatre domaines prioritaires;
- présenter de la pertinence et de l'importance à l'échelle nationale;
- examiner un modèle susceptible d'offrir des options de réforme pragmatiques, efficaces et efficaces;
- ne pas reproduire des projets ou initiatives déjà financés par le gouvernement fédéral;
- être en harmonie avec les principes de la *Loi canadienne sur la santé* relativement aux services assurés;
- revêtir de l'importance pour les systèmes de santé provinciaux / territoriaux;
- remédier à des inégalités dans le domaine de la santé;
- démontrer une capacité de mener à bien le projet;
- favoriser l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- inclure un plan pour l'évaluation du projet;
- inclure un plan pour la diffusion des résultats.

Source : [http://www.hc-sc.gc.ca/hf-fass/francais/mid-term\\_f.htm#N\\_1\\_](http://www.hc-sc.gc.ca/hf-fass/francais/mid-term_f.htm#N_1_)

Les critères et approches proposés pour la répartition du financement des projets de portée provinciale variaient cependant selon la région du pays. Le site Web du FASS indique à ce sujet :

*Les décisions concernant les projets provinciaux/territoriaux ont été prises par la province ou par le territoire en question et par le gouvernement du Canada. Le mode de détermination des propositions à présenter était laissé à la discrétion des provinces et des territoires. Toutefois, toutes les propositions devaient répondre aux critères de sélection convenus à l'échelle nationale par le Groupe de travail FPT sur le FASS. En général, les projets provinciaux/territoriaux portent principalement sur des questions ou des*

*modèles qui revêtent une importance particulière pour le système de santé d'une province, d'un territoire ou d'une région, et ils se déroulent généralement exclusivement à l'intérieur de ce secteur de compétence.*

Étant donné que les projets pilotes présentent un certain degré de risque, lorsque de tels projets ne produisaient pas les résultats escomptés, on ne les considérait pas nécessairement comme des échecs. Le Secrétariat du FASS a souligné auprès des promoteurs de projet que dans les cas où un projet n'avait « pas fonctionné », le fait d'apprendre *pourquoi* il en avait été ainsi constituait une information extrêmement utile pour les décideurs du système de santé. De fait, dans sa synthèse des projets du FASS, Lewis (2002) mentionne les projets BC402 et NA369 comme ayant été riches en enseignements à cet égard.

Le montant de financement accordé par le FASS à un projet variait entre 6 000 \$ et 18 millions de dollars. Cette fourchette de financement étendue reflète les différences considérables qui existaient entre les différents projets en ce qui a trait à l'ampleur et à la portée. Il pouvait s'agir aussi bien d'initiatives communautaires d'envergure limitée que de grands projets multi-sites échelonnés sur plusieurs années et faisant intervenir des équipes de chercheurs et de décideurs des différentes régions du pays. Le FASS était la seule source de financement pour la plupart des projets. Certains projets ont cependant eu accès à des sources de financements supplémentaires.

Les projets étaient regroupés en fonction des différents domaines prioritaires, mais en réalité, on observait bien souvent d'importants chevauchements entre plusieurs domaines. Cela ressort à l'examen des documents de synthèse, qui, loin de se limiter aux quatre domaines prioritaires, s'étendent aux domaines de la santé des Autochtones, de la santé des enfants, de la santé des personnes âgées, de la santé mentale, de la santé en milieu rural et de la télésanté. Les interrelations à cet égard sont particulièrement évidentes dans le cas des projets portant sur la prestation de services intégrée.

L'objectif de l'évaluation consistait à déterminer, au moyen des questions énoncées ci-après et du modèle logique préparés par Santé Canada, l'incidence du programme du FASS sur les soins de santé au Canada. Les objectifs de base de l'évaluation étaient les suivants :

- 1) déterminer dans quelle mesure on encourage et on soutient le recours à des processus décisionnels basés sur des données probantes dans la réforme des soins de santé et dans le développement de connaissances et d'informations nouvelles;
- 2) évaluer la synthèse et la diffusion de l'information issue du FASS;
- 3) évaluer la pertinence et la qualité de l'information issue du FASS;
- 4) évaluer l'utilisation qui est faite de l'information issue du FASS dans la réforme du système de santé;
- 5) évaluer l'incidence de l'information issue du FASS sur la réforme du système de santé;

6) déterminer les leçons apprises, l'incidence à long terme et les solutions de rechange.

Nous reviendrons sur ces objectifs dans la partie du rapport intitulée Examen.

L'objet de l'évaluation consistait à examiner l'incidence du programme du FASS. Plus précisément, nous avons examiné le rôle et la fonction au niveau du programme, en tenant compte également du fait que la nature du programme et son degré de réussite se reflètent en partie dans les succès et les défis mis au jour à l'échelon des projets. Par conséquent, dans l'évaluation de l'incidence du programme, il faut se pencher sur les résultats des projets eux-mêmes pour pouvoir formuler des observations utiles au sujet du programme dans son ensemble. À l'inverse, le degré de réussite des projets est fonction, en partie, de la structure du FASS, des interrelations avec le Secrétariat et des diverses stratégies de transfert des connaissances qui sont mises en oeuvre à l'échelon du programme. En conséquence, la présente évaluation fait appel à une approche combinée pour l'examen de l'incidence du programme du FASS dans son ensemble. Cela se reflète dans le modèle du cadre d'analyse présenté à la Partie 2.

La partie qui suit décrit la méthodologie employée. La Partie 3 présente le contexte conceptuel de l'évaluation de l'incidence. Suit la Partie 4, qui présente les résultats du travail empirique. La Partie 5 porte sur ce que le FASS nous a laissé. Vient ensuite, à la Partie 6, un examen des résultats. Enfin, les Parties 7 et 8 présentent les recommandations et résument l'essentiel de l'étude.

# MÉTHODOLOGIE

Dans l'évaluation de la nature et de l'étendue de l'« incidence », il faut tenir compte du lien de causalité qui existe entre, d'une part, les activités des projets et le programme lui-même et, d'autre part, les résultats à court, à moyen et à long termes. Santé Canada l'a souligné dès le début. Par exemple, on peut lire ce qui suit dans le site Web du FASS : « *La limite de temps imposée au FASS rend difficile l'évaluation de la façon dont certaines initiatives ont influé sur la santé. Il est vrai que, selon les types de projets, les effets bénéfiques ou négatifs sur la santé ne peuvent pas être évalués avant 5, 10 ou 20 ans plus tard.* »

Pour cette évaluation de l'incidence, nous avons eu recours à un plan d'étude post-test mettant à contribution plusieurs méthodes. La triangulation méthodologique renforce la validité des constatations (Denzin et Lincoln, 1994; Fielding et Fielding, 1986; Field et Morse, 1985; Goodman et al. 1996; Morse, 1989; Patton, 1990; Stake, 1995; Yin, 1994). Cette approche présentait quatre avantages :

- ❑ elle a permis une utilisation plus efficace des ressources dans des délais serrés;
- ❑ elle a permis de recueillir des données à la fois étendues et approfondies;
- ❑ elle a fourni des mesures quantitatives et qualitatives concrètes de l'incidence du FASS;
- ❑ elle a permis d'examiner plus à fond les prédicteurs du transfert et de l'application des connaissances pour les futures innovations financées par les gouvernements dans le secteur des soins de santé.

Nous avons recouru à plusieurs méthodes :

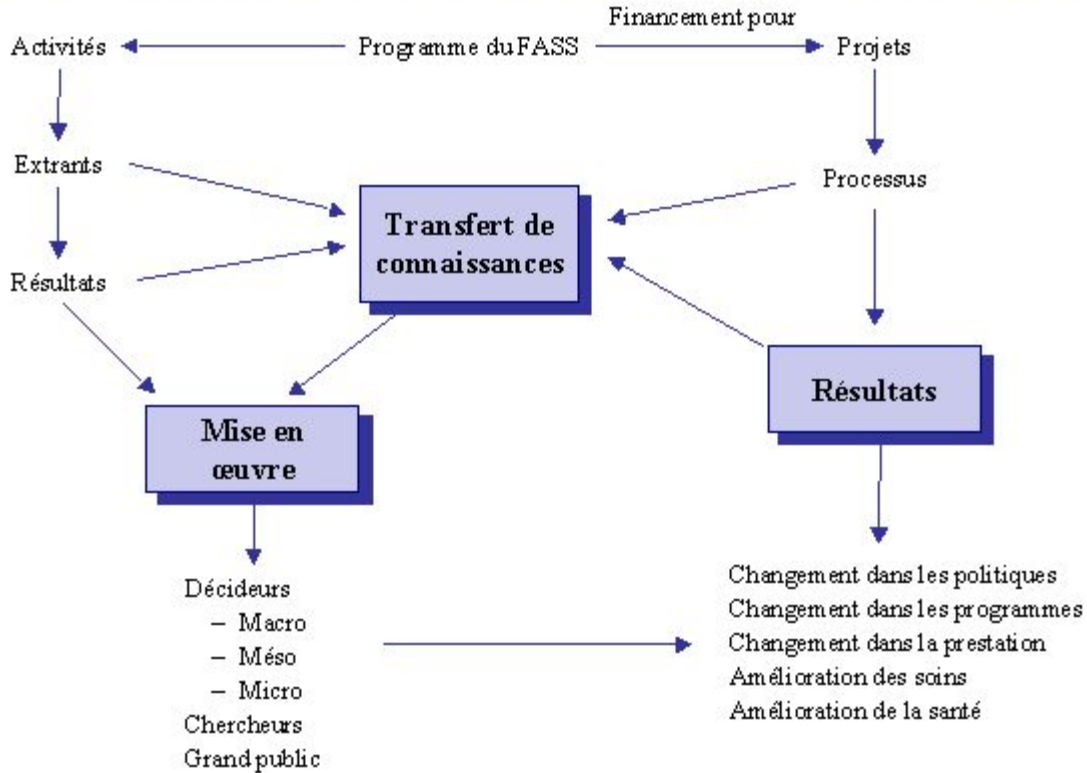
- ❑ Examen de documents – documents du Secrétariat, documents de synthèse, données du site Web et tous les rapports de projet;
- ❑ Deux sondages – Vérificateurs de projet (n=50) et promoteurs et décideurs (n=11)
- ❑ Entrevues avec des informateurs clés – personnel du FASS, décideurs, vérificateurs de projet, auteurs de documents de synthèse (n=30)
- ❑ Capsules documentaires sur les projets (30 descriptions d'une page de divers projets qui mettent en évidence l'étendue et la profondeur du FASS)
- ❑ Panel Delphi en direct – perceptions d'un groupe d'informateurs clés formé de décideurs, de vérificateurs de projet et d'auteurs de documents de synthèse concernant les constatations faites à l'issue de l'évaluation (n=18)

L'Annexe fournit une information complète sur les méthodologies employées et sur les énormes défis qu'il a fallu relever pour trouver des répondants et les contacter.

La Figure 2 présente le cadre d'analyse que nous avons utilisé aux fins de l'évaluation.

**Figure 2**

**Évaluation de l'incidence du Fonds pour l'adaptation des services de santé**



Essentiellement, le FASS a fourni un financement pour la mise à l'essai d'innovations en matière de soins de santé. Les responsables des projets étaient tenus de se livrer à des activités d'évaluation du transfert des connaissances, et le programme lui-même appuyait la diffusion de l'information sur les travaux réalisés dans le cadre des projets. Les résultats pouvaient se manifester dans divers contextes de prestation des services de soins de santé, pour différents intervenants, à divers échelons de l'appareil décisionnel, et dans diverses régions géographiques.

Les données empiriques qui sont présentées dans ce rapport reflètent essentiellement les *perceptions* des personnes qui ont été interrogées ou qui ont participé aux sondages. Nous avons inclus de nombreuses citations directes pour mettre en évidence un certain nombre de thèmes récurrents qui sont ressortis lors de l'évaluation. Afin de respecter l'anonymat ainsi que l'esprit dans lequel l'information a été fournie (la source des citations étant indiquées en *italique*), nous n'avons pas révélé l'identité de chaque répondant. Nous nous sommes limités à indiquer s'il s'agissait d'un vérificateur de projet (VP) ou d'un décideur (D), ce dernier terme englobant tous les autres participants aux entrevues.



## CONTEXTE CONCEPTUEL

L'innovation en matière de soins de santé nécessite non seulement un engagement à financer la concrétisation d'idées nouvelles ou l'adoption d'autres pratiques mises en oeuvre ailleurs, mais aussi un engagement à l'égard d'un changement organisationnel plus ou moins prononcé. Ce « changement » peut prendre de nombreuses formes. Il sera bien souvent planifié ou émergent (spontané), ou encore épisodique, ce qui correspond au remplacement « radical » d'une pratique ou approche par une autre. Il pourra aussi être continu, c'est-à-dire de longue durée, progressif et cumulatif (Weick et Quinn, 1999). De même, le changement peut avoir un caractère de développement (par étapes), ou de transformation et de transition vers un nouvel état désiré (Ackerman, 1997; Iles et Sutherland, 2002). Bien que bon nombre d'organisations puissent ne pas être en mesure d'entreprendre un changement continu, le financement offert par le FASS pourrait avoir agi comme un catalyseur qui aura permis à des individus de formuler et de mettre à profit des idées nouvelles ainsi que de tirer parti des possibilités qui s'offraient de réaliser des changements innovateurs (Orlikowski, 1996).

La nature et l'étendue de l'« incidence » sont fonction du développement de connaissances nouvelles et du transfert de ces connaissances. La diffusion de l'information sur les changements positifs dans la prestation des services de soins de santé ne peut se faire sans un transfert efficace. Comme Haines et Jones (1994:1489) l'ont succinctement fait remarquer, le défi consiste, de manière générale, à : [traduction] « *promouvoir l'adoption des innovations qui se sont révélées efficaces, retarder la propagation de celles qui ne se sont pas révélées efficaces et prévenir l'adoption des innovations inefficaces* ». Dans ce contexte, on recherche non seulement des résultats positifs, mais aussi les leçons à tirer des « échecs honorables » (Lewis, 2002).

Les résultats des projets du FASS présenteront différentes significations pour différents intervenants (Sheldon et al. 1998). Les responsables de l'élaboration des politiques, par exemple, pourront considérer qu'une nouvelle pratique clinique ouvre la voie à l'adoption d'une nouvelle approche de la conception du système de santé, tandis qu'une association professionnelle pourra voir là une occasion de formuler une nouvelle ligne directrice clinique.

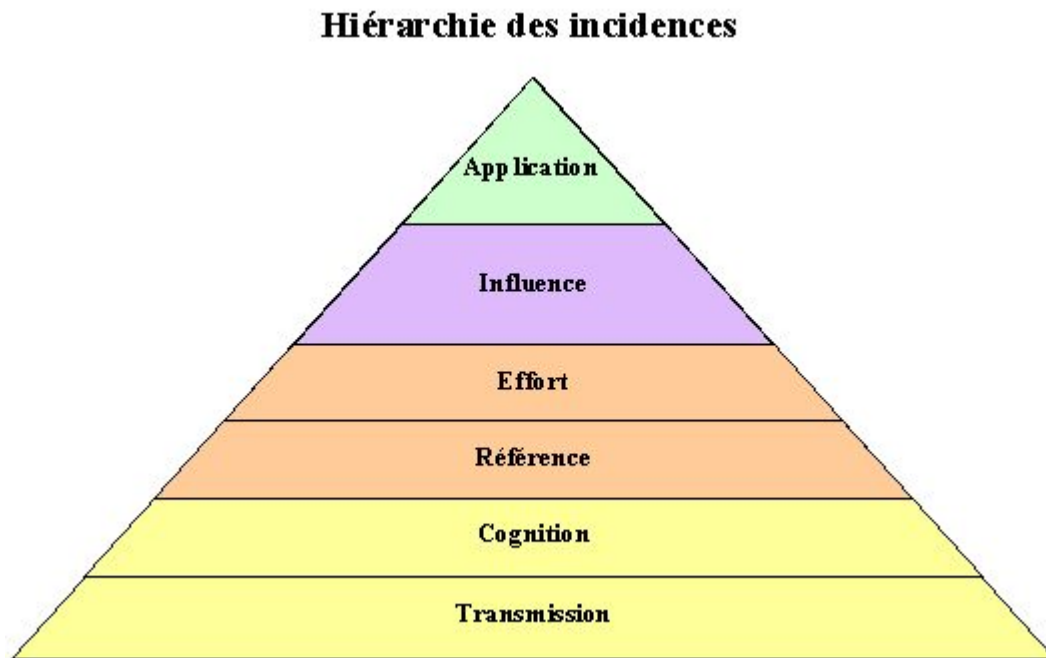
### Niveaux d'incidence

Les « incidences » pourront varier selon le point de vue adopté par l'intervenant concerné. En nous inspirant de Landry et al. (1998), nous établissons six niveaux séquentiels pour qualifier l'incidence. La Figure 3 présente la Hierarchie des incidences. Nous établissons comme postulat que l'application directe (Niveau 6) correspond à la forme d'utilisation la moins courante, tout particulièrement à court terme, c'est-à-dire pendant et immédiatement après la réalisation d'un projet innovateur, et nous supposons que la transmission correspond au stade prédominant à court terme. Nous examinons cette question plus à fond dans les parties qui suivent.

## Niveaux d'incidence

- 1 – **Transmission** – Les connaissances sont transmises aux utilisateurs.
- 2 – **Cognition** – Les connaissances sont comprises par les décideurs.
- 3 – **Référence** – Les connaissances sont citées par les décideurs d'une quelconque façon.
- 4 – **Effort** – Des mesures ont été prises pour utiliser les connaissances d'une certaine façon.
- 5 – **Influence** – Les connaissances ont eu une influence sur la prise de décision.
- 6 – **Application** – Les connaissances ont entraîné des changements dans la pratique et dans les politiques.

Figure 3



En outre, nous relevons dans la documentation trois grandes catégories d'utilisations des connaissances :

- utilisation instrumentale – connaissances utilisées directement dans la prise de décision (Niveau 6 ci-dessus);
- utilisation conceptuelle – situations où les nouvelles connaissances enrichissent la compréhension et contribuent à la formulation de théories, idées et interprétations nouvelles dans le domaine;
- utilisation symbolique – les connaissances sont utilisées pour légitimer et justifier les opinions des décideurs.

Nous avons enchâssé le cadre conceptuel présenté plus haut dans le cadre analytique (Figure 2) en vue d'évaluer l'incidence du FASS. Non seulement cette approche tient-elle compte de la nature et de l'étendue de la transmission des nouvelles connaissances, mais elle concorde avec le modèle logique qui a été élaboré pour les besoins du Fonds pour l'adaptation des services de santé (Figure 1).

Santé Canada a reconnu l'existence d'un « effet retardateur » en ce qui a trait à la mise en pratique finale des nouvelles connaissances au-delà de la période de financement des projets du FASS. De plus, il pourrait être difficile de déterminer en quoi les divers projets contribuent dans les faits à la réalisation de changements dans les politiques et/ou les pratiques. Peut-être cela s'explique-t-il davantage par l'effet cumulatif d'études multiples, qui débouchent sur l'utilisation des résultats de recherche. Cependant, des retards dans l'application des constatations issues de la recherche pourront retarder la mise en oeuvre de traitements ou interventions susceptibles d'améliorer la santé des individus (Haines et Jones, 1994).

L'utilisation des connaissances dépend beaucoup plus du contexte dans lequel se trouve l'utilisateur et du comportement des personnes à l'origine des connaissances que de la nature des connaissances produites. D'autres variables telles que le rôle des associations professionnelles et la relation de synergie qui existe entre les personnes ayant des caractéristiques communes (attitudes, valeurs, expérience, etc.) viennent enrichir la communication entre les producteurs et les utilisateurs des connaissances nouvelles (Haines et Jones, 1994). Les retombées des connaissances issues de la recherche dépendent de la mesure dans laquelle ces connaissances sont aptes à changer les croyances ou hypothèses des différents publics concernés (Lomas, 1990). Dans le contexte de la mise en pratique des innovations, la priorisation s'impose (Sheldon et al. 1998), de même que le choix du moment (pour l'examen des nouvelles technologies ou des activités de dépistage, p. ex. – Lomas, 1991). On devrait rechercher la durabilité de l'innovation non pas tant dans un financement continu des projets pilotes que dans l'obtention des résultats attendus et d'autres avantages pour l'organisation (Anderson, 2003).

## **Niveaux de prise de décision**

Bien souvent dans le passé, les changements dans les soins de santé ont été soit la cause, soit le résultat de décisions prises à plusieurs niveaux différents concernant la répartition des ressources. Les niveaux en question sont appelés le plus souvent macro-niveau, méso-niveau et micro-niveau. Il existe une matrice des décideurs qui fonctionne dans la Hiérarchie des incidences présentée plus haut. Nous avons donc des décideurs au micro-niveau (individus), au méso-niveau (organisations) et au macro-niveau (gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, p. ex). Chacun de ces utilisateurs pourrait devenir, d'une manière ou une autre, un utilisateur des nouvelles connaissances, ou il pourrait choisir de ne pas les utiliser, auquel cas on pourrait voir entrer en jeu d'autres pressions compensatrices qui pourraient être liées aux connaissances elles-mêmes ou au contexte dans lequel agit le décideur.

Le FASS a été créé à un moment où les décideurs devaient établir des priorités pour l'utilisation des ressources en santé. Le Fonds a apporté des ressources nouvelles qui ont encouragé l'innovation. On souscrivait en cela à l'hypothèse implicite d'une réaffectation des ressources fondée sur des données probantes obtenues au moyen de nouvelles approches qui seraient mieux adaptées aux besoins des personnes pour qui des soins de santé s'imposent.

Au macro-niveau, les gouvernements déterminent la quantité de ressources à allouer aux soins de santé par comparaison aux autres secteurs comme l'éducation ou l'emploi. Les décisions de répartition qui sont prises à un certain niveau du système de soins de santé influent sur le fonctionnement des autres niveaux, le méso-niveau correspondant au niveau de l'organisation.

Au micro-niveau, les fournisseurs assurent la prestation des services aux individus. Ces professionnels de la santé jouent un rôle crucial dans la répartition des ressources parce qu'ils interviennent au jour le jour dans les décisions de répartition des ressources qui ont des répercussions marquées sur les coûts pour les décideurs qui se trouvent aux échelons supérieurs de la hiérarchie et pour le système de santé dans son ensemble. Parallèlement, leur latitude décisionnelle est limitée par les répartitions au macro-niveau et au méso-niveau qui sont établies aux échelons supérieurs. De plus en plus souvent, les fournisseurs de services de première ligne doivent trouver un juste équilibre entre les impératifs liés aux ressources et la satisfaction des besoins respectifs des patients ou des clients.

Pour les professionnels de la santé et les responsables de l'élaboration des politiques en matière de santé, le défi consiste à élaborer des mécanismes et approches permettant de distinguer les niveaux de besoin et de distribuer *ou redistribuer* les ressources susceptibles de répondre le plus efficacement à ces besoins changeants. L'innovation joue un rôle crucial dans l'alignement de l'offre en ressources aux besoins en changement constant. L'innovation n'est pas le seul fait de la recherche en milieu universitaire (à supposer qu'on l'y trouve). Elle est plutôt fonction de la créativité, de la passion et de l'engagement d'une gamme variée d'intervenants qui, d'une manière ou une autre, s'emploient à améliorer la santé de la population et les soins de santé.

L'innovation présente un certain niveau de risque, et il est nécessaire de l'équilibrer en fonction des impératifs de responsabilisation et d'à-propos. Le plus souvent, cela suppose de créer des possibilités de financement susceptibles d'ouvrir la voie à la transformation de nouveaux modes de pensée en une « théorie de projet » innovatrice, laquelle pourra ensuite être mise en pratique dans le monde réel. Le FASS a apporté le financement qui a permis la mise à l'essai d'idées nouvelles, tout en maintenant des délimitations en matière de responsabilisation.

Le FASS visait à optimiser le financement fourni en recourant à l'évaluation – renforçant ainsi les capacités de prise de décision fondée sur des données probantes dans le cadre des projets – et aussi en exigeant la diffusion des résultats. Dans l'ensemble, on a observé la création d'une quantité phénoménale de connaissances à de nombreux niveaux. Les résultats du FASS aussi

bien que la façon dont ces résultats ont été obtenus présentent de l'utilité pour les décideurs au macro-niveau, au méso-niveau et micro-niveau, et il en restera de même au fur et à mesure que d'autres changements seront apportés au système de santé dans la foulée des projets du FASS qui en sont encore à la phase d'incubation.

## **Transfert de connaissances**

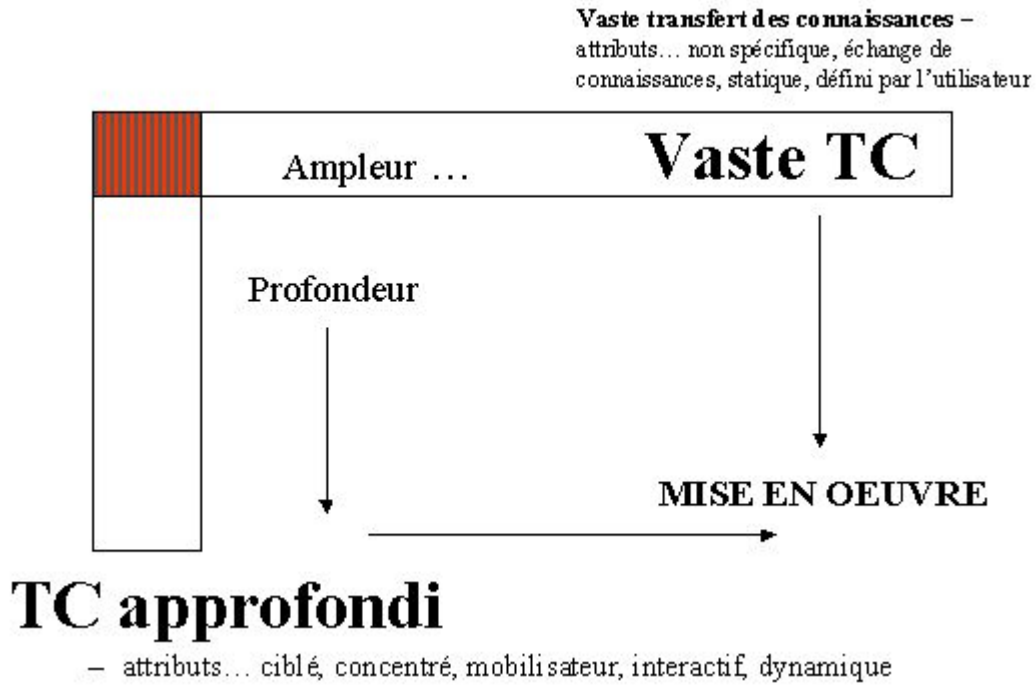
Le transfert de connaissances (TC) présente de nombreux aspects étroitement liés les uns aux autres. Au nombre de ces aspects figurent la mesure dans laquelle s'impose un effort de sensibilisation et les approches que l'on pourrait ou devrait utiliser pour créer un public réceptif aux connaissances créées et répondre aux besoins de ce public. La sensibilisation n'est pas la même chose que le TC, mais il est tout aussi important d'assurer une sensibilisation à l'égard des projets du FASS de manière à éveiller au départ l'intérêt à leur sujet. On pourrait soutenir que la sensibilisation peut être considérée comme la première phase du TC, le moment précis où elle doit intervenir par rapport à la variable du TC en tant que tel étant fonction du *contexte*, du *contenu* et des *processus* utilisés. Il est également possible d'adapter et de structurer le processus de TC et le contenu du « message » en fonction du contexte dans lequel se trouvent les intervenants particuliers qui sont ciblés.

En théorie, lorsque la sensibilisation s'accroît, on rejoint le public réceptif, et de nouveaux publics se créent, selon les diverses stratégies employées. Les décideurs deviennent alors mieux informés au sujet des projets du FASS, le postulat implicite étant qu'ils peuvent appliquer les connaissances (qui sont disponibles). Ceux qui produisent les connaissances supposent que les utilisateurs sont, de fait, réceptifs, et que la mise en pratique des connaissances est possible, bien que les activités de TC en tant que telles influent sur la nature et l'étendue de cette réceptivité.

On peut considérer que le transfert des connaissances associé au FASS se fait suivant deux processus distincts et parfois simultanés. On peut recourir à des stratégies de TC *étendu* ou de TC *intensif*, en supposant qu'elles influenceront sur la mise en pratique des connaissances. Un TC étendu s'entend d'activités à caractère essentiellement statique – l'information est de nature générale et a été conçue pour une large diffusion. L'objectif premier est de mettre le plus grand nombre d'intervenants possibles en présence de l'information. On laisse à l'utilisateur le soin de trouver dans cette information statique les éléments qui correspondent à ses besoins. On vise par là à assurer une diffusion étendue auprès des utilisateurs que l'on présume réceptifs. Cela se reflète tout particulièrement bien au « premier échelon » de la Hiérarchie des incidences, où le programme du FASS a eu recours à une stratégie de TC étendu. Cela se reflète également dans bon nombre de stratégies de TC mises en oeuvre dans le cadre des projets. À l'opposé, un TC *intensif* sera adapté aux besoins particuliers et pertinents des utilisateurs prévus et se reflétera dans le *contexte*, le *contenu* et les *processus* utilisés. L'information est ciblée et encadrée par des moyens qui accroîtront la probabilité de mise en pratique des connaissances par le public ou les intervenants particuliers auxquels s'adresse

l'information. On peut cibler au moyen de stratégies multiples une gamme variée d'intervenants. La Figure 4 ci-après donne un aperçu des approches de transfert étendu et intensif des connaissances.

Figure 4



# RÉSULTATS DE RECHERCHE

## Programme du FASS

La volonté de financer l'innovation en santé était à la base de la mise en place du FASS.

[traduction]

*« On a accordé beaucoup d'importance à l'idée que le FASS devrait financer les projets dont la réussite est loin d'être certaine, et dont le caractère principal est le fait qu'ils sont innovateurs, dans le but de créer un bassin de connaissances dans les secteurs désignés. » (Évaluation provisoire, Rapport technique n° 3)*

Le FASS a été un élément catalyseur pour le changement. L'examen des documents sur le FASS a permis de relever un bon nombre de répercussions positives qu'a eues le FASS aux niveaux des programmes et des projets. En voici quelques exemples :

- A créé des liens positifs entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.
- A permis aux individus et aux organisations d'essayer de nouvelles façons de dispenser des soins.
- A introduit une philosophie décisionnelle reposant sur des données probantes dans les organismes de santé.
- A insufflé un esprit de curiosité aux organismes de santé ou l'a promu auprès de ceux-ci.
- A augmenté le besoin de transfert des connaissances et l'importance qu'on lui accorde.
- A augmenté le besoin d'évaluation et l'importance qu'on lui accorde.
- A permis l'établissement de partenariats entre les décideurs, les fournisseurs de première ligne, les gouvernements et les chercheurs.
- A fourni un tremplin pour les changements à apporter dans les soins de santé à tous les niveaux.
- A amélioré la carrière professionnelle de ceux qui ont participé à l'initiative du FASS.

Essentiellement, le FASS a offert la possibilité d'améliorer la santé et les soins de santé au Canada. *« L'idée [...] était de stimuler la pensée créatrice pour trouver un moyen de changer la culture et la pratique du système afin de le rendre plus réceptif aux besoins et plus efficace. On partait du principe qu'en établissant un inventaire d'innovations et d'évaluation reposant sur des données probantes, on effectuerait cette transition en douceur. » (Lewis, 2002:3)*

Dans le même ordre d'idées, on trouve ce qui suit dans l'analyse documentaire de l'Évaluation provisoire (Rapport technique n° 3) : *« Notre système de santé doit évoluer en permanence pour qu'il soit durable et qu'il continue de répondre aux besoins de santé de la*

*population canadienne. Le Fonds doit permettre de recueillir les données qui aideront à déterminer les approches et les améliorations les plus susceptibles de mener aux résultats escomptés. »*

Il est important de prendre en compte que le succès de la « théorie » du FASS dépendait de la réussite ou de l'échec de sa mise en oeuvre, dans le sens large d'un projet programmatique et particulier. A priori, le FASS aurait pu échouer en raison d'un certain nombre de facteurs se rapportant à l'interaction entre les processus et les structures d'acteurs qui limitait sa capacité de développer son plein potentiel. Il semble, cependant, que bien que ces facteurs aient eu une incidence sur le FASS, toutes proportions gardées, les avantages l'ont emporté sur les obstacles rencontrés.

## **Secrétariat**

Au niveau des programmes, le Secrétariat a participé à un certain nombre d'activités, incluant l'exécution de travaux effectués en collaboration avec les comités fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT) et les provinces, l'obtention et l'attribution de fonds, la réalisation d'études et l'élaboration de critères d'évaluation, ainsi que l'administration de 141 projets échelonnés sur plusieurs années. De plus, le Secrétariat a participé à un certain nombre d'activités de transfert des connaissances, reconnaissant ainsi que la diffusion des projets est essentielle pour atteindre l'objectif général du FASS.

L'étude des documents indique que le FASS a bénéficié d'un personnel hautement dévoué et avisé et d'un leadership fort. On a considéré que le FASS avait été bien exécuté, ce qui est attribuable « *au travail et au leadership du Secrétariat* ». La majorité des intervenants interrogés lors de l'évaluation provisoire se sont dit très satisfaits du Secrétariat.

Bien que le Secrétariat ait participé à des activités de transfert des connaissances et qu'il en ait lui-même mis sur pied, les intervenants estiment qu'il aurait pu en développer d'autres. Il faut cependant tenir compte du fait que, dans la réalité, le Secrétariat avait des ressources humaines et financières fixes pour effectuer un tel travail, et qu'il avait d'autres responsabilités. En fait, le personnel a dû consacrer plus de temps à l'administration et moins à la gestion et au développement des activités de diffusion, et au soutien de projets se rapportant à l'évaluation et à la recherche.

Outre les ateliers, on a indiqué dans l'évaluation provisoire du FASS qu'on aurait pu en faire plus pour diffuser les résultats; par exemple, non seulement par la préparation de rapports, mais également par l'utilisation d'autres formes de communications telles que les vidéos, les manuels, etc. On estime que deux facteurs clés ont limité l'efficacité des activités de transfert des connaissances, soit les lacunes dans les plans de diffusion des projets, et le peu de connaissances du rôle que doit jouer le Secrétariat du FASS dans la diffusion des résultats obtenus dans les projets du FASS.



Il a été proposé dans l'évaluation provisoire de féliciter le Secrétariat pour sa capacité de travailler de concert avec les provinces et les territoires. Des décisions bilatérales ont été prises pour les projets financés par les administrations respectives et le gouvernement fédéral, de même que des décisions multilatérales pour les projets nationaux. À tous les niveaux, on a eu la possibilité d'examiner les projets afin de déterminer les lacunes, les chevauchements et les domaines possibles de partenariats. Comme l'a fait remarquer une personne interrogée dans l'évaluation provisoire : [traduction] « *Le FASS est devenu un point de référence pour les relations et la collaboration entre le fédéral, les provinces et les territoires.* »

Un des succès déterminants a été tout d'abord la mise sur pied du FASS, puisqu'il a permis de créer des liens durables et efficaces entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Le Fonds a permis de financer des projets assez rapidement, et s'est révélé efficace dans l'attribution de 150 M\$ pour introduire ou évaluer des innovations. Des administrateurs gouvernementaux interrogés partageaient l'opinion répandue selon laquelle le FASS est arrivé à un moment clé, soit peu après le Forum national sur la santé, en amenant le pays à se concentrer sur les thèmes principaux. En l'occurrence, on pourrait presque le considérer comme étant une *des prochaines étapes dans le renouvellement du système de santé*, ce qui constituait un pas dans la bonne direction, depuis le Forum sur la santé, en tentant de produire des données basées sur le travail, dont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pourraient se servir. Le FASS représentait un tout nouveau genre de mécanisme servant à faire progresser le renouvellement du système de santé.

La réalisation de l'Accord sur la santé de 2000 est survenue peu après la mise en application du FASS. Celui-ci a fourni un tremplin, contribuant à la réalisation de cet Accord. De plus, le FASS a attiré l'attention des gens parce qu'il était axé sur la mise à l'essai et l'appui des idées. Les provinces avaient le choix de continuer d'appuyer les idées ou de planifier les choses de façon plus sérieuse.

Le FASS a constitué pour les gouvernements fédéral et provinciaux un tremplin qui leur a permis d'entamer des discussions concernant la réforme du système de santé, ainsi que des types d'initiatives plus concrets, et il a fourni le fondement pour l'initiative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

[traduction]

*L'expérience la plus positive a été la collaboration réussie du gouvernement fédéral avec les provinces et les territoires. Il s'agissait d'une première pour nous et c'était très stimulant. Le financement a été dirigé de façon appropriée directement dans les mains de ceux qui fournissaient véritablement les services. Les décisions ont été prises conjointement. Nous avons travaillé de concert et nous nous sommes engagés à faire en sorte que nos résultats soient pertinents. Nous avons la volonté de trouver un terrain d'entente pour tous. L'équipe fédérale était positive, réceptive et disposée à agir de façon logique. (D)*

[traduction]

*Il y a beaucoup de frustration quand on pense au monde du F/P/T, mais ce projet représentait quelque chose de concret, de tangible, où nous devons travailler de concert à un projet que chacun considérait important. (D)*

[traduction]

*« [Le FASS] nous a tous permis de vivre l'expérience de la collaboration, ce qui n'arrive pas souvent, et fut un gros avantage. Bien que ce ne soit pas un des objectifs du FASS, ce fut un apport considérable. » (D)*

[traduction]

*« Le FASS a réellement préparé la voie pour le changement à apporter au système et était à la base du FASSP. En partant de l'accord sur la santé, nous avons retracé certaines des diverses initiatives prises avant l'Accord et nous nous sommes en tout temps référés au FASS puisqu'il permettait de regrouper un volume considérable d'informations et de connaissances, à un moment où les gens commençaient réellement à envisager des changements dans les soins de santé. » (D)*

[traduction]

*« Au niveau opérationnel, le FASS fonctionnait très bien; il y avait une excellente collaboration de la part de l'administration. S'il nous avait été possible de mettre la politique à l'écart et de continuer encore quelques années, il y aurait eu une panoplie de résultats importants. » (D)*

[traduction]

*La structure était excellente et j'ai apprécié le fait que les provinces et les territoires aient été en mesure de collaborer pour modeler les projets nationaux. Chaque administration a également collaboré pour former les initiatives locales. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont eu une mission importante dans l'établissement d'une structure et d'un rôle pour des projets concrets, appliqués et utiles. (D)*

[traduction]

*Oui, [le FASS] nous a bien dirigés sur ce que nous devions lui fournir concernant l'information et sur la façon de procéder relativement à l'élaboration de notre modèle de soins de santé. Nous nous sommes tous sentis appuyés par le FASS et le système général de communication de rapports était vraiment remarquable, particulièrement pour ceux d'entre nous qui n'avaient pas participé à ce genre de recherche auparavant. (VP)*

[traduction]

*La chose la plus importante qui en est ressortie a été l'occasion d'établir des liens qu'il aurait été impossible d'établir autrement entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. (D)*

[traduction]

*Je ne peux affirmer avec certitude que le FASS a réellement permis d'améliorer les soins de santé, mais il les a soutenus en réorientant les initiatives en soins de santé primaires. Certaines sommes provenant du FASS ont été utilisées de façon sérieuse, permettant aux provinces de commencer à déterminer comment elles souhaitent dispenser les soins de santé primaires. C'est quelque chose qui a permis de continuer dans la lancée de l'opération de la réforme du système de santé nécessaire dans ce pays. (D)*

Cependant, ces commentaires ont été contrebalancés par les inquiétudes exprimées par plusieurs personnes interrogées, dont voici quelques exemples :

- Niveau de rigueur dont on a fait preuve lors de l'examen des propositions de projets
- Échéanciers serrés pour l'achèvement des projets
- Qualité de certains projets
- Machinations politiques qui ont porté atteinte au FASS
- Nature et étendue du transfert des connaissances (qui, en théorie, débouche sur la mise en pratique)
- Peu d'attention apportée à la durabilité

Lorsqu'une somme aussi importante est attribuée, il est nécessaire et approprié de rendre des comptes. Lorsque le gouvernement fédéral attribue une somme de 150 M\$, il semble tout à fait justifié que l'optimisation des ressources soit reflétée d'une certaine façon. Les personnes interrogées estimaient que les propositions de projets devaient fournir la preuve que les agents d'enquête [traduction] « *avaient bien réfléchi à la question* ».

Les personnes interrogées estimaient qu'il aurait fallu faire preuve de plus de rigueur dans l'affectation des fonds aux projets. Un des agents d'enquête a fait remarquer que [traduction] « *le niveau du processus d'examen aurait dû tenir compte du financement requis* ». En d'autres termes, on a eu l'impression que des montants importants avaient été attribués à des projets en tenant compte de très peu de données pour justifier ces sommes considérables, et d'encore moins de données pour appuyer l'idée qu'ils représentaient réellement des innovations. Dans certains cas, on a alloué d'importants montants d'argent à des projets en les examinant de la même façon, sinon moins attentivement, que ceux qui ont reçu un niveau de financement inférieur. Une des personnes interrogées a fait remarquer que [traduction] « *c'était de l'argent facilement et rapidement gagné* ». Une autre personne a souligné que cela

était fort probablement dû au court délai alloué pour attribuer les fonds, ce qui est malheureux, puisque comme l'a fait remarquer un enquêté, [traduction] « *plus vous y accordez de temps au départ, plus vous avez de chances que cela réussisse à la fin* ».

Ce qui devait être à l'origine un programme échelonné sur trois ans s'est transformé en programme de cinq ans. Malgré cela, pour bon nombre de personnes interrogées, les échéanciers étaient trop serrés et les exigences étaient considérables, compte tenu de la nature évolutive des projets pilotes. Le fait que le FASS prenne trop de temps à démarrer constituait un problème majeur.

[traduction]

*Nos problèmes les plus importants ont été les obstacles lors du démarrage puisque nous avons dû attendre l'annonce faite par le ministre fédéral de la Santé. Il a été très difficile d'obtenir une autorisation pour le financement tant que celui-ci n'avait pas été annoncé, et nous ne pouvions commencer avant que cela ne soit fait. Rien n'a pu débiter avant que les médias y soient, le but étant d'obtenir beaucoup de publicité. (D)*

[traduction]

*Je crois qu'il y avait certains aspects négatifs dès le départ du processus du FASS. Ce genre de processus aurait été idéal pour aider les gens à partir du bon pied avec un solide soutien à la recherche, un examen par les pairs, un mentorat, etc., et, ensuite, pour aborder les problèmes découverts à la fin des projets, parfois imprévus, et puis travailler pour les résoudre afin de ne pas terminer le projet sur une mauvaise note. Ils auraient dû aborder les problèmes découverts, ça aurait été tellement plus enrichissant en bout de ligne. (D)*

On aurait pu accorder plus d'attention à l'initiative du FASS. Une des personnes interrogées estimait que l'annonce faite par le ministre n'avait pas eu assez de visibilité, et que le communiqué de presse avait tout simplement été inclus dans le cadre d'une autre annonce. Le communiqué de presse principal aurait dû être présenté à la Conférence nationale, mais cela ne s'est jamais produit, il a été noyé dans une autre annonce. Entre-temps, d'autres personnes ont indiqué qu'elles avaient eu l'impression que le FASS avait été « retiré graduellement », probablement plus tôt que prévu en raison de la nouvelle infusion de fonds et du nouvel intérêt pour le développement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

Tel que l'ont fait remarquer plusieurs VP, en reflétant aussi l'opinion de beaucoup d'autres personnes interrogées, il y avait une impression commune d'incertitude puisqu'on se demandait si c'était la *connaissance scientifique ou la politique* qui jouait le rôle principal dans l'affectation des fonds.

[traduction]

*Je m'inquiète du fait que le FASS a eu la possibilité de gaspiller de l'argent pour des projets qui n'étaient pas aussi pertinents ou importants qu'escompté. Le processus de sélection des projets à financer était certainement imparfait. Aucune information claire ne nous a été transmise concernant la façon dont les projets ont été sélectionnés et dont les critères ont été appliqués. Par exemple, a-t-on fait la sélection des projets en se servant de critères reposant sur des données probantes? (VP)*

[traduction]

*Je crois réellement que le FASS était un programme politique qui n'a pas contribué à grand chose en ce qui a trait à l'amélioration des connaissances scientifiques. (VP)*

[traduction]

*Le FASS dépensait l'argent trop rapidement sur des initiatives non fondées. (D)  
On n'a pas utilisé le bon processus pour déterminer ce qui devrait être financé. On n'a mis aucun accent sur les choses stratégiques qui, selon moi, étaient vraiment importantes. (D)*

[traduction]

*Il y a eu des retards importants. Nous ne pouvions rendre publics les projets avant que toutes les manoeuvres politiques aient été complétées. Il n'était question que de rehausser l'image politique et non d'accomplir le travail. (VP)*

## **Processus de sélection**

On estime que le processus de sélection pour les divers projets était adéquat et que cela demandait moins de rigueur scientifique que pour les autres possibilités de financement. On considère également que les conditions relatives à la présentation de rapports étaient moins exigeantes que pour les autres programmes. Des personnes interrogées ont exprimé de l'inquiétude quant aux retards et au manque de réceptivité et d'information de la part du Secrétariat du FASS. Cependant, selon des consultants externes, cela est commun à plusieurs programmes gouvernementaux (Rapport technique n° 1). Dans le second rapport technique de l'évaluation provisoire du FASS, les intervenants interrogés ont estimé que le processus de sélection des projets était adéquat et qu'on s'était servi d'une approche d'apprentissage continu au cours des deux phases de financement.

Dans l'évaluation provisoire, certains intervenants ont estimé que le processus aurait pu être plus efficace en ayant recours à un meilleur appel de propositions, à des thèmes de recherche plus précis, à un processus d'examen des propositions plus rigoureux et à une façon méthodique d'examiner les résultats. Comme l'a observé un des répondants, le processus était [traduction] « coûteux en temps, complexe et inefficace ».

Dans les documents examinés, on indique que le programme était bien administré au niveau fédéral et avait été efficace pour établir des relations positives continues avec les provinces et les territoires. Le Secrétariat a bien géré les fonds et a entrepris de façon efficace un certain nombre d'activités importantes sur le transfert des connaissances (incluant la commande d'une série de rapports de synthèse). En fait, le Secrétariat aurait pu faire beaucoup plus s'il avait eu les ressources nécessaires.

## Transfert des connaissances

[traduction]

*La confiance à l'égard de l'information et des données probantes produites sera cruciale pour l'application et l'utilisation des résultats du FASS.*

*En résumé, on perçoit que la réussite du programme global dépend largement du plan qui sera mis en place afin de diffuser ses résultats. (Évaluation provisoire)*

Le transfert des connaissances constituait une partie intégrante de l'initiative du FASS. En effet, on peut remarquer dans le rapport technique n° 1 (2000) de l'évaluation provisoire que les experts de la santé interrogés au sujet du FASS ont observé ce qui suit : [traduction] « *Il n'y a pas seulement la diffusion qui soit requise pour que le FASS contribue à la réforme du système de santé. Le Secrétariat reconnaît que si l'information produite n'est pas utilisée, le rendement des investissements dans le FASS sera insuffisant.* »

Dans son propre matériel promotionnel général, le FASS reconnaît l'importance du transfert des connaissances. Il est écrit qu'une des leçons apprises dans le développement du FASS est que [traduction] « *la communication, la consultation et la création d'un consensus sont essentielles à la réussite des projets individuels et à l'introduction de modifications menant à la réforme* ». Il s'agit de leçons apprises qui peuvent déjà s'appliquer directement au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

La stratégie du savoir utilisée était multidimensionnelle, comprenant notamment des modes formels et informels de communication aux échelons provincial et territorial, ainsi qu'aux niveaux des projets et des programmes. Les projets eux-mêmes permettaient d'effectuer le transfert des connaissances se rapportant à leur développement, leur mise en oeuvre et leurs résultats par le biais de divers moyens de diffusion. Cependant, au niveau national, ainsi qu'il ressort de l'étude des documents, un certain nombre d'activités étaient conçues et mises en oeuvre afin de maximiser la portée du FASS au-delà des projets.

## Stratégie nationale de synthèse et de diffusion

Le Secrétariat a élaboré une Stratégie nationale de synthèse et de diffusion. Voici les principes sous-jacents du programme du FASS :

- ❑ Exiger que les bénéficiaires du FASS soient responsables de la production et de la diffusion des résultats propres à un projet auprès des auditoires cibles. Les plans d'évaluation et de diffusion étaient des éléments obligatoires (et financés) des propositions de projet. De plus, d'autres activités ont été conçues pour que les bénéficiaires du FASS fournissent un transfert des connaissances plus riche.
- ❑ Se concentrer sur les leçons apprises, le matériel analytique et les résultats de projets multiples à un niveau global. Le FASS n'a favorisé la diffusion de résultats propres à un projet en particulier que dans des circonstances exceptionnelles.
- ❑ Être axé sur le transfert des connaissances issues de résultats d'intérêt national ou régional, plutôt que de résultats de projets à caractère plus local.
- ❑ À l'aide des activités médiatiques, mettre l'accent sur les synthèses et les manifestations spéciales, plutôt que sur les projets particuliers.
- ❑ Mettre l'accent sur la disponibilité de l'information en se servant d'une approche étagée, à différents niveaux, pour répondre aux divers besoins des intervenants. On s'est également servi de plans de diffusion ciblés et de publicité.
- ❑ Canaliser et mettre en lumière les résultats pour que le volume d'information demeure réaliste et maniable. (p. ex., dix documents de synthèse ont été préparés sur les divers thèmes à l'étude).
- ❑ Favoriser la communication directe et personnalisée entre ceux qui travaillent aux projets et les décideurs, ceci par le biais d'ateliers, de séances d'information, d'exposés à des conférences, etc. On a largement eu recours à des séances d'information individuelles et des exposés. Plus ils sont ciblés, meilleures sont les chances de réussite.
- ❑ Reconnaître que l'application des résultats de recherche est un processus continu auquel participent les décideurs et qu'elle permet de produire des données probantes et de créer les capacités pour y avoir accès, au besoin.
- ❑ Utiliser au maximum des moyens électroniques de diffusion pour faciliter l'accès à l'information ainsi que sa structuration.

Le site Web du FASS, à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/francais/index.htm>, offre ce qui suit : résumés de projet, communiqués de presse, feuillets de renseignements, information sur les personnes-ressources, rapports finaux, documentation sur les programmes et évaluations des programmes.

Bon nombre de résultats ont découlé des activités de synthèse et de diffusion prévues. Voici quelques-uns des résultats de synthèse :

- Document faisant le point sur le FASS et ses projets, fondé sur les rapports provisoires.
- Résumés d'une ou deux pages des rapports finaux (feuilles d'information sur le projet).
- Rapports finaux des projets du FASS (diffusés sur le site Web du FASS).
- Documents de synthèse de 10 à 20 pages pour chacun des quatre secteurs prioritaires et rapport de synthèse général.
- Synthèses supplémentaires (c.-à-d. sur la santé des Autochtones, la santé rurale et la télésanté, la santé des personnes âgées, la santé des enfants et la santé mentale).
- Communiqués de presse et feuilles d'information (ceci n'a pas été fait de façon systématique, mais il y a eu certaines activités, c.-à-d. la diffusion d'un communiqué de presse sur la publication de documents de synthèse du FASS).

Les résultats de la stratégie de diffusion sont les suivants :

- Un site Web bien développé et facile à consulter.
- Un service de notifications listserv ou courriel.
- Distribution de documentation en copie papier (p. ex., documents de synthèse envoyés en copie papier à un large éventail d'intervenants, tout comme des échantillons de feuilles d'information).
- Stratégie média. Il y a eu quelques activités ad hoc, mais rien n'a été fait de façon systématique.
- Conférence nationale sur invitation pour partager les informations recueillies se rapportant aux résultats du FASS et pour en faire la synthèse. Ceci avait été prévu au départ, mais a été abandonné en raison de la charge de travail considérable lors de la création du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.
- Coordination avec les planificateurs des conférences existantes en vue de l'inclusion de séances sur les résultats des projets du FASS dans leurs conférences. Ceci avait été prévu, mais n'a pas été fait de façon systématique.
- Coordination avec les promoteurs du FASS, les provinces, les territoires et d'autres organismes concernant la communication des résultats. Ceci a été prévu, mais n'a pas été fait de façon systématique.
- Diffusion des résultats de projets auprès des comités consultatifs fédéraux, provinciaux et territoriaux et à la Conférence des sous-ministres. Ceci a été fait, mais à un niveau relativement faible.
- Séances de travail pour les décideurs et les chercheurs en vue de l'échange d'information sur les résultats et les idées se rapportant aux quatre secteurs prioritaires, et éventuellement à d'autres secteurs (optionnel). Ceci s'est fait dans le contexte de cinq ateliers régionaux.



- ❑ Production et large distribution d'un CD-ROM contenant des documents se rapportant au FASS, incluant des résumés et des synthèses de projet. Ceci n'a pas été fait, mais la documentation est disponible sur le site Web du FASS.

## Conférences et ateliers

Le FASS a permis de financer trois conférences nationales au début de 1998 et un atelier en mars 1999. Les conférences sur l'assurance-médicaments, l'infrastructure de la santé et les soins à domicile ont réuni un nombre important d'intervenants venus d'horizons variés, qui ont discuté de questions d'intérêt commun et de cheminements possibles pour des initiatives de réforme. Combinant des discours-programmes donnés par des spécialistes et divers décideurs et une série de discussions en petits groupes, ces ateliers ont constitué un point de départ qui a servi de tremplin pour faire avancer les changements.

Un atelier sur invitation se rapportant au FASS concernant des projets à l'échelle du système dans le domaine des soins primaires et des soins de santé primaires s'est tenu à Edmonton en mars 1999. Environ 50 personnes y ont participé, incluant des intervenants de six projets du FASS à l'échelle du système dans les domaines des soins primaires et des soins de santé primaires. Le but principal de l'atelier était d'échanger de l'information sur des expériences se rapportant aux activités d'évaluation des projets et de participer à des discussions avec des décideurs et des experts provenant de partout au pays. Plus particulièrement, on espérait que l'atelier susciterait l'échange d'information sur les leçons apprises ainsi que l'établissement d'autres liens et de collaborations pour l'avenir. Les participants ont souligné l'importance de l'évaluation dans le transfert des connaissances et la mise en application ultérieure. Ils ont également insisté sur la nécessité d'avoir des mécanismes pour améliorer les interrelations entre les chercheurs et les décideurs. Par exemple, on a relevé ce qui suit dans le compte rendu : *« Pour ce qui est d'établir un rapprochement entre les résultats de la recherche et le processus décisionnel, les participants estiment que les résultats devraient être rendus facilement accessibles par le biais d'une base de données indexée et qu'ils devraient être présentés dans une langue simple avec un exposé des conditions dans lesquelles ils ont été obtenus. »*

On a tenu cinq ateliers régionaux dans l'ensemble du Canada en 2001, auxquels ont participé divers intervenants (Toronto, Montréal, Winnipeg, Vancouver et Moncton). Le but de ces ateliers était de partager les connaissances acquises lors de projets du FASS. Ces ateliers ont permis de transmettre ces connaissances à un large auditoire. Cependant, nous ne pouvons dans le cadre du présent examen déterminer pleinement dans quelle mesure les ateliers eux-mêmes ont entraîné à plus long terme des répercussions se traduisant par des changements dans les politiques, les programmes ou les pratiques. Les incidences du transfert des connaissances sont probablement cumulatives.

Le tableau suivant résume certains résultats clés découlant des ateliers pour lesquels des données d'évaluation étaient disponibles :

Tableau 2 Réponses au sondage - Atelier sur le FASS		
	Moncton	Winnipeg
Nombre de participants	n=137	n=108
Répondants au sondage d'évaluation	n=33	n=31
Dans l'ensemble, comment évaluez-vous l'atelier?	Excellent 30 % Bon 58 % Passable 9 % Mauvais 3 %	Excellent 27 % Bon 68 % Passable 5 %
Avez-vous appris quelque chose de nouveau grâce aux projets présentés?	Oui 89 % Non 11 %	Oui 90 % Non 3 % s. o. 7 %
Avez-vous appris quelque chose qui vous sera utile grâce aux projets présentés?	Oui 89 % Non 3 % s. o. 8 %	Oui 87 % s. o. 13 %
Selon vous, dans l'ensemble, l'information était-elle intéressante et utile?	Oui 82 % Non 3 % s. o. 15 %	Oui 90 % s. o. 10 %

Les étapes de transmission et de compréhension de la Hiérarchie des incidences sont évidentes dans ces données d'enquête. Cependant, il ressort des réponses qualitatives d'ateliers qu'il aurait été avantageux pour les participants aux ateliers d'avoir *plus de détails* sur les projets et de voir *plus de temps alloué aux discussions*.

Les ateliers offerts par le programme illustrent bien où il est possible d'effectuer un transfert approfondi et généralisé des connaissances. Les ateliers ont offert une occasion idéale de découvrir ce qui se passait. Bien que l'information ait été générale, il y avait possibilité d'établir des réseaux et d'amorcer d'autres discussions avec le personnel du FASS et de ses projets. Il serait instructif de voir dans quelle mesure ces ateliers ont mené directement ou indirectement à l'application de nouvelles connaissances d'une manière quelconque (ce qui malheureusement dépassait le mandat de ce projet).

Un certain nombre d'intervenants interrogés dans le cadre de l'évaluation provisoire estimaient que les décideurs ignoraient quels avaient été les résultats des projets du FASS.

Toutefois, d'autres ont relevé que les résultats ont été utilisés dans des documents d'information destinés aux ministères concernés.

Dans le rapport de mi-parcours du FASS (mai 2000), on souligne l'importance de l'évaluation, du transfert des connaissances et de la générabilité.

*En particulier, il s'est avéré nécessaire de déployer beaucoup d'efforts pour préciser les principes de « transférabilité » et de « générabilité ». Il s'agit d'un élément clé du FASS - que les leçons apprises quelque part puissent servir ailleurs. Par conséquent, la sensibilisation et les explications continues revêtiront une importance encore plus grande au fur et à mesure que nous nous approchons de la conclusion du programme du FASS, étant donné que les efforts s'intensifient pour compiler, analyser et partager les résultats et les leçons de partout au Canada.*

*En ce qui concerne la « transférabilité », vu la complexité de bon nombre des projets et leur caractère novateur, il nous apparaît d'autant plus manifeste que l'évaluation des processus utilisés pour les projets est essentielle pour que le projet puisse dépasser le stade de projet-pilote et pour que les connaissances puissent être transmises aux autres.*

Enfin, un commentaire d'une personne interrogée ayant participé à l'évaluation provisoire nous rappelle qu'il existe une responsabilité plus générale : [traduction] « *Nous devons veiller à nous assurer que le grand public est sensibilisé aux résultats.* » En effet, bien qu'il y ait de nombreux rapports faciles d'accès disponibles sur le site Web du FASS, nous ne pouvons présumer que le grand public a) est suffisamment informé relativement aux projets du FASS et aux initiatives globales ou b) sait qu'il a accès au site Web pour obtenir de plus amples renseignements.

## **Documents de synthèse**

Les documents de synthèse offrent un aperçu critique précieux sur les secteurs thématiques respectifs couverts par le FASS. Ils constituent des documents de transfert des connaissances importants en tant que tels et servent de point de départ pour le suivi ultérieur fait par les parties intéressées (les décideurs, p. ex.). Ils sont des mécanismes importants pour un usage pratique, conceptuel et symbolique. Ce n'est, cependant, qu'un point de départ. Ils permettent le transfert des connaissances à des utilisateurs potentiels, mais n'achèvent pas les détails requis pour procéder aux changements dans les pratiques et les politiques. Ils n'ont pas été conçus pour cela. À titre d'exemple d'un transfert généralisé des connaissances, ils contribuent à communiquer l'objectif général des projets et peuvent être perçus comme étant des catalyseurs potentiels pour les utilisations ultérieures.

Le thème sous-jacent des documents de synthèse est que les décideurs possèdent une mine de nouvelles connaissances à l'aide desquelles ils peuvent concevoir et réformer le système de soins de santé. Les défis consistent à savoir quelle est la meilleure façon d'utiliser les données probantes, en combien de temps on peut effectuer les changements et comment on peut fixer les priorités stratégiques. Il y a lieu de croire que, si l'on tient à maintenir des projets novateurs, les ressources pour ce faire devront provenir alors de nouveaux fonds ou d'une restructuration des priorités de prise de décisions, avec des ressources plus ou moins limitées en matière de soins de santé.

À bien des égards, ceci constituait un des défis que devaient affronter les auteurs des synthèses. Chacun des dix rapports de synthèse résume les divers regroupements de projets, et traite des résultats importants et des répercussions des projets sur la politique et la pratique. Cette excellente série de rapports offre une mine de connaissances, présentées par des analystes éminents et respectés dans le domaine des soins de santé au Canada.

Comme le mentionne chacun des auteurs des synthèses, un large éventail de répercussions pour les politiques et les pratiques découle des projets. L'étude des documents n'a pas pour but de détailler toutes les observations faites par les auteurs; on aurait plus de détails en lisant la série de rapports elle-même. Il y avait, cependant, des commentaires essentiels sur ce qui *pourrait* arriver dans un contexte particulier en matière de politiques et de pratiques.

Certains thèmes généraux et bien connus prévalent. Des niveaux plus importants d'intégration et de coordination sont toujours nécessaires, presque indépendamment du secteur du système de santé auquel on fait référence. Il faut améliorer les relations fédérales-provinciales afin de présenter ou d'effectuer les changements requis dans le cadre de la réforme du système de santé partout au pays. Il subsiste des problèmes liés aux ressources humaines, incluant le recrutement et la conservation du personnel, le besoin de meilleures conditions de travail, le besoin d'un meilleur soutien à la prise de décisions et la capacité du capital humain de travailler de façon efficace en se servant des nouvelles technologies. Les médecins sont toujours des « agents clés » dans le système de soins de santé, et tout changement prévu doit traiter de leurs besoins et de divers incitatifs. La technologie de l'information représente un catalyseur formidable, mais il y a encore beaucoup à faire pour réaliser son plein potentiel. On préconise dans plusieurs documents une approche progressive des changements, en reconnaissant que l'adaptation des structures, des procédures et des gens aux nouvelles façons de faire les choses demande du temps. Bien que les projets présentent un certain degré de risque, ce dernier doit inéluctablement être diminué, voire éliminé, si l'on veut diffuser les changements par le biais de programmes, de politiques et de pratiques à la fois au micro-niveau, au méso-niveau et au macro-niveau.

En ce qui concerne la *santé des personnes âgées*, les projets du FASS ont permis de renforcer et d'étendre les recommandations formulées lors du Forum national sur la santé, soulignant le besoin de vieillir en santé, d'améliorer les programmes de soins à domicile partout au pays et d'avoir un niveau plus important d'intégration et de coordination, et l'importance d'examiner les besoins des aînés provenant d'environnements différents sur le plan ethnique, racial et spatial.

Dans les *soins primaires*, il y a eu réaffirmation des avantages apportés par la réforme des soins primaires, matérialisée en fait par l'introduction du prochain FASS, axé actuellement sur un certain nombre d'initiatives se rapportant aux soins primaires partout au pays, dont certaines sont des applications élargies des projets développés dans le cadre du FASS. D'ailleurs, les auteurs de synthèse Mable et Marriott (2002) écrivent ce qui suit :

*L'expérience directe acquise par le biais des projets du FASS apporte un nouvel éclairage et renforce les connaissances de longue date sur certains aspects des soins de santé primaires, comme les avantages de la médecine de groupe et des équipes multidisciplinaires, le potentiel inexploité des infirmières, et les liens entre les déterminants, la promotion de la santé et la maladie, et la prévention des blessures. Pour les décideurs, le défi consiste à tirer le maximum de cette expérience. Les gouvernements et d'autres parties intéressées doivent mieux comprendre la situation afin de faciliter la réforme des soins de santé primaires.*

Dans le document de synthèse sur la *santé des enfants*, on a souligné le besoin d'intégrer et de coordonner les soins et les services destinés aux enfants, en établissant des liens plus étroits entre la recherche et la pratique d'une part, et le gouvernement et les organisations communautaires d'autre part. Dans le document de synthèse sur la *prestation intégrée*, on a fait valoir un point fondamental et élémentaire, mais souvent négligé : « l'intégration » [lire également changement] nécessite un engagement et la collaboration de champions. En effet, la capacité d'une organisation ou d'un système d'adopter les changements avec succès dépendra beaucoup de ces deux variables clés, indépendamment des thèmes respectifs du FASS.

L'auteur de la synthèse du projet de soins à domicile réitère le consensus unanime selon lequel les soins à domicile sont toujours *sous-financés, sous-évalués et surchargés*. Shapiro (2002) souligne, cependant, que les projets du FASS offraient d'importantes connaissances nouvelles que les décideurs peuvent appliquer de nombreuses façons. Shapiro écrit ce qui suit : « *de nouveaux progrès dépendent maintenant de la volonté des bailleurs de fonds de continuer à assurer un financement suffisant pour la mise en oeuvre et l'évaluation d'innovations dans les soins à domicile, de leur intérêt à le faire, et de la volonté des principaux décideurs de revoir les politiques et les programmes.* »

Les projets se rapportant à la *santé rurale* reflétaient les observations exprimées dans d'autres secteurs voulant que [traduction] « *certaines des découvertes sont bien connues, tandis que d'autres apportent un nouvel éclairage* » (Pong, 2002). Dans le même ordre d'idées, un grand nombre de recommandations sont faites concernant la santé rurale, le besoin de corriger la mauvaise répartition chronique des ressources humaines en matière de santé, les possibilités offertes par la télésanté et le besoin d'une stratégie intégrée de la santé rurale qui incorpore certains des déterminants plus généraux de la santé.

Le document de synthèse sur la *santé des Autochtones* fait ressortir l'importance du caractère multidimensionnel des questions relatives à la santé pour les communautés autochtones. Les projets mettent l'accent sur le fait que les organismes de base populaires jouent un rôle déterminant dans l'élaboration des initiatives en santé dans les communautés autochtones. En même temps, un des thèmes qui revient particulièrement souvent dans bon nombre de projets axés sur les autochtones est « *l'importance des relations personnelles et de formes de communication appropriées, sur les plans linguistique et culturel, pour promouvoir l'utilisation du système de santé par les Autochtones* ».

L'interdépendance entre les choses relatives aux soins de santé a été démontrée plus en détail dans le document de synthèse sur les *questions pharmaceutiques*. Les différences et la diversité ressortent des divers projets du FASS; les différences dans les modèles et les normes de prescription de l'assurance-médicaments, les questions se rapportant à l'accès aux données et les questions régionales et nationales entourant les règlements sur les médicaments, de même que les rapports avec l'industrie pharmaceutique en tant que telle. Dans les projets du FASS, on renforce davantage le fait qu'une amélioration de la communication et de la collaboration entre les professionnels de la santé constitue une condition nécessaire pour créer un système de soins de santé amélioré, comme le sont l'engagement, le temps et les ressources requis pour que les changements prennent forme et se développent dans le système.

Enfin, le document de synthèse sur la santé mentale a cristallisé un grand nombre de rapports de synthèse à mesure qu'il se transformait en examen de la façon de procéder à de vrais changements, dans un contexte où les données probantes continuent d'établir de nouvelles façons éprouvées de dispenser des soins aux personnes ayant des troubles mentaux. Goldner (2002) a constaté ce qui suit :

*Un grand nombre de ces projets ont fourni une occasion unique et précieuse d'étudier l'adoption de pratiques nouvelles dans le « monde réel » de la santé mentale. On prend rarement en considération les processus complexes que suppose la mise en oeuvre de ces innovations. Pourtant, pour réussir, il est essentiel qu'on comprenne mieux les processus qui facilitent ou entravent le changement dans un système. Dans l'ensemble, les*

*24 projets parrainés par le FASS ont permis de bâtir un large fonds de connaissances qui guidera la mise en oeuvre des nouveaux modèles de services et l'évolution du système. [C'est nous qui soulignons]*

Cette dernière phrase est révélatrice. Dans l'ensemble, notre examen des documents donne à penser qu'il y a eu une accumulation d'information riche en idées sur la mise en oeuvre de projets novateurs et les résultats souhaitables s'y rapportant. Certains projets sont vraiment innovateurs, tandis que d'autres le sont en ce sens qu'ils analysent des méthodes qui ont déjà été testées dans d'autres pays et qui peuvent s'appliquer au contexte canadien. Les participants aux différents projets tirent toujours des leçons, fussent-elles au niveau le plus limité et le plus localisé. On inculque ainsi une philosophie d'enquête qui peut être mise à profit de diverses façons dans une organisation.

Citons Goldner (2002) une fois de plus : « *Si ces innovations apportées aux services de santé mentale [ou à tout autre secteur du système de santé] peuvent améliorer concrètement les soins donnés et la qualité de vie des bénéficiaires, pourquoi semble-t-il si difficile de changer le système?* » (En italiques dans le texte original)

C'est une question fondamentale. Il s'agit également d'un tremplin pour qui veut déterminer jusqu'à quel point cette banque d'information riche en connaissances découlant du FASS peut être et sera mise à contribution. C'est une chose de fournir des données probantes, mais cela en est une autre de les traduire en des changements significatifs.

Beaucoup de recommandations sont faites dans les documents de synthèse. Elles représentent des indications pour les décideurs, qui sont utilisables lorsqu'ils explorent les changements possibles dans les politiques, les programmes et les pratiques. La lacune la plus décevante, bien que ce ne soit la faute de personne, est probablement le manque d'activités réelles et concrètes, tels des plans de mise en oeuvre pour réaliser des changements aux différents niveaux.

Plusieurs personnes interrogées ont considéré que les rapports de synthèse étaient utiles et pertinents. Il y a eu beaucoup de demandes pour obtenir ces rapports, une très forte demande, ainsi qu'une rétroaction très positive de la part des personnes qui les ont reçus. L'envoi postal initial avait été fait à d'importants organismes tels que les associations nationales et provinciales d'infirmiers et infirmières, les associations de pharmaciens et pharmaciennes, les écoles de médecines et les universités. Tous ont tous demandé des copies supplémentaires.

Bien que certaines personnes interrogées aient estimé que les documents de synthèse avaient été bien distribués et que l'utilisation avait été plutôt bonne, un décideur, exprimant en fait l'opinion de bon nombre de personnes dans le milieu de la santé, a fait remarquer ce qui suit : [traduction] « *On doit en faire plus avec ceux-ci [documents de synthèse] ...ils n'ont pas été assez publicisés.* »

Pour certains, les documents de synthèse ont joué un rôle primordial en contribuant aux répercussions, comme on peut le lire dans les citations suivantes :

[traduction]

*On se réfère souvent aux rapports de synthèse des projets du FASS. [Niveau 3 de la hiérarchie] Je m'y réfère encore souvent, ... en fait, je les ai à portée de la main dans mon dossier de référence et je me rends compte que je les utilise souvent. (D)*

[traduction]

*Nous avons particulièrement apprécié les résumés, puisqu'ils aidaient à tout rendre disponible et accessible. Ils étaient très bien faits. (D)*

On a, toutefois, relevé un certain nombre d'inquiétudes concernant les rapports de synthèse, outils clés de transfert des connaissances. Voici quelques exemples de ces opinions :

[traduction]

*Les documents de synthèse ont été mal diffusés et on s'est demandé s'il n'y avait pas eu gaspillage d'argent. Il est toujours possible de remédier à la situation. Ils ont été rédigés pour une diffusion auprès d'un large public, pas uniquement dans le monde universitaire, mais cela n'a pas été fait. (D)*

[traduction]

*« Je crois qu'une bonne partie des projets que j'ai examinés n'étaient pas terminés. Ils n'ont pas eu suffisamment de temps, et il n'y a pas eu suffisamment de personnes ayant participé à la recherche pour que son achèvement soit valide. » (D)*

[traduction]

*« Ici, on dit que les rapports du FASS ont été entrepris par le fédéral. On dit que c'était de l'argent donné pour effectuer un travail et qu'aucun engagement n'avait été pris avec les décideurs provinciaux pour poursuivre le travail commencé une fois le financement du FASS terminé. » (VP)*

[traduction]

*« Je ne crois pas que les rapports de synthèse ont été très utiles puisqu'ils n'étaient pas perçus comme étant de vraies recherches, mais plutôt des documents politiques. » (VP)*



## Approches fondées sur les projets en matière de transfert des connaissances

Il y a eu transfert de connaissances à divers moments durant l'existence du FASS, et même après. Nous savons que le mot « *incidence* » emprunte bien des formes à différents niveaux de la hiérarchie de l'application des connaissances et du processus décisionnel. Nous savons également que les connaissances acquises « sur le terrain » sont utiles au milieu de la recherche. Nous en savons beaucoup moins sur la mesure dans laquelle l'application des connaissances débouche sur la mise en pratique et le changement. Soit l'application des connaissances est directement responsable des changements (application instrumentale), soit les changements sont provoqués par un processus de causalité cumulative (symbolique et conceptuel) à mesure que les connaissances passent du transfert, à la cognition et à l'influence pour effectuer des changements dans les pratiques ou les politiques (et très probablement, par plus d'un décideur).

Certaines personnes interrogées estimaient que la fonction de transfert des connaissances était efficace. Par exemple, un chercheur principal a fait le commentaire suivant :

[traduction]

*Les gens étaient très intéressés à voir ce que les autres avaient essayé; nous avons reçu beaucoup d'appels d'autres personnes désirant obtenir de l'information sur la façon dont nous avons mis sur pied notre programme et c'est avec plaisir que nous avons partagé nos outils et ce que nous avons appris. Nous avons également examiné un bon nombre d'autres projets pour voir de quelle façon on procédait ailleurs. Beaucoup de travaux utiles et pratiques peuvent être mis en œuvre, et le fait d'être au courant de ce que les autres ont fait aide énormément. Nous avons découvert que ce qui fonctionne vraiment bien est l'utilisation dans les projets existants d'idées et d'outils très pratiques provenant d'autres projets (p. ex., les définitions communes, le projet de liste d'attente). (VP)*

Depuis le tout début, la structure du FASS a encouragé la production d'idées et la formation de partenariats. De concert, ces deux éléments donnent un puissant catalyseur aidant à introduire des innovations et à favoriser le transfert des connaissances. Comme le remarquait une des personnes interrogées : [traduction] « *Je crois qu'initialement, le FASS était un modèle efficace pour le transfert des connaissances puisqu'il a réuni les chercheurs afin de partager des idées et générer des projets.* » (D)

Le codéveloppement de projets par les chercheurs, les évaluateurs et les décideurs a peut-être permis un transfert des connaissances ciblé et spécifique. Même si elles n'étaient pas totalement définies au début, l'engagement à l'égard du financement par le FASS a permis de transformer des idées en activités, en visant un but commun ou en partageant une vision collective des résultats. Ces résultats pourraient avoir changé ou s'être développés au fil du temps, mais ceci doit être vu de façon positive étant donné que les idées se sont amalgamées aux réalités du milieu des soins de santé, qui n'est jamais statique. Il semblerait déraisonnable

de présumer que tous les projets pourraient continuer de se concentrer exclusivement sur les résultats, notamment si un des buts fondamentaux du FASS était de financer l'innovation, laquelle comporte toujours un élément d'incertitude et de risque.

Bien qu'on ait utilisé un certain nombre de moyens de diffusion dans le cadre du programme du FASS et exigé que les projets du FASS développent et mettent en place des plans de diffusion, les personnes interrogées ont soutenu catégoriquement que le programme du FASS aurait dû en faire plus pour faire connaître les résultats des projets.

[traduction]

*Je crois que ce qui manquait était la mise en place d'un très bon mécanisme de partage de l'information à la lumière des expériences réussies dans l'ensemble du pays, ce qui, d'après moi, n'a pas été fait. Cela est décevant puisque nous pourrions tous tant apprendre de ces autres projets et appliquer ces connaissances à nos propres systèmes provinciaux. (D)*

[traduction]

*On aurait pu faire plus pour diffuser les résultats pendant le projet et après la conclusion du FASS. (D)*

[traduction]

*Nous devions tenir une conférence nationale, mais ne l'avons pas fait et nous ne savons pas trop pourquoi, sauf que les échéances étaient proches et que l'on devait se concentrer sur la conclusion du projet. (D)*

[traduction]

*Oui, une conférence nationale finale aurait apporté un plus haut niveau de sensibilisation. (D)*

[traduction]

*Il y a eu des retards dans la présentation de rapports et de feuillets d'information, ce qui est déplorable puisque je crois que cela pourrait avoir une incidence négative sur le transfert des connaissances. (D)*

[traduction]

*Bon nombre de projets n'étaient pas très avancés au moment de les examiner pour en faire la synthèse. (D)*

[traduction]

*S'il y a eu des lacunes dans le transfert des connaissances, c'est parce que la plupart des projets n'ont fait l'objet d'aucun suivi. (D)*

Une des suggestions présentées par les personnes interrogées était de créer un environnement de TC plus favorable en demandant aux provinces une participation et un engagement plus importants à l'égard de cette fonction. Cela pourrait se faire par divers moyens, mais fondamentalement, le partenariat avec les provinces pourrait, dans le cadre de tout FASS futur, être un processus de diffusion explicite qui serait inclus dans l'intérêt des projets eux-mêmes et de l'ensemble du milieu des soins de santé.

Cependant, un important transfert de connaissances s'est opéré simplement en raison de la mise en place des projets, avec la formation de partenariats, la participation de divers intervenants et la détermination d'un but commun, qui incluait le TC.

[traduction]

*L'initiative du FASS nous a permis de collaborer étroitement avec les fournisseurs de services, les représentants du gouvernement et les universitaires à de multiples niveaux; une démarche tout à fait unique. (VP)*

L'obligation de faire connaître les travaux représentait [traduction] « la dernière étape nécessaire à l'accomplissement des projets ». On estimait que peu de projets allaient au-delà de la simple diffusion (rapports, présentations, etc.). Bien que ceux-ci soient importants, ils ne sont pas novateurs en soi, ce qui est regrettable étant donné qu'un des buts premiers du FASS était de susciter une mise en pratique fondée sur les travaux découlant des projets. Le TC est une fonction de base et, rétrospectivement, on aurait pu faire beaucoup plus pour assurer une diffusion des travaux opportune et pertinente, ce qui demande de nouvelles façons d'effectuer le transfert des connaissances afin de maximiser le potentiel d'utilisation.

[traduction]

*Bon nombre de personnes étaient très enthousiastes et parlaient de leur projet à tout le monde et se montraient très persuasives, cela même avant que le projet ne soit achevé et sans avoir de preuves à l'appui de leurs affirmations. Je crois qu'à bien des égards, cela était vraiment irresponsable et cela m'inquiète beaucoup. (D)*

[traduction]

*J'étais très inquiet au sujet de ces gens qui courent ça et là en mettant leurs idées de l'avant sans démontrer de façon pratique qu'elles sont valables. (D)*

Il ne faut cependant pas oublier que le rôle et la perception du TC se sont développés de façon importante au cours des dernières années. Il était considéré comme nouveau à l'époque (1997) qu'une partie du financement soit destinée à la diffusion et à l'évaluation. Dès le départ, les exigences à cet égard ont permis d'insuffler une mentalité de transfert de connaissances (et d'évaluation), ce qui peut aider à la définition des programmes et à la clarté de la mise en œuvre.

Il serait trop facile d'être sévère en émettant des opinions sur le TC effectué en 2004 par rapport aux projets du FASS réalisés à la fin des années 1990; on pourrait même dire que le FASS était presque d'avant-garde en insistant pour que le TC soit effectué. Au début du FASS, [traduction] « *l'état des réalisations du TC n'était pas bien développé* ». Un représentant du gouvernement fédéral a fait observer que les projets [traduction] « *dépassaient nos attentes pour ce qui est de la diffusion* ».

Un des défis qu'apporte l'évaluation des répercussions qu'a eues le TC est de prévoir combien de temps il faudra pour qu'un changement se produise. Les connaissances sont converties, mais y a-t-il application, de quel genre, en combien de temps, et cela produit-il un changement perceptible dans la façon dont les soins sont dispensés? Les personnes interrogées ont invariablement fait observer que l'échéancier des projets eux-mêmes était souvent trop serré pour effectuer un tel changement. Dans un projet, par exemple, on a demandé aux médecins d'utiliser un outil servant à détecter les femmes enceintes à risques, en espérant que cela soulèverait des questions qui pourraient être abordées par les médecins eux-mêmes, ou par d'autres intervenants des secteurs des services sociaux et de santé. Mais de telles modifications du comportement demandent du temps et se feront inévitablement de manière inégale parmi les médecins. Dans ce cas particulier, il existe maintenant un code d'évaluation dans le barème de rémunération des services, ce qui constitue une répercussion évidente d'un changement positif. Le VP a souligné sur un ton incisif que le transfert des connaissances ne représente qu'une partie de l'ensemble des échanges, le facteur le plus important étant que les nouvelles connaissances pourraient *modifier le comportement* des médecins, leur permettant d'adopter une approche mieux adaptée aux soins et au soutien nécessaires aux patients qu'ils voient. Comme l'a fait remarquer le VP [traduction] « *il était très difficile d'essayer de changer un comportement en si peu de temps* ». Il est non seulement difficile de discerner si le changement de comportement a eu un impact global, mais il peut prendre plus de temps à se révéler que la durée du projet du FASS, et la détermination d'une causalité directe peut constituer un défi. Entre-temps, le transfert des connaissances s'effectue également dans le cadre de la formation en soins infirmiers, mais là encore, la mesure dans laquelle les connaissances se traduisent alors par une modification de comportement est difficile à relier d'emblée à l'intervention, surtout dans un délai plus long.

Dans le cas d'un projet basé en Ontario, le financement a permis d'appuyer l'élaboration d'outils d'évaluation. Ces derniers, développés par InterRai avec l'appui du FASS, ont depuis été mis en application par les gouvernements provinciaux (p. ex., le RAI-HC pour les services de soins à domicile et en milieu hospitalier en Ontario, et le « Mental Health instrument » dans l'État du Michigan). Entre-temps, l'ICIS a mis en place des systèmes de déclaration faisant appel au « Mental Health instrument » et au RAI-HC. Ces outils permettent des évaluations globales qui définissent divers indicateurs de risque et qui déterminent diverses options de soins. Grâce à l'ICIS, le projet a également facilité le développement d'indicateurs de qualité des soins à domicile qui sont maintenant utilisés aux échelons national et international. Comme l'a fait remarquer le vérificateur du projet [traduction] « *Cette subvention du FASS a été un tournant pour la mise en place des outils que nous avons pu*

*développer; nous n'aurions jamais pu aller aussi loin sans l'appui du FASS.* » Ainsi, le développement des outils a reçu l'appui du FASS, selon la logique qui veut que le TC ait lieu à mesure que l'acceptation des outils, parfois diffuse et parfois très directe et explicite, s'effectue au fil du temps dans nombre de secteurs de compétences. Le TC a eu lieu à petite échelle (p. ex., gestionnaires de cas, infirmières et autres professionnels de la santé), à moyenne échelle (p. ex., organisations de soins à domicile) et à grande échelle (l'utilisation de tels outils ayant été rendue obligatoire pour les provinces). Des données provenant des évaluations ont également été utilisées pour modeler les politiques (voir, par exemple, leur application dans le rapport Romanow).

Les projets fournissent de nombreux exemples de TC. La question qui demeure, cependant, est de savoir combien de temps le TC *demande-t-il* et *devrait-il demander* dans la perspective d'une mise en pratique ultérieure? La réponse la plus précise qui puisse être fournie après examen du FASS et du TC est que le FASS a été un catalyseur de changements et que ceux-ci se sont produits à bien des niveaux, de multiples façons et au cours de périodes différentes.

Il serait facile et tentant de ne concentrer les activités de TC que sur les réussites. Cependant, il est tout aussi important de faire état des leçons tirées des processus de mise en œuvre des projets. Certains d'entre eux n'ont pas produit les résultats souhaités, mais les travaux réalisés sont quand même riches en enseignements pour les initiatives futures. Les connaissances acquises doivent être d'accès facile et être connues pour garantir qu'on ne fera pas les mêmes erreurs dans des travaux similaires ou qu'il sera possible d'élaborer les projets avec moins d'incertitude. Il arrive souvent que la « théorie » d'un projet soit saine, mais que sa mise en pratique dans le monde réel présente des difficultés et des défis. Des personnes interrogées ont fait remarquer ce qui suit au sujet des *échecs honorables* :

[traduction]

*[Ils] sensibilisent les autres en ce qui a trait aux problèmes et obstacles [qui peuvent se présenter] en cours de route. (D)*

[traduction]

*Les leçons apprises ont une valeur inestimable. (D)*

Une des personnes interrogées a indiqué que le site Web était convivial et que les gens utilisaient abondamment le courrier électronique pour demander des renseignements. On a observé que les gens écrivaient très fréquemment sur le site Web au début, mais que cela avait diminué. Il existait une zone du site Web du FASS où les gens pouvaient s'inscrire pour obtenir de nouveaux renseignements, et le FASS pouvait envoyer des courriels informant ces gens que de nouveaux renseignements avaient été affichés. Un centre d'échange d'information a été élaboré et on a reçu un grand nombre de demandes de copies des rapports de synthèse. Les personnes interrogées estimaient que si l'initiative du FASS dans son ensemble avait été plus médiatisée, peut-être que plus de gens en auraient entendu parler.

Un des meilleurs exemples de TC est le projet appelé « Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie » (SIPA) du Québec. Des gens du monde entier continuent de s'y intéresser; les chefs d'équipe ont publié bon nombre de documents et pris la parole lors de *certains de congrès*. La documentation modèle du SIPA existe en six langues (anglais, français, allemand, espagnol, russe et japonais). De plus, il y a eu un grand nombre de discussions entre les instances sanitaires internationales comme les organisations de soins de santé intégrés (OSSI) américaines, d'autres organisations de soins de santé et divers organismes de financement. Les experts du SIPA ont récemment organisé une très importante rencontre d'intervenants en soins de santé au Québec afin de discuter de leurs résultats et de planifier une mise en œuvre future. Le gouvernement du Québec effectue présentement des réformes dans la province et dans la ville de Montréal; il prévoit utiliser ces travaux dans le cadre de nouveaux protocoles pour les soins de santé au Québec. Le projet SIPA est en fait devenu le repère (ou le fil conducteur) pour déterminer si les gens sont pour ou contre ce genre d'approche des soins, c'est-à-dire, le modèle de financement par habitant.

[traduction]

*Je crois que cela servira maintenant de critère aux gens, en leur indiquant comment les choses doivent être faites à l'avenir. Nombre de projets ont beaucoup fait réfléchir sur la façon de dispenser des soins aux personnes âgées en perte d'autonomie. (D)*

Les figures ci-dessous montrent dans quelle mesure les chercheurs principaux ont pu effectuer le transfert des connaissances issues de leurs projets respectifs. Plus de 90 % des 50 chercheurs principaux interrogés ont déclaré avoir publié ou soumis des articles sur les projets du FASS, tandis que 61 % ont donné des présentations et exposé des affiches lors de congrès, jusqu'à cinq reprises. 42 % ont participé à des événements médiatiques ou à la rédaction d'articles de presse. Vingt-et-un pourcent avaient fait des présentations dans leur collectivité locale à au moins 11 reprises, tandis que presque 30 % avaient reçu des demandes de produits découlant des projets au moins 11 fois. En fait, plus de 16 % avaient reçu des demandes d'information à plus de 20 reprises.

Figure 5a

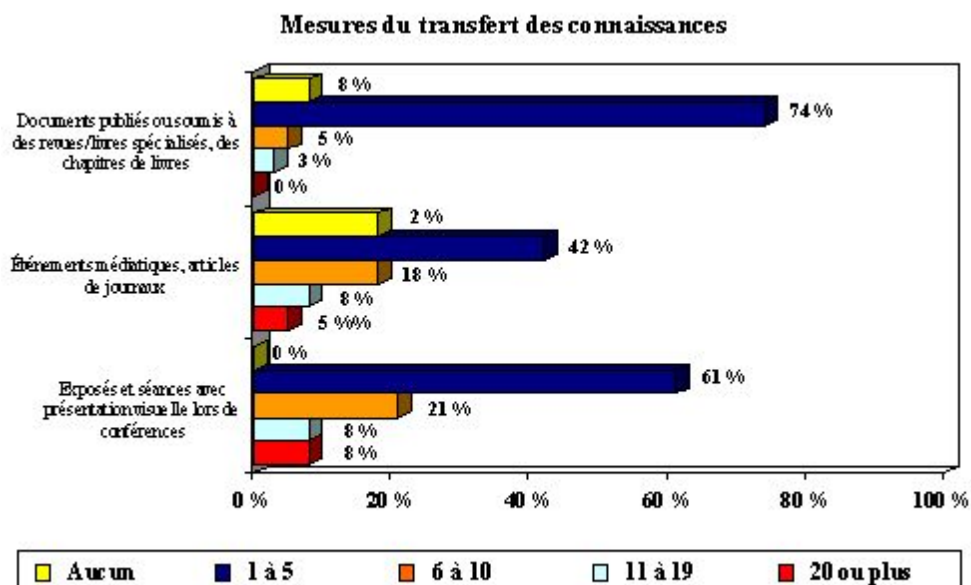
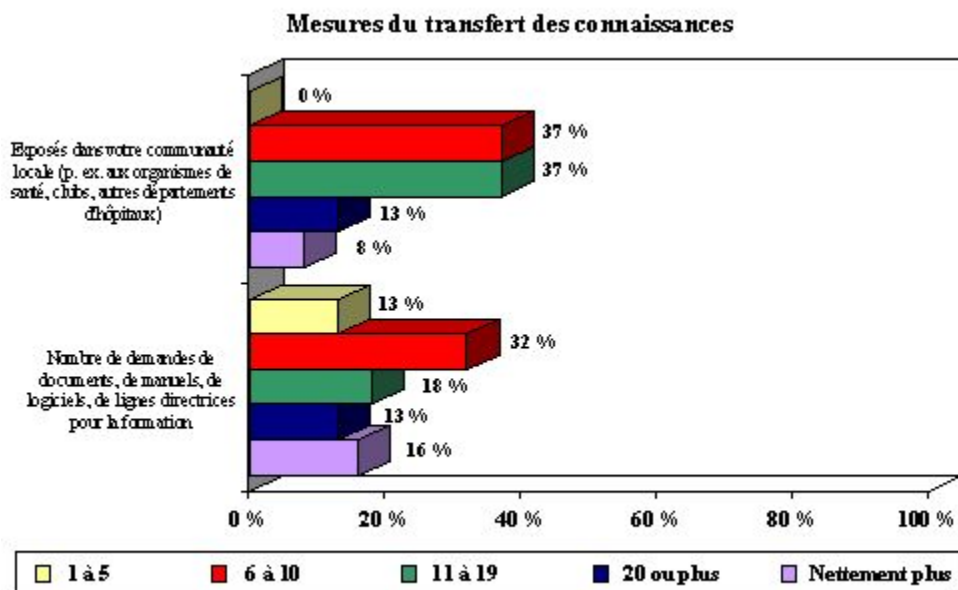


Figure 5b



Le programme du FASS aurait-il pu faire plus relativement au transfert des connaissances issues des projets et du programme en général? Il est toujours possible de répondre « *oui, on peut faire plus* », mais de nombreuses activités de diffusion ont été menées à bien. En plus des ateliers plus structurés, des conférences et ainsi de suite, un grand nombre de présentations ont été données par le personnel du programme du FASS, en différents endroits, auprès d'un éventail varié d'intervenants. Cela mettait en valeur non seulement l'initiative du FASS, mais aussi la recherche fondée sur les données probantes, et encourageait ceux qui n'y avaient pas participé auparavant. [traduction] « *Les discussions continues entre le FASS et les intervenants étaient très importantes.* » (D)

Il était peu probable que le TC cesse à la fin du financement du FASS. On avait besoin « *d'endurance* », en ce sens qu'on devait former un bloc de connaissances durable et créer les mécanismes connexes requis pour assurer la transmission des connaissances d'un individu à l'autre. Certains décideurs ont fait les remarques suivantes à ce sujet :

[traduction]

*Il est vraiment nécessaire de créer des mécanismes spécifiques de transfert des résultats de recherche.* (D)

[traduction]

*Nous avons besoin d'une accumulation de connaissances durable.* (D)

Compte tenu de l'étendue et du niveau des connaissances développées grâce aux projets du FASS, il serait regrettable de ne pas en assurer le transfert une fois les projets achevés. Bien qu'en général, les activités de transfert des connaissances aient été vues de façon positive par les personnes interrogées, il était également évident que, selon plusieurs individus, on aurait pu faire plus, et d'une manière plus coordonnée et plus ciblée. Comme le laisse entendre la citation ci-dessous, certaines personnes interrogées estimaient qu'une stratégie plus claire à l'appui du TC aurait été avantageuse.

[traduction]

*En ce qui a trait au FASS dans son ensemble, je m'inquiète du fait que le projet était mal coordonné et qu'il pourrait ne pas atteindre l'objectif souhaité. Je ne vois vraiment aucune preuve que cela a été fait.* (VP)

Ceci est une énigme. Ce sera un défi d'assurer une accumulation des connaissances durable s'il n'y a personne, ou aucune entité, qui soit disposé à affecter des ressources. À certains égards, on pourrait voir là un manque de vision, surtout si l'on songe à lancer de futures initiatives du FASS. Si c'est le cas, les bénéficiaires potentiels de subventions risquent de refaire le même travail ou de commettre les mêmes erreurs et de ne pas tenir compte des leçons apprises à l'issue des 141 projets du FASS (sauf en ce qui a trait aux autres innovations en soins de santé au Canada et à l'étranger). Bien que cela semble représenter un coût à court



terme, si on estime qu'il s'agit d'une voie de financement servant à appuyer un transfert des connaissances essentiellement intensif, ciblé et continu, allant au-delà de la fin du FASS, cela peut en fait être considéré comme un investissement à long terme.

[traduction]

*Nous ne devons vraiment pas voir le transfert des connaissances comme statique, mais comme quelque chose qui peut durer des années, et non seulement le temps que dure la publication de nouveaux rapports de recherche. Un bloc de connaissances durable serait plus utile. (D)*

[traduction]

*Je crois qu'il serait vraiment utile que le FASS (ou quelqu'un d'autre?) convoque une réunion d'intervenants dans un proche avenir (certains projets ont été achevés il y a maintenant cinq ans) afin de discuter avec les personnes clés pour savoir s'il y a eu des répercussions après un délai de quelques années. (VP)*

Enfin, le choix du moment du TC au profit des groupes destinataires doit être pris en compte lorsque l'on désire maximiser une approche en matière de TC aux niveaux du programme et des projets. Bien que les résultats des projets ne ciblent pas toujours le personnel gouvernemental, le groupe destinataire initial, au gouvernement, n'est bien souvent pas le même maintenant que lorsque les projets ont été entrepris, ni même achevés. Plusieurs années se sont écoulées, et les gens qui participaient au niveau des ministères ne sont plus là. Ils pourraient donc ne pas être en mesure de faire circuler cette information. Encore là, une approche en matière de TC qui permet une accumulation durable de connaissances et qui reconnaît la nature changeante des groupes destinataires renforcera la capacité du FASS d'influencer le processus décisionnel.

Pour résumer, il est évident d'après les entrevues et enquêtes que bien qu'un TC ait effectivement eu lieu, nous ne possédons aucun point de repère ou aucune évaluation normative permettant de déterminer si nous en avons fait assez, au bon moment, pour maximiser le TC auprès des décideurs aux trois niveaux (micro-niveau, méso-niveau et macro-niveau), auprès d'autres intervenants importants tels que les usagers des services de santé (patients et clients) et auprès des concepteurs et réalisateurs d'activités de recherche.

## Obtention des résultats

Au moment de cerner les thèmes transsectoriels associés aux 141 projets financés par le FASS, il est devenu évident que bon nombre de projets faisaient intervenir de multiples thèmes et sous-thèmes. Dans certains cas, pendant l'examen de projets comportant des thèmes multiples, il a été difficile de déterminer le thème majeur, étant donné que l'enquête ou l'évaluation était inextricablement liée. Nous avons cependant tenté de sélectionner des

thèmes en nous fondant sur les répercussions les plus courantes dans le but de faire état des résultats déclarés par les projets eux-mêmes, et pour mettre en évidence le nombre, le niveau et l'étendue des projets dans chaque catégorie. Bien que nous ayons indiqué le nombre de projets au sein de chaque catégorie, il est important de noter que certains projets ont été comptés plus d'une fois, s'il existait plus d'un thème dans les activités du projet dont on faisait état.

Les sous-sections suivantes sont présentées selon les thèmes que nous avons mis au jour lors de notre examen de tous les projets et de leurs résultats respectifs. Il est important de documenter ces résumés des thèmes transsectoriels dans cette évaluation des incidences parce qu'ils montrent l'étendue et le niveau des incidences ayant découlé des projets particuliers du FASS. Il est évident, d'après les résultats groupés et les résultats spécifiques déclarés, que les répercussions ont été **variées, importantes, cumulatives**, et dans bien des cas, **durables**.

Nous commençons l'examen des thèmes en nous concentrant sur les résultats qui ont été obtenus dans le domaine de la santé de la population. Nous examinerons ensuite les groupements successifs qui se rapportent plus directement à l'accès aux soins, aux fournisseurs de soins, à l'intégration et la coordination, aux nouvelles façons de pratiquer et aux questions de qualité et de coût. On présente pour chaque thème un bref commentaire sur les enjeux qui se sont fait jour. Ceux-ci sont importants parce que, en partie, la définition des enjeux est une incidence en soi et bien qu'il soit important de mettre les résultats positifs au premier plan, il l'est également de tirer des leçons des travaux effectués dans les divers projets. Le lecteur peut prévoir certains des enjeux et résultats qui ressortiront. D'autres correspondent clairement à des leçons « nouvelles » qui peuvent s'appliquer dans le contexte d'administrations ou d'organisations diverses. L'Annexe fournit une liste complète de tous les résultats documentés.

## **Santé de la population et orientation communautaire (29 projets)**

Ces projets étaient centrés sur des questions de santé de la population ou des collectivités telles que l'allaitement naturel, l'immunisation, les questions de santé des femmes et des enfants, l'utilisation de pesticides, etc. Les facteurs de succès essentiels comprenaient la collaboration intersectorielle entre les villes, leurs organisations d'intervenants et les autorités sanitaires, un sentiment de soutien aux équipes assorti d'un partage du leadership et d'une prise de décision par consensus, en plus d'un respect des situations familiales particulières et de bonnes relations avec les familles. Il était difficile d'évaluer les répercussions précises sur l'état de santé, mais des données probantes ont été fournies sur une meilleure reconnaissance des déterminants de la santé, sur la connaissance des normes et des ressources liées au développement de l'enfant et à la santé, sur la diminution du recours au système de santé (visites chez le médecin et à l'urgence de centres hospitaliers), sur une connaissance et une

utilisation améliorées des ressources communautaires et sur des styles de vie plus sains (habitudes alimentaires, préparation des aliments, contrôle du poids, activité physique, dépendances, meilleure estime de soi), sur une meilleure coordination des opérations et sur un meilleur accès aux services.

### **Promotion de la santé et prévention des maladies (12 projets)**

Ces projets étaient centrés sur l'amélioration de la santé et du bien-être des individus et sur la prévention des maladies. Les interventions comprenaient l'éducation et la consultation relatives aux troubles de l'alimentation, aux activités et au logement pour une population vieillissante, aux soins cardiovasculaires, au VIH, à la grossesse, à la prévention des MTS, au tabagisme et à la consommation d'alcool, au mauvais usage des médicaments sur ordonnance, aux asthmatiques à risque ainsi qu'à la santé et la sécurité en milieu agricole.

### **Accès : a) aux services; b) à l'information (25 projets)**

Bon nombre de projets comprenaient, dans le cadre de leurs activités, des aspects liés à l'accès et décrivaient des stratégies visant à élargir l'accès en apportant des améliorations ou en identifiant des obstacles. Un projet validait une méthode de classement par ordre de priorité de l'accès à des services de santé appropriés et efficaces en se fondant sur le besoin et la possibilité d'en bénéficier. Ce domaine thématique comprenait les projets qui étudiaient les questions relatives à l'accès à titre de centre d'intérêt principal. Cela comprend les projets qui étaient centrés sur l'accès à un service unique, comme un service de physiothérapie à domicile (Programme enrichi de réadaptation en milieu rural), à un service en général (Du chaos à l'ordre : rationaliser les listes d'attente au Canada), ou à un service spécialisé comme l'urgence d'un centre hospitalier ou aux services de Centres de santé communautaire (Évaluation des services améliorés au Centre de santé communautaire de la CUPS). D'autres projets étaient centrés sur l'élargissement de l'accès aux services pour les populations plus difficiles à desservir en raison de la culture, comme les collectivités des Premières nations (La santé pour tous : établissements métis et Régie régionale de santé de Lakeland), de la géographie, comme les collectivités rurales et éloignées (Système de soins de santé primaires à distance) ou de la langue (La santé des francophones : des modèles pour les communautés francophones et acadiennes du Canada). On inclut également dans cette catégorie les projets qui étaient centrés sur l'accès à l'information, comme ceux qui font état de l'innovation en technologie (p. ex., Applications en télésanté : Projet national de recherche sur la télésanté pour les Premières nations) ou sur l'utilisation de la technologie pour améliorer l'accès aux soins pour les bénéficiaires (p. ex., Santé mentale en direct : un cas de gestion de l'information). Lorsqu'on a établi des liens entre les réseaux provinciaux de télésanté existants, les projets présentaient un taux d'efficacité très élevé. Certains projets ont permis de mettre au jour des avantages à court terme découlant directement des interventions antérieures

(le programme « Bébés en santé, enfants en santé »). Pour bien des programmes, le meilleur indice de la réussite était la stabilité du personnel, et le plus grand défi était le roulement du personnel.

### **Ressources humaines et éducation des intervenants en santé (15 projets)**

Les projets de cette catégorie mettaient au premier plan les problèmes rencontrés sur le plan des systèmes ou des fournisseurs individuels. Certains donnaient un aperçu des pressions résultant du manque de certaines ressources dans une région ou un cadre particulier, ou des gains de rendement réalisés grâce aux approches novatrices permettant d'aborder les questions de ressources humaines. On trouvait également dans cette catégorie les projets dans lesquels on mettait l'accent sur l'implantation d'approches novatrices permettant d'éduquer ou d'utiliser les intervenants en matière de santé. Les recommandations concernant la définition de rôles professionnels élargis ou étendus visaient l'établissement d'exigences de base pour s'inscrire aux programmes d'enseignement, l'élargissement des composantes cliniques des programmes, l'accès à la formation continue axée sur l'acquisition des compétences nécessaires et la formulation de définitions claires des normes et compétences essentielles. Un élément lié à l'éducation était de première importance dans bon nombre des projets qui ont été décrits en rapport avec d'autres domaines clés, en particulier dans ceux qui supposaient un changement de pratique ou la mise en œuvre de nouveaux modèles de pratique. Ces projets sont examinés dans leurs catégories respectives et ne sont pas répétés dans le présent domaine clé. Dans de nombreux projets, on a également déterminé que les contraintes de ressources humaines et de temps limitaient les résultats. Ces projets sont décrits dans la catégorie correspondant à leur principal domaine d'activité.

### **Aide à la prise de décision (9 projets)**

Ces projets faisaient ressortir ou évaluaient des stratégies qui favorisaient la planification des soins et de l'utilisation des ressources ou aidaient à ceux-ci. Les activités comprenaient l'élaboration et la diffusion de lignes directrices pour la pratique clinique (LDPC), l'établissement de protocoles, le développement d'outils de décision par Internet et la sensibilisation à la pratique fondée sur les données probantes ou aux pratiques exemplaires. Divers intervenants ont participé, dont des médecins, pharmaciens, infirmières et tous les fournisseurs de soins de santé prenant part à la prestation des soins, ainsi qu'un ordre professionnel de réglementation. Pour certains projets, les clients et membres de la communauté participaient également à la planification et au développement. Les facteurs de réussite quant au développement et à la mise en œuvre comprenaient la participation de fournisseurs de première ligne, une preuve solide des avantages et un processus de développement coopératif qui incluait tous les intervenants, surtout les médecins. Voici quelques exemples de projets : Evaluation of the impact of a policy change in coverage for respiratory drugs (Évaluation de l'incidence d'une modification de la politique de remboursement des médicaments utilisés pour traiter les troubles respiratoires); A Safety

Questionnaire for Dementia (Questionnaire sur la sécurité pour la démence); A Screening and Assessment for Family Caregivers (Sélection et évaluation pour les soignants membres de la famille); Development of a Stringent Method for Validating Guidelines (Élaboration d'une méthode rigoureuse pour valider les directives); a Protocol for Systematic Detection of Female Victims of Domestic Violence (Protocole pour la détection systématique de femmes victimes de violence familiale); Development of 10 Clinical Practice Guidelines to Facilitate the Nurse Practitioner's Role and Promote Continuity of Care (Élaboration de 10 lignes directrices pour la pratique clinique afin de faciliter le rôle de l'infirmière praticienne et favoriser le suivi des soins); CPG on Palliative Sedation (LDPC pour la sédation palliative); CPG on Congestive Heart Failure (LDPC pour l'insuffisance cardiaque congestive); National Evaluation of 193 Drug-Related Clinical Practice Guidelines (Évaluation nationale de 193 lignes directrices pour la pratique clinique liée aux médicaments).

### **Technologie de l'information : a) Outils b) Systèmes (15 projets)**

Détermination d'outils ou de systèmes spécifiques récemment développés afin de recueillir et de diffuser l'information destinée au projet pilote des outils normalisés et validés existants servant à aider les fournisseurs de soins dans l'évaluation globale des clients, la planification et la prestation des soins (p. ex., SACPAT, RAI-HC, CCAP, ISAR, Guide d'information pour les clients et intervenants en oncologie).

### **Intégration des soins et prestation de services (49 projets)**

Ces projets ont fait état des démarches concertées, des améliorations apportées aux modèles de communication et des efforts de constitution d'équipe comme les stratégies pour embaucher des médecins de famille, la mécanique d'établissement d'une pratique multidisciplinaire et le rétrécissement du fossé entre les fournisseurs de soins de première ligne et le personnel en santé communautaire. Les projets évaluaient des modèles de prestation de services dans un grand nombre d'établissements (p. ex., Centres de santé communautaires, CLSC, régies régionales de la santé, établissement métis, cliniques satellites, hôpitaux) pour une large gamme de soins (p. ex., soins palliatifs, insuffisance cardiaque congestive, diabète, ACV, santé mentale, autisme, soins prénatals et postnatals) et visaient un grand nombre de participants et d'intervenants (p. ex., gestionnaires de cas, médecins, infirmières praticiennes, superviseurs et intervenants pour le soutien à domicile, fournisseurs de services communautaires et hospitaliers, pharmaciens, gouvernements provinciaux et régionaux, organisations des services éducatifs, sociaux et de santé, associations de parents, anciens des Premières nations). Les activités qui facilitaient le processus d'intégration comprenaient la constitution d'équipes, les séances de sensibilisation, la documentation sur les services communs et les liens entre les organismes et dirigeants communautaires, les méthodes de diffusion de l'information sur les changements et la capacité d'établir un consensus sur une combinaison approche/services.

## **Suivi des soins (9 projets)**

Ces projets mettaient en évidence diverses approches améliorées permettant d'assurer la constance des soins et des fournisseurs tout au long du continuum des soins allant du premier contact à l'admission jusqu'aux soins de longue durée ou au décès. Les projets ont également mis en évidence les obstacles les plus courants rencontrés lors du suivi des soins. On a déterminé des facteurs critiques permettant la transition sans heurt de la responsabilité des soins entre les établissements et les fournisseurs, comme les connaissances solides des fournisseurs de soins relativement aux ressources communautaires pour assurer des aiguillages appropriés et l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés qui peuvent s'articuler entre eux afin de garantir la continuité des soins et la comparabilité des données d'un secteur à l'autre.

## **Soutien social (14 projets)**

Les projets de cette catégorie ont mis en évidence un soutien amélioré pour les gens dont la situation sociale était un déterminant de la santé. Des domaines d'intervention faisaient état de la diversité et de la complexité d'une population difficile comme celle qui a survécu à la torture et aux traumatismes, les parents adolescents, les femmes victimes de violence familiale, les jeunes en difficulté, les femmes dans l'économie agricole, les familles à faible revenu, les enfants victimes de violence ou de négligence et les récidivistes. La collaboration intersectorielle était un facteur de succès essentiel pour de nombreux projets.

## **Changements de pratique a) Général (40 projets)**

On a mis au premier plan de nouvelles méthodes novatrices de planification et de prestation de soins pour différents fournisseurs de soins (p. ex., médecins, fournisseurs de services, équipe soignante, infirmières praticiennes, pharmaciens). Parmi les exemples, on retrouvait de nouveaux modèles de soins primaires, des soins palliatifs à domicile, le Programme d'approche communautaire en pédiatrie/psychiatrie et éducation, une évaluation des soins de santé mentale partagés en pratique de soins primaires, des soins infirmiers psychiatriques à domicile, des soins regroupés, un modèle de prestation des services pour les personnes âgées fragiles, un projet de prise en charge accrue des cas, des télésoins, un protocole de soins aux asthmatiques administré par la collectivité et un programme enrichi de réadaptation en milieu rural. On incluait également les projets qui ont précipité des changements de pratique par la mise en œuvre et l'exécution de directives propres aux conditions spécifiques (p. ex., lignes directrices pour la pratique clinique (LDPC) en matière de sédation palliative) ou les changements dans le rôle des fournisseurs (p. ex., création du poste de chef du développement des soins de santé primaires). Les facteurs de succès essentiels comprenaient une mise en œuvre progressive, afin que les soins demeurent ininterrompus pendant que les fournisseurs changent leurs modes de prestation, la fourniture d'un enseignement, d'une formation et d'un

soutien technique appropriés ainsi qu'un ressourcement adéquat permettant à l'infrastructure de fournir ce soutien, en plus de liens efficaces entre la collectivité et divers autres groupes gouvernementaux et non gouvernementaux.

### **Changements de pratique : b) Usage de médicaments / Éducation de la clientèle et du médecin (11 projets)**

Ainsi qu'il ressort des catégories associées aux thèmes principaux, certains projets s'appliquaient directement à la prescription de médicaments et aux initiatives permettant d'élargir la base de connaissances des praticiens qui prescrivent. On ciblait particulièrement les prescriptions de benzodiazépines (gestion du sommeil et de l'anxiété), de diurétiques thiazidiques (hypertension), d'agonistes B2 et de stéroïdes inhalés (prise en charge de l'asthme) ainsi que d'antibiotiques (infection).

### **Efficacité par rapport aux coûts (16 projets)**

Ces projets avaient pour but de montrer la réduction des coûts, au niveau systémique ou individuel, qui résultait des interventions faites dans le cadre des projets. Bien que de nombreux projets aient fait état de l'inclusion d'une méthode économétrique, peu d'entre eux avaient comme intérêt principal l'établissement des coûts. Au nombre des projets les plus visibles en matière d'efficacité par rapport au coût figurait la série d'études réalisées dans le cadre d'une évaluation nationale de l'efficacité par rapport au coût des soins à domicile (National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care). Les projets dans lesquels on examinait les coûts étaient centrés sur la comparaison entre les coûts des soins à domicile et ceux des soins institutionnels (malade hospitalisé, ANS et services d'urgence, soins en établissement, soins de longue durée). Dans l'ensemble, il n'y a pas eu d'évaluation économique approfondie ou rigoureuse, bien que les projets aient quand même fait ressortir de nombreux éléments qui semblaient réduire les coûts ou offrir une possibilité de réduction à plus long terme.

### **Qualité des soins (4 projets)**

Ces projets montraient de quelle façon on avait amélioré la qualité des soins au moyen d'interventions ciblées ou en évaluant la façon dont les soins reçus étaient perçus par les bénéficiaires. Bien que seulement trois projets étaient plus particulièrement centrés sur l'évaluation de la qualité des soins, nombre d'autres projets incluaient la qualité des soins comme partie intégrante de leurs activités, mais ne faisaient pas état de cet élément en particulier.

## Renforcement des capacités

L'effet de levier financier du FASS s'est révélé utile pour de nombreux projets qui ont été en mesure d'élargir la base de financement de leurs innovations. Surtout, comme l'ont indiqué les personnes interrogées, les projets ont été en mesure de justifier la nécessité d'un financement continu après l'achèvement du projet au moyen des données probantes qui ont été produites, montrant les gains de rendement, les résultats pour la santé, et ainsi de suite. Des projets ont été poursuivis et, dans certains cas, développés au-delà de leur champ d'application initial.

Il y a eu renforcement de la capacité financière pour certains [traduction] « *mais il y eu énormément de contributions en nature. Cela a certainement permis un renforcement des capacités dans de petites organisations et leur a fait découvrir un processus de réflexion analytique et critique* » (VP). Le renforcement des capacités a été accentué par une gestion de projet efficace et, pour certains projets, une gestion « *phénoménale* ».

[traduction]

*De par son existence, le financement a « réveillé » bon nombre de personnes et les a fait réfléchir... ceci est un des éléments du renforcement de la capacité que nous n'avons pas vraiment pris en compte. (D)*

[traduction]

*Je sais que partout au pays il existe des initiatives qui font pression sur les régions régionales de la santé et sur les gouvernements; certains songent à contribuer au financement de structures existantes par suite des résultats du FASS. Je ne peux vous donner d'exemples précis, mais d'après mes travaux en élaboration de politiques, je sais que c'est le cas. (D)*

Dans l'ensemble, les personnes interrogées estimaient que le FASS avait entraîné de nombreuses conséquences positives. Celles-ci étaient multidimensionnelles et se faisaient sentir à de nombreux paliers décisionnels, au niveau de toutes les administrations et à tous les échelons géographiques. Il existait essentiellement deux genres d'innovations, à savoir l'adaptation d'« *idées stupéfiantes auxquelles personne n'a pensé* », et la mise en pratique d'« *idées empruntées* » dans des contextes locaux.



# Utilité des projets du FASS

Nous avons demandé aux chercheurs principaux dans quelle mesure étaient appliquées les connaissances découlant des projets. Les trois figures ci-dessous illustrent la nature et l'étendue de l'application des connaissances. Le quart des personnes interrogées estimait qu'il existait une application directe considérable des connaissances acquises grâce au FASS de la part des consommateurs de soins de santé. Dans une proportion de 91 %, les personnes interrogées estimaient que les décideurs avaient lu et compris les connaissances découlant de leurs projets du FASS respectifs.

Pour la moitié, les chercheurs principaux étaient d'avis que l'on citait ou que l'on se référait aux connaissances assez ou très souvent, tandis que 42 % estimaient que les connaissances du FASS étaient *influentes* lors de prises de décisions stratégiques. Entre-temps, 46 % des personnes interrogées étaient d'avis que les connaissances étaient *influentes* lors de prises de décisions aux niveaux de la prestation de services et de la pratique. Cependant, 52 % des personnes interrogées ont également noté que les connaissances du FASS représentaient la cause directe des modifications des politiques, tandis que 63 % estimaient qu'elles étaient la cause directe de changements dans la prestation de services et dans la pratique.

Figure 6a

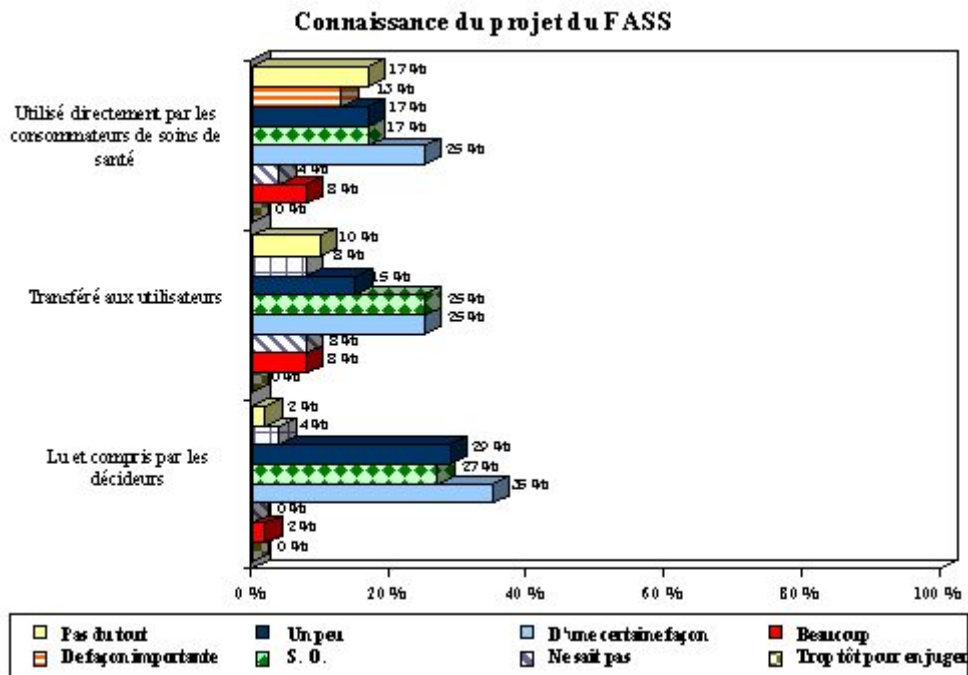


Figure 6b

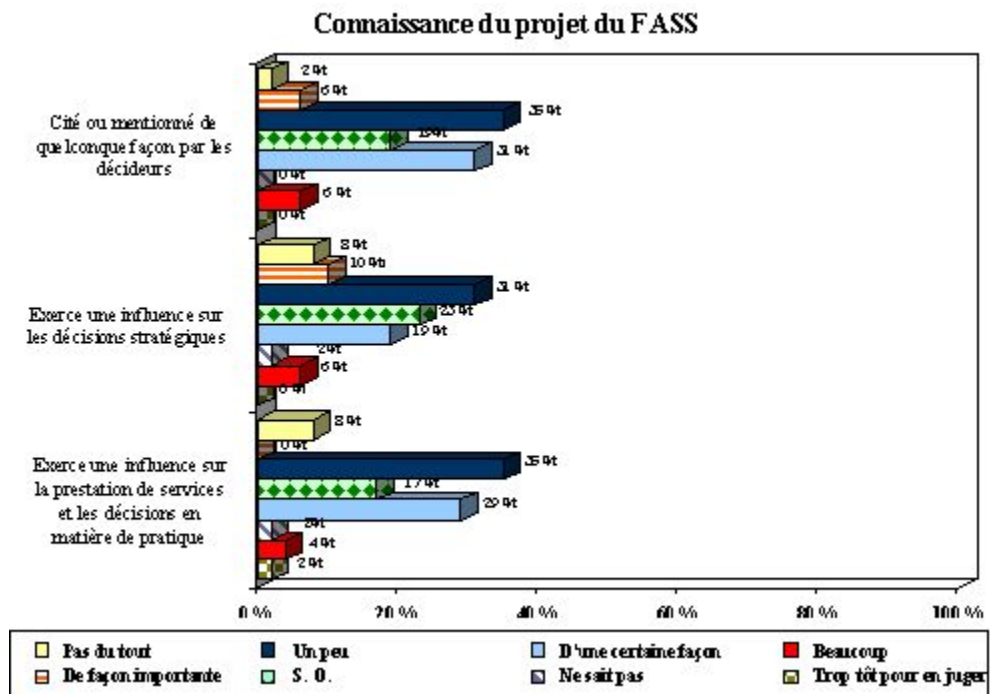
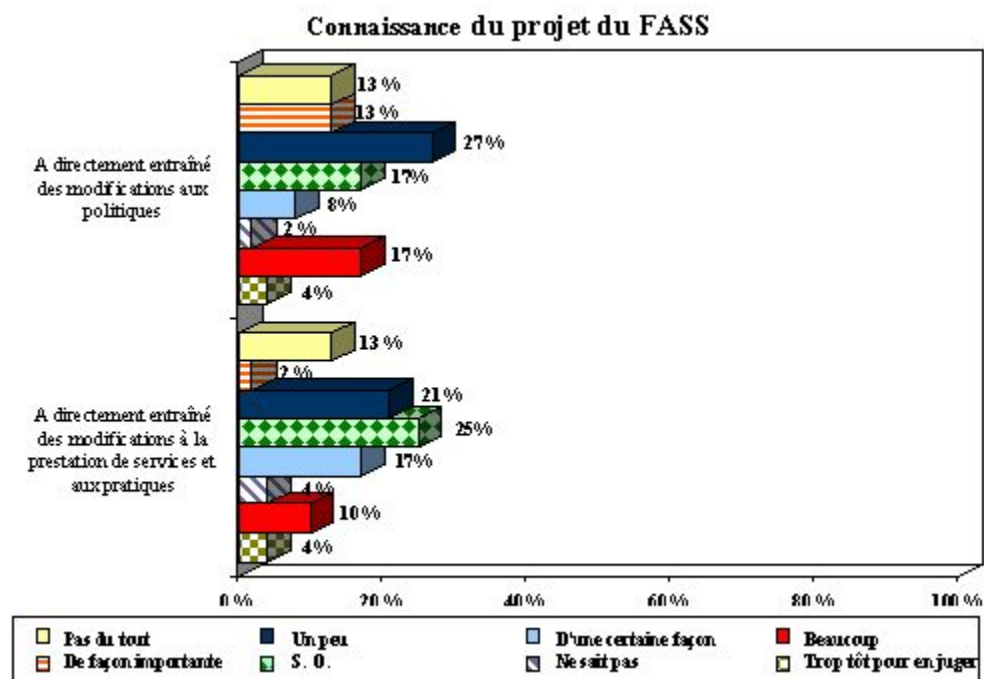


Figure 6c



## Ressources développées

Les projets du FASS ont produit de nombreux *résultats*. Un examen de toutes les ressources documentées contenues dans les feuillets d'information des projets nous a permis de définir les groupes de ressources suivants :

- ❑ **Documents de politique** – Ressources aidant au développement et à la documentation de structures de systèmes et de méthodes de fonctionnement, à l'élaboration de programmes et à la formation de partenariats.
- ❑ **Outils d'évaluation** – Instruments (validés ou non; développés ou préexistants) permettant d'évaluer ce qui suit : besoins et risques en matière de santé; état de santé des clients; soignants; troubles médicaux particuliers ou communauté.
- ❑ **Planification et évaluation de programme** – Ressources aidant les planificateurs, administrateurs, directeurs et fournisseurs de soins de première ligne à concevoir, à planifier et à mettre sur pied de nouveaux programmes et modèles de prestation de services et de nouvelles approches ou à faire enquête sur l'état de santé de la population. Outils permettant d'évaluer les résultats et les répercussions de nouveaux programmes et nouvelles approches.
- ❑ **Matériel pédagogique pour le fournisseur** – Outils aidant à la formation ou à l'éducation permanente des fournisseurs (professionnels et soutien) concernant des troubles particuliers ou des maladies, des personnes ou des approches particulières. Ressources pédagogiques utilisées pour la formation de fournisseurs, pour enseigner aux clients et aux soignants.
- ❑ **Matériel pédagogique pour le client ou le patient** – Outils aidant à l'éducation des clients et soignants, pour permettre une meilleure connaissance et compréhension de l'intervention, de l'état, du processus morbide et améliorer la gestion de la santé (prévention des maladies et promotion de la santé).
- ❑ **Collecte de données et production de rapports** – Outils aidant à la collecte et à la communication de données de programmes ou au soutien technologique pour mettre les renseignements sur papier sous forme électronique.
- ❑ **Aide à la prise de décision** – Outils aidant les fournisseurs (professionnels) à déterminer l'approche spécifique nécessaire à une intervention ou à une condition particulière, ayant pour résultat une approche normalisée pour tous les fournisseurs et établissements. Généralement fondés sur des données probantes.

Du point de vue des incidences, ces ressources pourraient être utilisées au-delà de la durée des projets eux-mêmes, en fonction des résultats prévus des projets à long terme. Elles constituent des exemples tangibles des réalisations issues des projets et représentent l'héritage local, sinon provincial et national, du rôle qu'a joué le FASS dans les soins de santé.

## Soins de santé améliorés

Au cours de notre enquête auprès des chercheurs principaux, nous avons également demandé si les projets du FASS avaient permis d'apporter des améliorations à la façon dont les soins de santé sont dispensés. Les réponses faisaient clairement voir que les chercheurs principaux étaient d'avis que des améliorations s'étaient produites à divers niveaux. Dans une proportion de 69 %, ils estimaient que le projet avait amélioré les soins de santé dans leur propre organisation, tandis que 64 % estimaient que c'était le cas pour d'autres organisations.

De même, 70 % étaient d'avis que le projet avait amélioré les soins de santé dans leur propre communauté et 63 % estimaient qu'il avait amélioré les soins dans leur province. Pour une autre tranche de 43 %, le projet avait amélioré les soins dans d'autres provinces ou à l'échelle nationale (29 % des personnes interrogées n'étaient pas certaines que cela était le cas).

Quelque 65 % des personnes interrogées estimaient que le projet du FASS avait permis d'améliorer la santé des consommateurs et 78 % étaient d'avis qu'il avait amélioré la façon dont les professionnels de la santé et les autres intervenants dispensaient les soins. Enfin, 71 % des chercheurs principaux estimaient que le projet améliorait l'apprentissage, l'éducation et la formation des professionnels de la santé.

Bien que nous ne possédions pas les données fragmentaires permettant d'examiner en détail les éléments qui ont été influencés et améliorés, les données ont démontré de façon constante que les incidences ont été nombreuses et variées, et que bon nombre d'entre elles étaient considérées comme importantes.

Figure 7a Améliorations découlant des projets du FASS

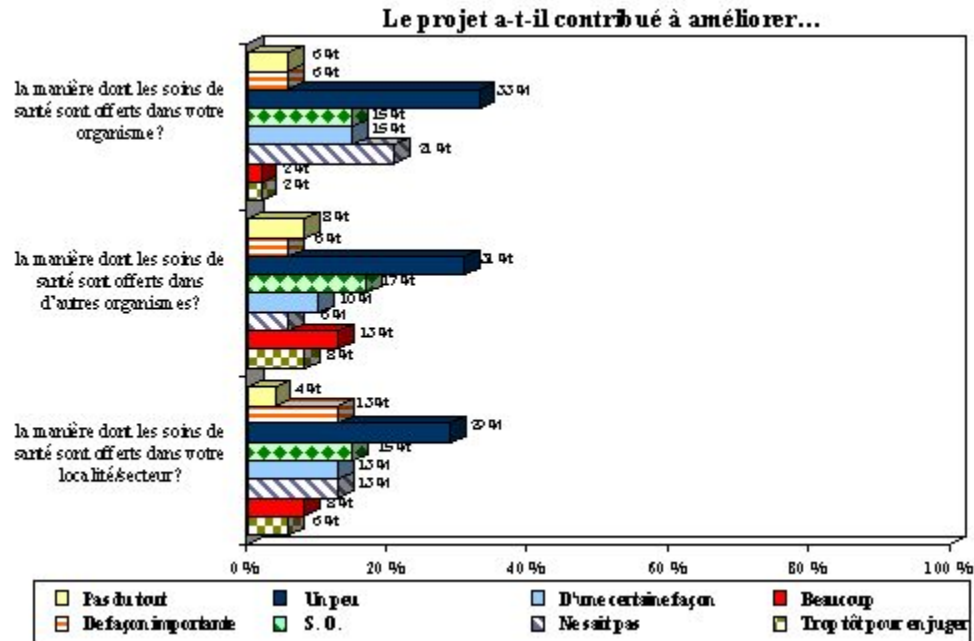
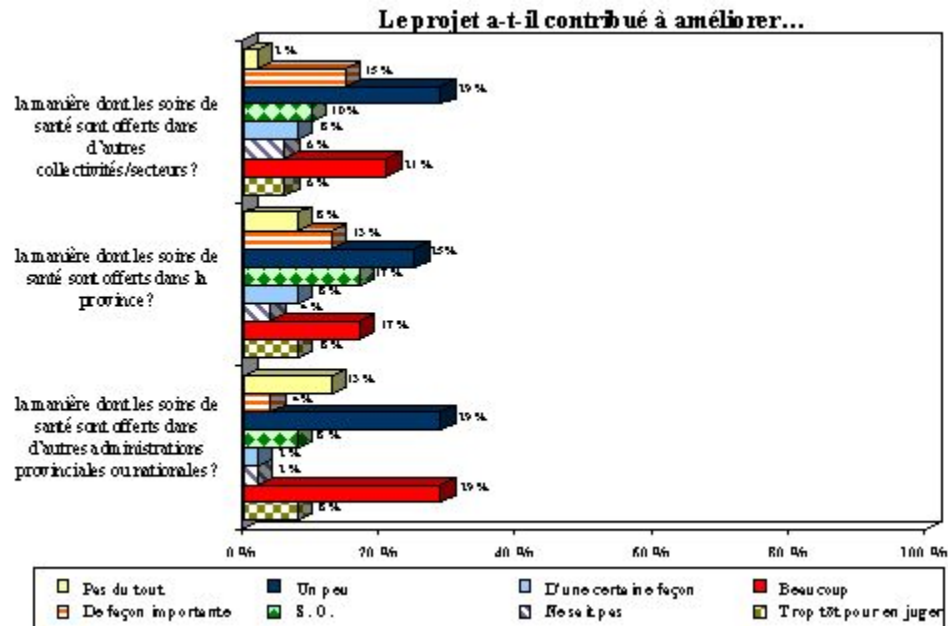
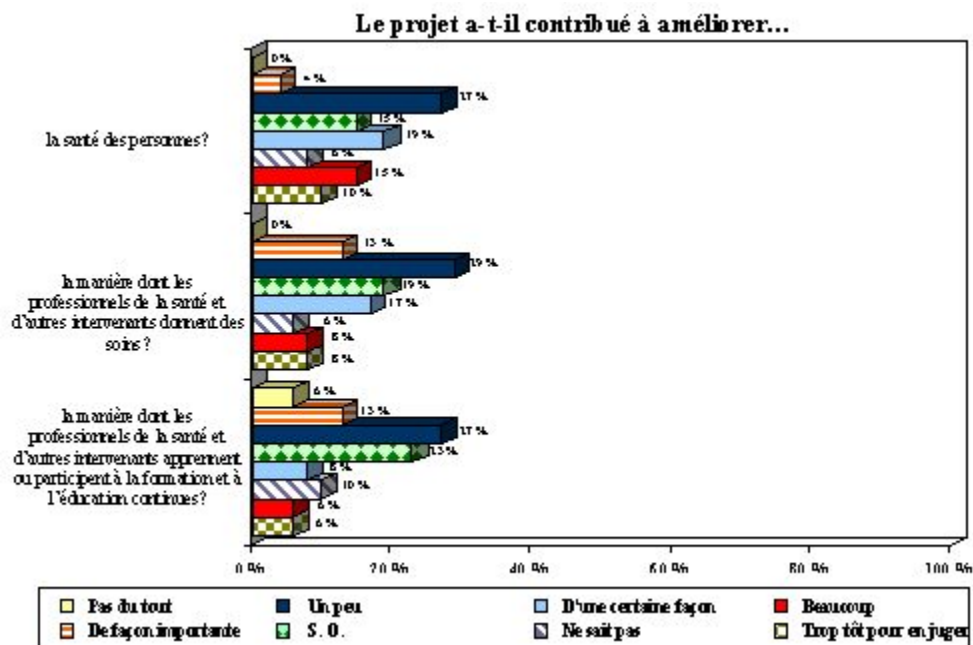


Figure 7b Améliorations découlant des projets du FASS



**Figure 7c Améliorations découlant des projets du FASS**



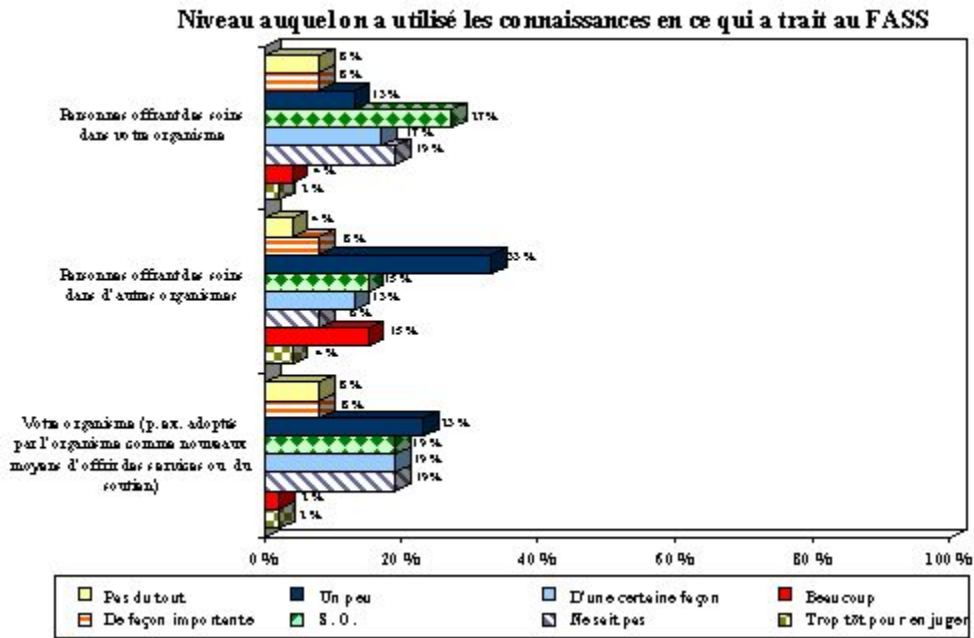
## Niveau d'utilisation

Les chiffres ci-dessus sont corroborés par les données d'enquête concernant les niveaux d'utilisation des connaissances issues du FASS. Soixante-cinq pour cent des répondants ont indiqué que les connaissances acquises dans le cadre des projets du FASS avaient été utilisées au sein de leur organisation, tandis que 69 % d'entre eux étaient d'avis que ces connaissances avaient été utilisées dans d'autres organisations.

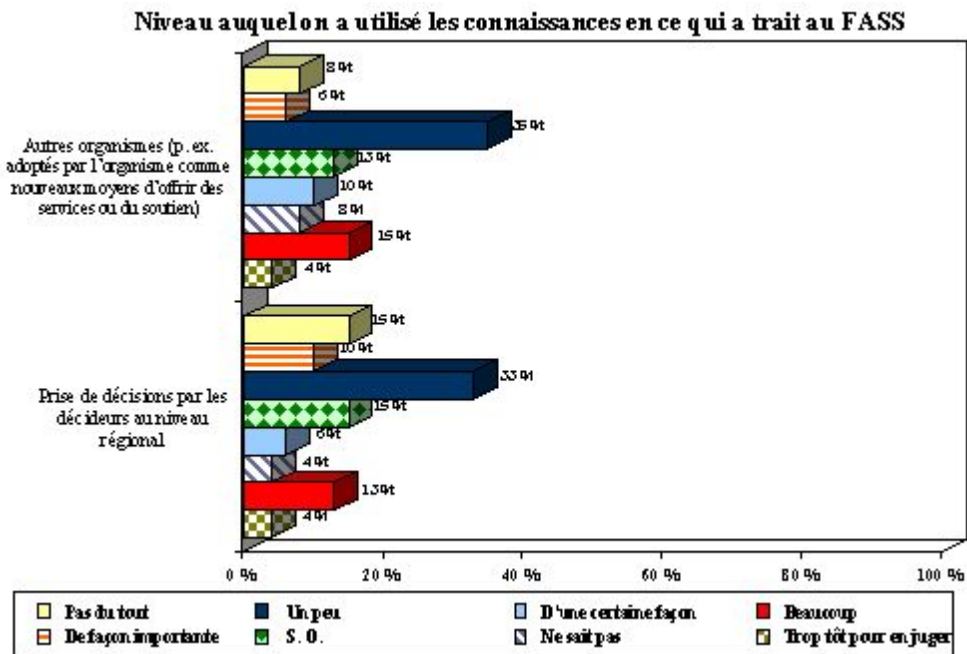
Soixante-neuf pour cent des répondants estimaient que les connaissances issues du FASS avaient changé la façon dont l'aide et les services sont fournis au sein de leur organisation, et 64 % des répondants étaient d'avis qu'il en était de même dans d'autres organisations.

Les répondants étaient d'avis que les connaissances issues du FASS étaient utilisées à un méso-niveau et à un macro-niveau, 64 % d'entre eux ayant indiqué qu'elles étaient utilisées à l'échelle régionale, 63 % qu'elles étaient utilisées à l'échelle provinciale et 40 % qu'elles étaient utilisées à l'échelle nationale.

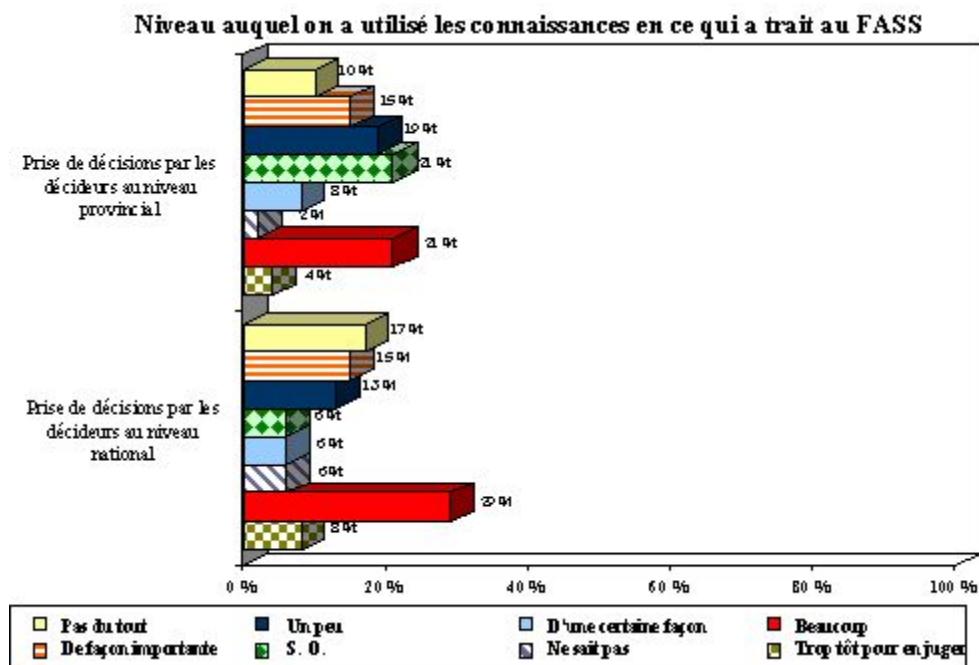
Figures 8a Niveau d'utilisation des connaissances issues du FASS



Figures 8b Niveau d'utilisation des connaissances issues du FASS



Figures 8c Niveau d'utilisation des connaissances issues du FASS



## Culture de prise de décisions fondée sur des données probantes

[traduction]

« Globalement, le projet a contribué à donner l'habitude d'expérimenter plutôt que de se contenter de présumer que quelque chose fonctionne. Il a favorisé l'évaluation continue des programmes et des méthodes. » (Décideur)

Plusieurs participants interrogés ont fait observer que le FASS avait contribué à l'établissement et au soutien d'une culture de prise de décisions fondée sur des données probantes dans les organisations de soins de santé de deux manières : d'une part, le projet lui-même s'appuyait sur une telle culture (collecte de données, compilation des résultats et prise de décisions fondée sur ces résultats); d'autre part, les projets étayaient l'idée de recherche raisonnée plus globalement et contribuaient à la faire progresser au Canada.



[traduction]

*« La véritable raison d'être du FASS était d'établir des éléments probants pouvant être utilisés pour influencer sur les orientations. Je ne pense pas qu'il était si important de mettre au point un outil précis. Cela est le travail des cliniciens. L'enjeu du FASS n'était pas la consultation clinique, mais la façon d'utiliser les outils sur le terrain. Il s'agissait avant tout d'implanter de nouvelles façons de faire. » (Vérificateur de projet)*

Une personne interrogée, bien qu'étant favorable à une culture de prise de décisions fondée sur des données probantes, estimait qu'il s'agissait « d'une initiative sans lendemain ». Sa crainte était liée au fait que l'établissement, l'épanouissement, l'amélioration et le maintien d'une telle culture exigeaient un soutien constant. *« Sinon, on consacre énormément d'énergie à élaborer de nouvelles façons de faire qui ne durent pas ou encore à collecter des fonds. »* (Vérificateur de projet) Ce soutien peut prendre différentes formes : financement, engagement des organisations à transmettre le savoir et à utiliser les éléments probants, une partie du temps du personnel réservée aux activités relatives aux éléments probants, partenariats pour une culture de prise de décisions fondée sur des données probantes, intérêt accru et établissement de programmes de recherche et ainsi de suite. Une condition importante de réussite à cet égard est de poursuivre sur la lancée du FASS.

[traduction]

*« Il me semble qu'on a enfin presque atteint une "masse critique" en ce qui touche à la recherche sur le système de santé, dans une large mesure grâce au FASS. » (Décideur)*

Un autre décideur était moins catégorique au sujet de l'apport du FASS à la culture de prise de décisions fondée sur des données probantes, faisant observer que le projet *« appuyait une telle culture plutôt qu'il ne l'encourageait en rendant les données probantes accessibles »*. Les gens, pensait-il, n'ont pas nécessairement à être convaincus de son utilité, le FASS ayant plutôt servi à faciliter les choses.

La culture de prise de décisions fondée sur des données probantes est elle-même attestées par ce vérificateur de projet. *« Avant le FASS, il incombait aux planificateurs et aux chercheurs expérimentés, et non aux gens ordinaires comme moi, de faire ce genre de travail. Ça été une expérience assez incroyable. Nous avons bénéficié d'une confiance et d'un soutien exceptionnels pour accomplir notre tâche : nous avons les fonds, nous avons des partenaires et nous avons le soutien nécessaire pour mener une recherche sur le terrain vraiment utile et de grande qualité. Ce qu'il en est ressorti était parfaitement adapté à ce que nous devons faire maintenant. »* Le vérificateur de projet a fait remarquer qu'avant le FASS, les petits projets devaient faire partie de projets plus importants pour pouvoir bénéficier de sommes provenant de fonds de recherche. Le FASS permet d'affiner des idées simples, qui peuvent être mises en oeuvre par des *« personnes sans expérience »* qui, dans la pratique, assurent la prestation des services qu'il faut élaborer et mettre à l'essai.

La culture de prise de décisions fondée sur des données probantes constitue en elle-même une évolution importante en ce sens qu'elle impose fréquemment aux décideurs, aux gestionnaires, aux intervenants de première ligne et même aux clients et aux patients une façon différente de voir les choses. Cette évolution imprègne tout le système de prestation de soins de santé, sans qu'on ait le sentiment que l'expérience est d'une durée limitée, un autre pari difficile quand on examine l'incidence globale du FASS. Le même vérificateur de projet faisait en outre observer ce qui suit :

[traduction]

*« Le projet visait essentiellement à assurer le passage d'un mode de prestation de soins de santé délimité dans le temps à un mode de prestation axé sur le client et sur ses besoins en soins de santé. Cela est très important du point de vue de la façon dont nous fonctionnons, important du point de vue de la vision de la prestation des soins que propose la nouvelle culture. Ce qui est certain, c'est qu'un changement radical de mentalité s'imposait et que nous avons dû faire constamment le nécessaire à cet égard pour convaincre les organismes que c'est la meilleure façon de fournir les services. Nous avons aussi dû convaincre les clients du bien-fondé de la démarche, lesquels se posent des questions quand leur « travailleur » ne reste pas avec eux pendant toute une heure pour leur bain, comme il le faisait auparavant. Nous avons découvert, en faisant ce travail de persuasion auprès des clients, que la démarche contribue en outre à donner à ces derniers les moyens de travailler avec les intervenants, plutôt que céder à la facilité et attendre qu'on fasse les choses pour eux. » (Vérificateur de projet)*

Quatre-vingt-onze pour cent des répondants étaient parfaitement d'accord ou d'accord que les projets avaient apporté de l'information et des connaissances nouvelles. Quatre-vingt-deux pour cent des répondants étaient d'avis que les projets avaient favorisé le développement d'une culture de prise de décisions fondée sur les données probantes (voir la figure 9a ci-dessous).

## Contribution à la recherche

Les personnes interrogées s'accordaient généralement à reconnaître que le FASS avait favorisé la recherche au Canada, notamment en permettant aux organisations d'avoir accès à des fonds à un niveau national pour des projets qui, normalement, ne bénéficieraient pas du soutien financier des organismes de financement traditionnels (bien que cela soit moins vrai depuis 2004 à cause de l'établissement de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé).

[traduction]

« [Le FASS] a permis aux gens de définir certaines populations et leurs besoins particuliers, afin qu'on puisse élaborer des projets destinés à répondre à ces besoins, plutôt que des projets globaux, de plus grande envergure. Il appuie l'idée que nous devons tous travailler à certains éléments du système - des petits bouts de l'ensemble - pour le faire évaluer et l'améliorer. Il nous a permis de définir avec beaucoup de précision quels étaient les points que nous devons améliorer et ce que nous pouvions faire, de façon réaliste, pour y parvenir. Il nous a aidé à diviser les choses à faire en tâches qu'il est possible de mener à bien séparément. » (Vérificateur de projet)

[traduction]

« Le FASS comblait une lacune du point de vue des études inter sectorielles multigouvernementales de grande envergure. Son caractère unique tient à la fois au financement, à l'étendue et à la nature appliquée de la recherche. » (Vérificateur de projet)

[traduction]

« La principale difficulté à laquelle je fais face en tant que chercheur est d'obtenir les fonds plus importants nécessaires pour des projets intersectoriels multigouvernementaux. Cela était tout simplement impossible avant le FASS. » (Vérificateur de projet)

Un chercheur a fait observer qu'une fois le projet terminé (et son financement interrompu), il a été très difficile d'en assurer le maintien, l'équipe devant non seulement continuer de s'occuper du projet - ou plutôt de s'efforcer d'obtenir les résultats initialement prévus -, mais en plus consacrer un temps considérable à tenter de rencontrer d'éventuels bailleurs de fonds pour obtenir de petits montants des fonds accessibles à l'échelle locale. [traduction] « C'est extrêmement difficile, assure-t-il, d'accomplir quelque chose de vraiment concret quand on est constamment à la recherche d'argent pour financer les projets. » Cette observation attire à nouveau l'attention sur le problème soulevé précédemment au sujet de l'appui à la culture de prise de décisions fondée sur des données probantes, à savoir que c'est bien de soutenir de façon ponctuelle les projets, mais qu'il faudrait peut-être en faire davantage pendant la période de financement proprement dite et au-delà de cette période afin de permettre aux projets de poursuivre sur leur lancée. Si on ne met pas au point de « catalyseurs du changement », on risque de ne jamais atteindre complètement les objectifs primordiaux du FASS et de gaspiller le potentiel de changement.

Un décideur a fait remarquer que la promotion des projets du FASS était assurée au moyen d'activités régionales, lesquelles [traduction] « favorisent vraiment la conception d'idées innovatrices ». Encore une fois, comme l'observation est revenue constamment dans notre évaluation de l'incidence, [traduction] « bon nombre des projets n'auraient pas eu lieu s'il n'y

*avait pas eu l'argent du FASS pour en stimuler la réalisation ». De plus, cet effet stimulant s'est révélé plus puissant à l'échelle locale, offrant à des personnes la possibilité d'entreprendre des recherches qu'elles n'auraient peut-être pas pu réaliser sans le Fonds.*

[traduction]

*« La contribution du Fonds à la recherche est sans doute qu'elle a permis à des chercheurs sans expérience et disposant de peu de moyens de faire quelque chose et de bénéficier du soutien nécessaire pour y arriver. » (Décideur)*

[traduction]

*« Sans le FASS, les projets réalisés ici [province] ne l'auraient jamais été, vous pouvez en être certains. Nous (...) n'avons pas les ressources requises pour faire ce genre de chose sans une aide massive. » (Décideur)*

Un décideur a fait remarquer qu'en ce qui touche aux projets en rapport avec l'assurance-médicaments, les études appliquées ont permis d'acquérir de nouvelles connaissances dont on avait besoin, mais sur lesquelles les chercheurs ne s'étaient pas encore penchés. Les projets ont fait contrepoids aux nombreuses études financées par l'industrie qui, malgré leur objectivité, sont souvent perçues comme étant tendancieuses. Certains aspects de l'industrie pharmaceutiques, notamment l'étendue de la garantie offerte par les assurances, n'avaient fait l'objet que de très rares recherches avant les projets du FASS. Ces projets offraient l'assurance de la gestion de la qualité, dans des secteurs où la plupart des recherches antérieures avaient été réalisées par l'industrie. Autrement dit, le FASS a pu favoriser la réalisation de recherches indépendantes et impartiales, une condition essentielle dans un secteur comme celui des produits pharmaceutiques. De nombreux rapports utiles ont été rédigés, parmi lesquels la vue d'ensemble des bases de données fédérales/provinciales/territoriales sur la consommation de médicaments (qui a depuis servi de document de référence pour une conférence).

Autre preuve que le FASS a contribué à la recherche au Canada (et à l'étranger), 92 % des répondants à l'enquête ont affirmé que leurs projets respectifs avaient comblé une lacune en matière de recherche (figure 9a).

## **Nouvelles connaissances actuelles et utiles**

Même si certaines personnes interrogées ont formulé des réserves quant à la qualité de la recherche, nombreux sont les exemples de réussites quant à la contribution du FASS à l'acquisition de nouvelles connaissances actuelles et utiles, notamment dans le domaine des soins à domicile.

[traduction]

*« Il a fallu tout juste un peu plus de cinq ans pour que nous ayons accès à un système national de rapports sur les soins à domicile mis sur pied par l'Institut canadien d'information sur la santé. Si cela a été possible, c'est principalement grâce à une subvention du FASS. » (Vérificateur de projet)*

Le fait que les projets réalisés dans chaque région s'inscrivaient dans les plans d'action des participants eux-mêmes garantissait l'utilité et l'importance du travail effectué.

[traduction]

*« [Ils étaient] bien reliés entre eux et le processus était bien organisé. Résultat, nous avons accès à l'information dont nous avons besoin. Tout fonctionnait à merveille et était bien adapté à nos besoins. » (Décideur)*

[traduction]

*« La manière dont l'équipe du FASS travaillait avec les provinces et les territoires faisait en sorte que nous avons tous notre mot à dire dans ce qui se passait à l'échelon local. Aussi l'information accessible est-elle pertinente, utile et adaptée au système de soins de santé en place. » (Décideur)*

Une information utile et pertinente offre en outre un avantage durable. En effet, un grand nombre d'outils, de manuels, de politiques et de procédures sont établis, lesquels, si on les fait largement connaître, peuvent faire gagner énormément de temps à ceux qui travaillent à mettre en branle des projets semblables à ceux qui ont été réalisés. De plus, c'est [traduction] *« formidable quand les gens demandent des renseignements (...) et qu'on peut les leur fournir gratuitement. L'information est accessible pour toute la population. Il me semble que c'est une excellente façon d'utiliser les fonds publics. » (Décideur)*

Un projet en particulier illustre bien le caractère durable de l'utilité des connaissances acquises. Au moment où ce projet se terminait, il avait déjà permis de mettre en place un processus que d'autres avaient la possibilité d'intégrer à leur façon de faire. Ainsi, l'élément durable à long terme est le transfert de connaissances implicite, prévu quoique informel, d'une *deuxième phase* de la Hiérarchie des incidences, dans laquelle les résultats et les processus sont utilisés, pendant que les innovations sont perfectionnées et diffusées au fil du temps dans l'ensemble des administrations publiques et des organisations.

Autre résultat rassurant, 88 % des répondants ont indiqué que l'information acquise dans le cadre de leurs projets du FASS respectifs était pertinente et utile pour la clientèle cible. Par ailleurs, même si plus de 80 % des répondants estimaient que les nouvelles connaissances acquises étaient d'excellente qualité, le fait que près de 20 % des répondants n'en étaient « pas certains » pourrait peut-être inquiéter (figure 9b).

Figure 9a Utilité des projets du FASS

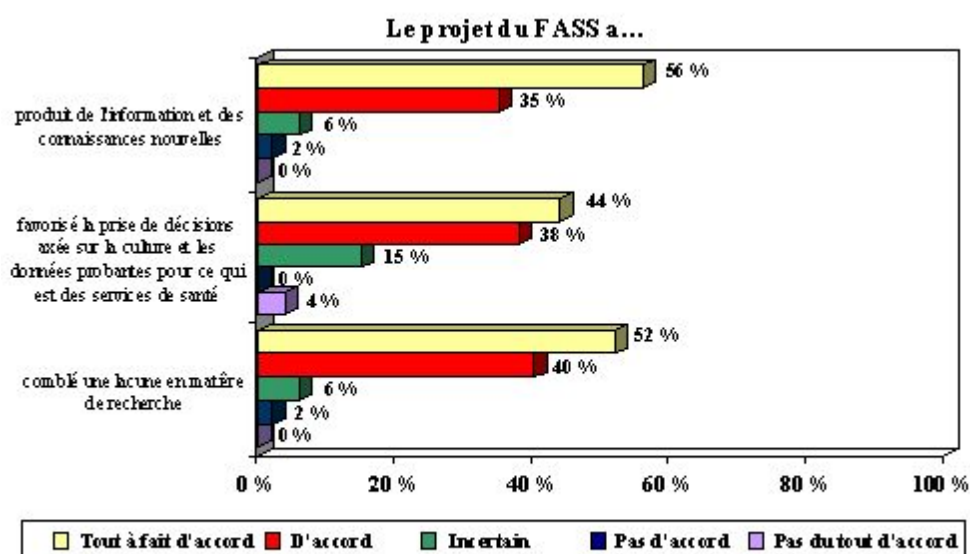
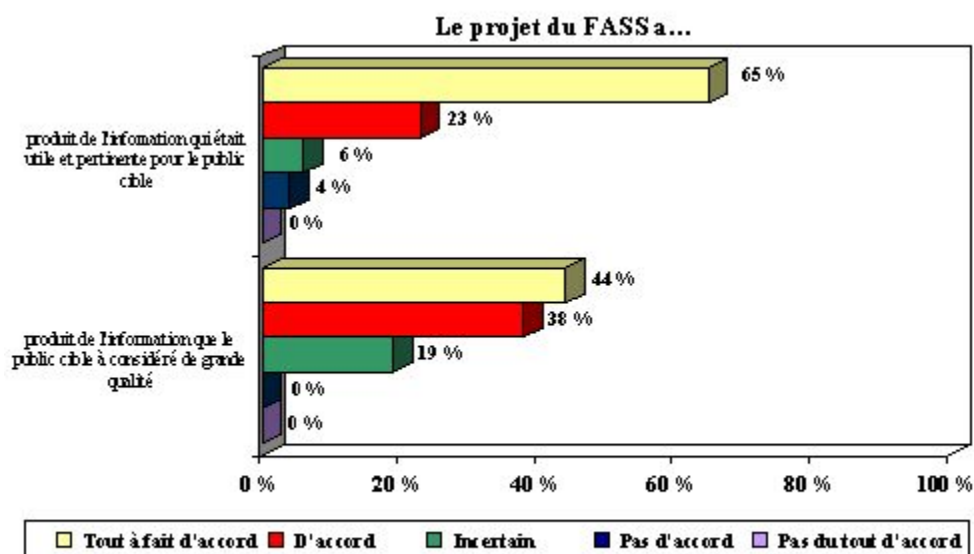
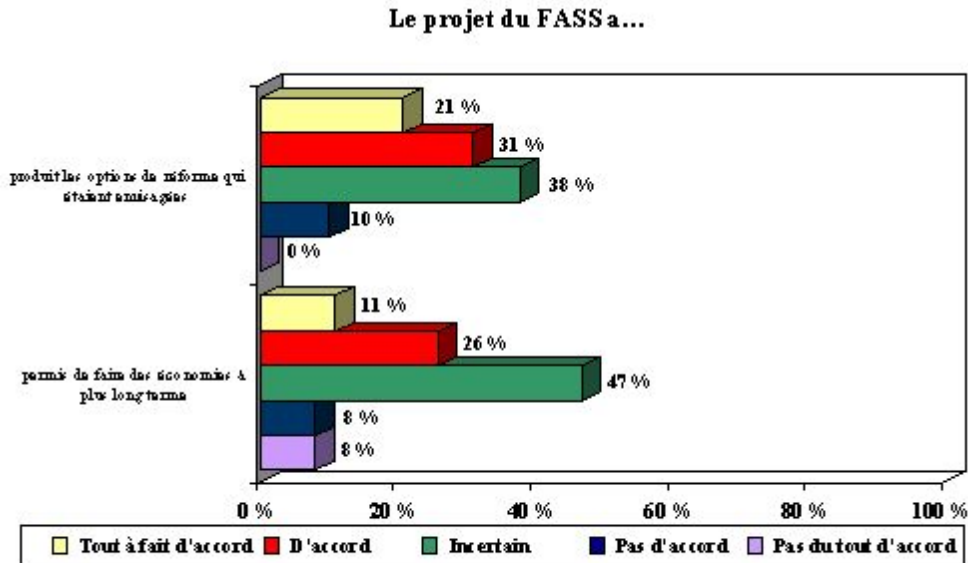


Figure 9b Utilité des projets du FASS



Bien que 52 % des répondants à l'enquête étaient d'avis que les projets du FASS avaient permis d'opérer les réformes prévues, 38 % d'entre eux n'en étaient « pas certains » et 10 % ont indiqué qu'ils n'avaient pas obtenu les résultats attendus (voir ci-dessous).

**Figure 9c Utilité des projets du FASS**



Une croyance implicite - et, dans certains cas, explicite - était que les projets du FASS devaient permettre d'épargner de l'argent concernant le système de santé. Si 37 % des vérificateurs de projet pensaient que de telles économies à long terme pouvaient être réalisées, 47 % d'entre eux n'en étaient pas certains et 16 % pensaient que non (figure 9c).

*« [Le] FASS n'avait vraiment pas pour but de réaliser des économies, mais plutôt de réformer le système et de faire ce qu'il faut pour l'améliorer. » (Décideur)*

La plupart des personnes interrogées n'en pensaient pas moins que les démarches innovatrices mises en place pouvaient permettre de faire des économies. Toutes ont donné plusieurs exemples - qui dans tous les cas semblaient tomber sous le sens - de situations où il était possible de réduire les coûts. Elles ont toutefois aussi reconnu qu'on ne disposait d'aucune analyse complète et détaillée des coûts établissant concrètement la nature et l'importance des économies réalisées pendant la période du projet et qui pourraient être réalisées à plus long terme. Dans le cas de certains projets, par exemple les divers projets de soins à domicile réalisés dans le cadre général du principe de la rentabilité, on a indiqué qu'il serait possible

d'épargner des sommes considérables en confiant la prestation de certains services aux responsables des services de soutien communautaire et à domicile (par exemple, en s'attaquant au problème des soins de courte durée et des soins tertiaires dispensés sans nécessité).

Certains résultats attendus sont plus perceptibles à long terme et c'est seulement quand on les aura obtenus que nous serons en mesure d'évaluer l'importance des économies susceptibles d'être réalisées dans le système. Dans le cas de certains projets, il est peut-être possible de démontrer que des économies ont été réalisées, mais nous ne pouvons pas dire que, globalement, l'initiative du FASS a permis de réduire les coûts, et nous pouvons encore moins chiffrer de telles réductions, étant donné que nous ne pouvons nous appuyer sur des preuves suffisamment détaillées et rigoureuses pour justifier une telle affirmation.

Dans certains cas, on a exprimé l'avis qu'il y a eu des transferts de coûts ou qu'il continuera à y avoir des transferts de coûts résultant du fait que davantage de soins sont dispensés à domicile. De plus en plus de responsabilités (et de coûts) étant, dans la pratique, transférés aux aidants membres de la famille, on a en effet l'impression que les services de soins à domicile sont plus économiques, vu que les personnes utilisent moins de ressources conventionnelles.

De fait, ce qui ressort peut-être le plus clairement des projets, c'est le changement concernant la répartition des ressources entre les services et les programmes de soins de santé concurrents. Un processus méthodique et éclairé de prise de décisions fondée sur des données probantes est essentiel lorsqu'il faut « rationner » des ressources limitées (comme il a fallu le faire pour les soins à domicile). Bon nombre de projets du FASS ont permis d'acquérir de nouvelles connaissances qui aident à prendre des décisions mieux éclairées en ce qui touche aux priorités relatives aux ressources limitées de soins de santé. On a mis au point des outils d'évaluation valables et fiables pour déterminer, par exemple, l'ordre de priorité parmi les personnes qui ont besoin de services.

## Durabilité

[traduction]

*« Ils ont déployé beaucoup d'énergie pour aller voir les gens, pour les aider à parler entre eux, pour les pousser à aller plus loin dans la mise en pratique des résultats, [et] pour faire en sorte que les chercheurs engagent le dialogue entre eux et avec les membres de la collectivité (...). Je suppose que le vrai problème était qu'ils ne savaient pas vraiment quelles questions il fallait poser concernant les étapes suivantes requises pour continuer de faire avancer les choses et s'assurer que les acquis des projets n'allaient pas se retrouver quelque part sur une tablette à dormir sous la poussière. » (Vérificateur de projet)*



La plupart des personnes interrogées convenaient que la durabilité ne se limitait pas à un financement soutenu. Elles ont mentionné bon nombre de moyens utilisés pour assurer la permanence des innovations au-delà de la période de financement des projets dans le cadre du FASS. Ces moyens concernaient souvent l'aspect financement, mais certains ont aussi parlé du maintien des résultats des projets, des changements de comportements, du maintien et de l'augmentation du nombre de partenariats, de l'établissement de nouvelles cultures, notamment d'une culture de prise de décisions fondée sur les données probantes, et de la durabilité des projets innovateurs ou des acquis de ces projets en les intégrant à la « *prestation de services ordinaire* ». Le financement lui-même a été un catalyseur de changement, une occasion de faire les choses autrement. Le financement ne signifiait pas qu'on aurait continuellement besoin de nouveaux fonds à long terme, bien que ce facteur ait joué un rôle crucial dans les décisions concernant le financement du maintien des acquis des projets à long terme.

[traduction]

*« Cela fait maintenant partie de la culture des [organisations] dans notre région et au sein de nos équipes pluridisciplinaires que c'est désormais la façon dont les services seront fournis. Ce qui était au départ une idée est devenu pour nous la façon normale dont on s'attend à ce que les services soient fournis aux personnes qui vivent dans les zones à forte densité de population. » (Décideur)*

[traduction]

*« Nous sommes ainsi passés d'un projet ou d'une expérience à un modèle normal de prestation de services. C'est sans aucun doute le meilleur exemple de durabilité que je puisse vous donner. Un changement de culture s'est certainement produit dans notre système : de nouveaux partenariats, de nouvelles façons de faire, du financement pour assurer le maintien de la démarche en cours, sûrement de nouvelles valeurs chez [les travailleurs] et [les patients] et de meilleurs résultats cliniques. Une véritable histoire de réussite! » (Décideur)*

[traduction]

*« Il ne fait aucun doute que les travaux dont nous avons fait la démonstration se sont révélés durables étant donné qu'ils sont maintenant utilisés à un plus haut niveau des divers gouvernements. » (Vérificateur du projet)*

[traduction]

*« Notre projet de recherche a abouti à la décision de prescrire des instruments d'évaluation sur beaucoup de territoires. Je suis convaincu que cela ne se serait pas produit sans le soutien du FASS. » (Vérificateur de projet)*

On observe en outre le caractère durable des « outils d'amélioration des soins de santé ». L'adoption généralisée d'instruments et d'outils d'évaluation est un excellent exemple d'outils d'amélioration des soins de santé. La raison pour laquelle de tels outils sont mis au point, c'est que, d'une part, ils permettront de mieux adapter les soins aux besoins des clients et des patients et, d'autre part, qu'ils fourniront des renseignements cohérents sur lesquels s'appuyer pour prendre et réviser des décisions concernant l'affectation des ressources, et ce, non seulement pendant la durée des projets du FASS, mais aussi à long terme. Il peut être extrêmement avantageux d'investir dans la mise au point de ce genre d'outils sachant que la viabilité à long terme du système de soins classiques sera améliorée. Ainsi, un vérificateur de projet a signalé que l'intervention de son groupe visant à informer et à sensibiliser les médecins avait abouti à un code d'évaluation en bonne et due forme pour la facturation. En l'occurrence, l'*outil* a permis d'établir un mécanisme méthodique qui tient compte du modèle de prestation et de financement en place, créant ainsi en théorie un mécanisme informel de soutien de l'évolution en cours des façons de faire, dans l'hypothèse où les connaissances transmises feront changer effectivement le comportement des médecins de façon durable, bien au-delà de la période de financement du projet du FASS.

[traduction]

*« Il est peu probable que ce projet aboutira à des changements d'orientation. Il visait plutôt à faire évoluer une norme particulière des soins prénataux. L'initiative a eu une incidence sur la pratique des médecins et favorisera l'évolution de leurs comportements, en les aidant à acquérir de nouvelles connaissances, à développer des habiletés et à changer leur attitude. C'est beaucoup plus important que de changer n'importe quelle orientation et cela favorisera la durabilité. » (Vérificateur de projet)*

Tous les projets n'ont toutefois pas été durables. Un vérificateur de projet a indiqué que le projet avait été interrompu à de nombreuses reprises en raison de l'effet combiné des pressions relatives aux activités s'y rattachant et d'un échéancier serré. [traduction] « *Notre étude a été interrompue avant que nous ayons pu faire tout ce que nous aurions pu faire, dit-il.* » D'autres personnes interrogées ont tenu le même genre de propos, faisant observer que l'échéancier relativement serré et le caractère ponctuel du financement accessible dans le cadre du FASS n'ont pas favorisé la durabilité des projets. Voici quelques exemples de leurs propos :

[traduction]

*« Une critique que j'entends concerne le caractère ponctuel du financement accessible dans le cadre du FASS, caractère peu compatible avec la durabilité à long terme des projets (...) cela ne permet pas aux organisations d'établir des plans pour l'avenir. » (Décideur)*

[traduction]

*« Je pense que nous avons suscité de nouvelles attentes dans les collectivités (...) attentes qui ont été déçues quand les gens ont constaté que ce qu'on leur avait offert leur serait retiré. » (Décideur)*

[traduction]

*« La durabilité, cela a été un problème avec certains projets du FASS. Certains sont sûrement viables à plus long terme, mais d'autres, parmi lesquels des projets des plus innovateurs, ne vont pas durer. Il serait naïf de croire le contraire. Il ne suffit pas qu'un projet soit bon pour qu'il dure. » (Décideur)*

Il convient de rappeler à cet égard que la planification pour l'avenir ne faisait pas partie des grands objectifs du FASS. Cette responsabilité était plutôt dévolue aux responsables de la mise en oeuvre des projets et, dans certains cas, aux administrations régionales et provinciales sur les territoires desquelles les projets étaient réalisés. Bien qu'une personne interrogée ait indiqué que le projet allait continuer parce qu'il [traduction] *« est utile, qu'il fonctionne, que les gens en veulent et que nous pensons qu'il est d'un bon rapport coût-efficacité »*, d'autres étaient nettement d'avis que cela ne suffit pas toujours, qu'on a tout autant besoin d'un climat réceptif, auquel sont associés un grand nombre de facteurs (contexte favorable, contenu et processus) propres à créer le besoin et à susciter le désir de poursuivre l'expérience innovatrice.

Bien qu'on propose dans des publications spécialisées récentes un certain nombre de moyens pour maintenir les acquis des projets innovateurs, la décision finale concernant l'opportunité de ce maintien dépendra de l'opinion des décideurs aux divers échelons de la formulation des politiques quant à ce dont on a besoin ou non pour le système de soins de santé.

[traduction]

*« La durabilité à long terme dépend des responsables du système de soins de santé eux-mêmes. C'est à eux de décider s'ils vont ou non mettre en application les résultats d'un projet. » (Décideur)*

[traduction]

*« Nous offrons la possibilité d'assurer la durabilité des projets, mais nous ne pouvons rien faire sans le soutien des autorités provinciales et des offices régionaux de la santé. » (Vérificateur de projet)*

[traduction]

*« Ce ne sont pas tous les projets dont il vaut la peine d'assurer la durabilité. C'est là une question intéressante. Pourquoi certains conseils mettent-ils en pratique certaines idées, tandis que d'autres ne le font pas? Cela n'a parfois rien à voir avec l'intérêt du projet ou avec les résultats qu'il permet manifestement d'obtenir, mais dépend plutôt des orientations politiques ou sociales. » (Décideurs)*

[traduction]

*« (...) certains projets déjà mis en marche ont dû être abandonnés en raison d'un problème de durabilité. Qui assume les conséquences des programmes qui ont été visiblement couronnés de succès, mais sans qu'on ait de plan pour en assurer le maintien? Il me semble que nous devrions réfléchir sérieusement aux conséquences de ces programmes "maison". » (Décideur).*

[traduction]

*« On a suscité des attentes. Le problème, c'est que pour beaucoup de projets, on n'est pas allé jusqu'au bout. Ce manque de suite ébranle fortement la confiance de nombreux clients qui ont reçu des soins innovateurs qu'on n'est tout à coup plus en mesure de leur offrir tout comme celle des personnes qui assuraient la prestation de ces soins, quand elles constatent, à leur grande déception, qu'on ne peut plus obtenir les fonds requis pour continuer de mieux faire les choses. » (Décideur)*

Plusieurs répondants ont mentionné le Fonds pour l'adoption des soins de santé primaires (FASSP) comme étant un autre excellent exemple de durabilité, quoique à plus grande échelle. Le FASS était considéré comme le « tremplin » dont le gouvernement fédéral avait besoin pour mettre ce système de soins à l'essai. Les personnes interrogées étaient d'avis que le FASSP n'aurait jamais été établi sans l'expérience acquise dans le cadre du FASS et le succès de l'initiative. On a aussi évoqué l'idée qu'il aurait été profitable pour les projets qu'on puisse plus facilement négocier des changements en ayant accès à une forme quelconque de mécanismes de soutien de la gestion du changement.

Plusieurs personnes interrogées ont fait remarquer qu'il serait intéressant de conserver une organisation de financement et d'aide à la recherche établie sur le modèle du FASS. Une telle organisation pourrait favoriser l'innovation en appuyant en permanence la recherche appliquée dans divers secteurs de compétence et de la santé. Le FASS pourrait servir à quelque chose de différent, soit financer les innovations et/ou la recherche appliquée auxquelles participent les utilisateurs, les prestataires de services et les décideurs à tous les échelons ainsi que le milieu de la recherche. Les fonds provenant du FASS et l'intérêt suscité par le Fonds ont non seulement permis d'apporter de nombreuses innovations au micro-niveau et au méso-niveau de prise de décisions en matière de prestation de services, mais ils ont aussi inspiré des innovations plus globales au macro-niveau de prise de décisions.

L'information recueillie auprès des participants à l'enquête renforce l'idée que la durabilité des acquis associés au FASS va bien au-delà du simple fait de conserver la structure de projet ou l'accès au financement. Trente-huit pour cent des répondants estimaient que le projet du FASS avait fait évoluer la culture au sein de leur organisation, et 23 % de plus ont indiqué qu'ils avaient observé une telle évolution, mais de façon partielle ou sous une forme modifiée. Seulement 19 % des répondants ont dit que la culture de leur organisation n'avait nullement changé (voir la figure 10a ci-dessous).

Par ailleurs, les projets du FASS ont exigé l'établissement de vastes réseaux et d'importants partenariats, dont bon nombre ont continué de se renforcer au-delà de période où l'argent du Fonds était accessible. Ainsi, il est souvent fait mention de partenariats issus de projets du FASS dans les propositions présentées pour le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires établi plus récemment, les projets du FASS servant de base aux soumissions. Le Fonds a aussi servi à financer des recherches réalisées par des organisations à succursales. À titre d'exemple, des habitants de six provinces ont participé au projet des indicateurs de qualité du secteur national des soins à domicile. Il a ainsi été possible d'établir un groupement de chercheurs qui contribuent à l'élaboration d'instruments d'évaluation à l'échelle nationale. Autre exemple, le cap Breton collabore maintenant avec cinq collectivités de Premières nations dans une région. Cette collaboration débouchera sur l'établissement d'un réseau entre les Premières nations, une première, croit-on, au Canada, qui pourrait servir de modèle à d'autres régions à l'échelle provinciale et nationale.

Des partenariats ont pris forme entre les décideurs, au sein des équipes pluridisciplinaires, qui se constituent en réseaux afin d'offrir de meilleurs soins, de mieux coordonner leurs activités de prestation ainsi que de mettre en commun leurs idées et leurs méthodes, entre les dispensateurs de soins et les décideurs, entre les associations et les ordres professionnels, entre les chercheurs et les dispensateurs de soins et, dans certains cas, entre les clients et les patients et les décideurs et les professionnels de la santé. Un excellent exemple de cette multiplication de partenariats nous est fourni par le projet des listes d'attente dans l'ouest canadien qui a réuni de nombreux chercheurs et organismes directeurs, qui ont continué de collaborer par la suite.

Bon nombre de personnes interrogées ont signalé la contribution du FASS à l'établissement de partenariats et les avantages en résultant.

[traduction]

*« Il est clair que notre projet a favorisé ce genre de rapprochement étant donné que tous les intervenants du système devaient travailler ensemble. Jusque là, nous travaillions chacun dans notre organisation, relativement en vase clos. » (Vérificateur de projet)*

[traduction]

*« Suite à l'initiative du FASS, j'ai commencé à m'intégrer à de nombreux réseaux de recherche un peu partout au Canada, réseaux dont je fais toujours partie. Le projet a favorisé l'établissement de partenariats et l'utilisation de démarches intégrées, qui obligent les gens de divers secteurs et organisations à se parler, alors qu'ils ne le faisaient pas auparavant. » (Vérificateur de projet)*

[traduction]

*« L'initiative a suscité la mise sur pied de nouvelles organisations de recherche. Ces organisations ont pris naissance grâce à des réseaux et à des fonds prévus pour des projets pilotes, puis les réseaux de chercheurs et de planificateurs établis sont devenus permanents quand il est apparu qu'ils répondaient à un besoin durable. » (Décideur)*

[traduction]

*« Nous avons établi de solides relations de travail avec [les organismes prestataires] (...) dès lors nous avons collaboré étroitement avec nos dispensateurs de soins (...) cela a été une très intéressante retombée du FASS. » (Vérificateur de projet)*

[traduction]

*« Le FASS a permis de jeter des ponts entre le monde universitaire et le secteur des politiques et les milieux de la recherche. » (Vérificateur de projet)*

Soixante pour cent des répondants ont indiqué que les partenariats établis s'étaient maintenus au-delà de la période d'application du FASS et 10 % de plus qu'ils s'étaient maintenus, mais sous une forme différente. (Voir la figure 10a ci-dessous.)

L'emploi continu du personnel affecté aux projets du FASS est un autre aspect de la durabilité de l'initiative (figure 10a). Près de la moitié des répondants ont signalé que les personnes clés affectées aux projets avaient conservé leur emploi à la fin des projets (4 % des répondants de plus ont dit que ces personnes avaient conservé leur emploi chez eux, mais avaient été affectées à des tâches autres que celles exécutées dans le cadre des projets du FASS).

Tant les décideurs que les vérificateurs de projet ont donné de nombreux exemples de situations où des personnes associées au FASS ont pu progresser dans leur perfectionnement professionnel pendant et après les projets. Cela a été le cas notamment d'intervenants de première ligne, de décideurs, d'étudiants menant des recherches de haut niveau ainsi que de chercheurs faisant progresser leur carrière universitaire. Les observations de répondants présentées ci-dessous illustrent la diversité des retombées dont ont profité les personnes elles-mêmes affectées aux projets (micro-niveau).

[traduction]

*« C'est sans aucun doute une des choses les plus intéressantes que j'aie faite durant ma carrière. C'est une des choses qui m'a réconforté en tant que fonctionnaire travaillant dans un système où il y a tant d'aspects à corriger. J'ai pu me rendre compte que les choses pouvaient être améliorées, que je peux avoir une influence sur la vie des autres et sur tout le système. » (Décideur)*

[traduction]

*« Le projet a fait progresser les carrières de bon nombre de personnes. Pas mal d'étudiants diplômés ont participé au projet. Une d'entre elles vient d'obtenir son doctorat. Un autre a terminé ses études de doctorat et s'est trouvé un emploi dans un organisme d'excellente réputation. » (Décideur)*

[traduction]

*« Beaucoup de projets initialement financés grâce au FASS le sont maintenant dans le cadre du FASSP. Les mêmes personnes continuent d'y travailler en permanence. » (Décideur)*

[traduction]

*« Il ne fait aucun doute que le FASS a favorisé leurs initiatives et a fait progresser leur carrière en leur donnant une grande visibilité auprès du grand public et des bailleurs de fonds. » (Décideur)*

[traduction]

*« Les professeurs qui ont participé à la mise en oeuvre de notre projet ont tous eu l'occasion de travailler à un niveau où ils pouvaient exercer une influence réelle, ce qui leur a permis de mieux se faire connaître et d'influer désormais sur le cours des choses. » (Vérificateur de projet)*

[traduction]

*« [Le FASS] nous a permis à nous infirmières et gestionnaires de cas, directeurs et administrateurs de développer nos compétences en matière de recherche, de concevoir, d'élaborer et de mettre en oeuvre un projet de recherche, puis d'en présenter les résultats sur la scène provinciale, nationale et internationale. » (Vérificateur de projet)*

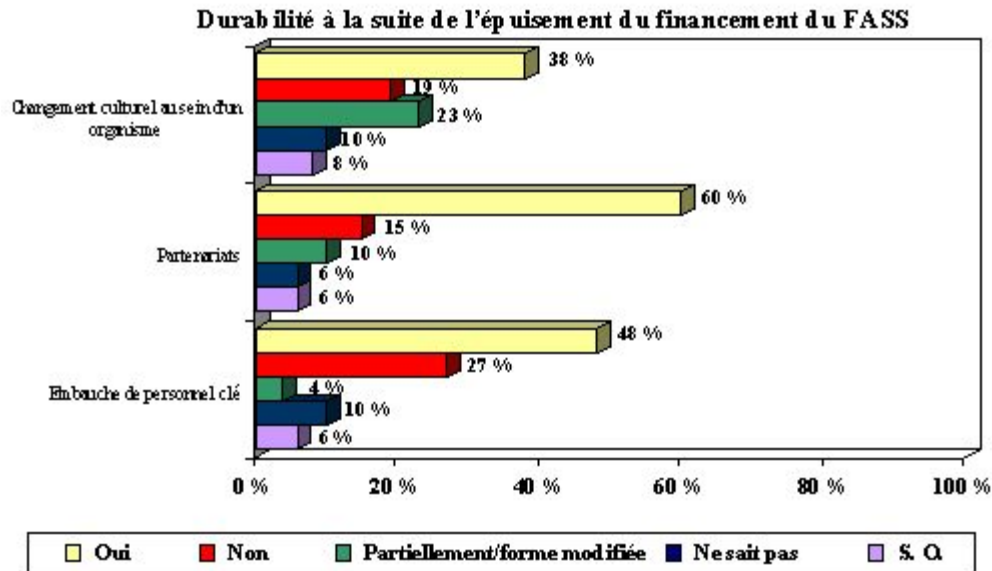
[traduction]

*« On a engagé des personnes pour assurer la gestion des projets et elles ont fait un excellent travail. À la fin, elles se passionnaient pour leur travail. Elles ont beaucoup appris, elles ont acquis de la visibilité et elles ont rencontré toutes sortes de gens. Leur travail a été apprécié à sa juste valeur par les chercheurs et les intervenants. » (Décideur)*

[traduction]

« Personnellement, j'ai trouvé très stimulant et très enrichissant d'avoir la chance de participer à une recherche « de terrain » dans un domaine qui me passionne et de voir une chose qui devait être faite franchir l'étape de la pensée créatrice pour prendre forme dans la réalité et devenir un modèle viable. » (Vérificateur de projet)

Figure 10a

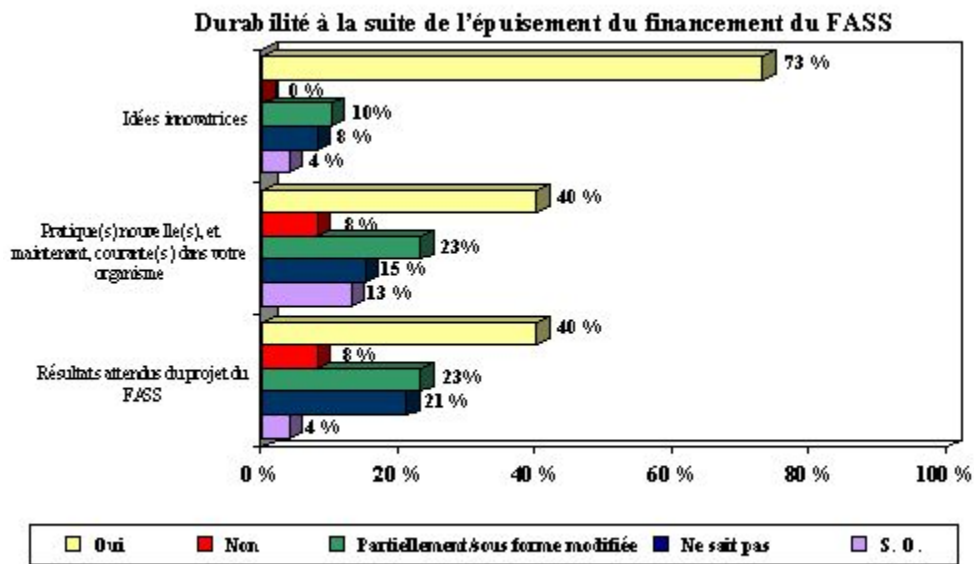


Un constat tout aussi important qu'encourageant de l'enquête est que 73 % des répondants estimaient que les idées innovatrices issues des projets avaient été préservées après la période d'accessibilité au FASS, tandis que 10 % de répondants de plus étaient aussi d'avis que ces idées avaient été conservées, mais seulement en partie ou sous une forme modifiée. Autre constatation importante, 84 % des répondants ont indiqué qu'ils avaient observé un intérêt soutenu pour l'élaboration d'idées nouvelles propres à améliorer la santé et les soins de santé (voir la figure 10b). Soixante-trois pour cent des répondants ont dit que les nouvelles façons de faire issues du FASS étaient devenues courantes dans leurs organisations à certains égards.



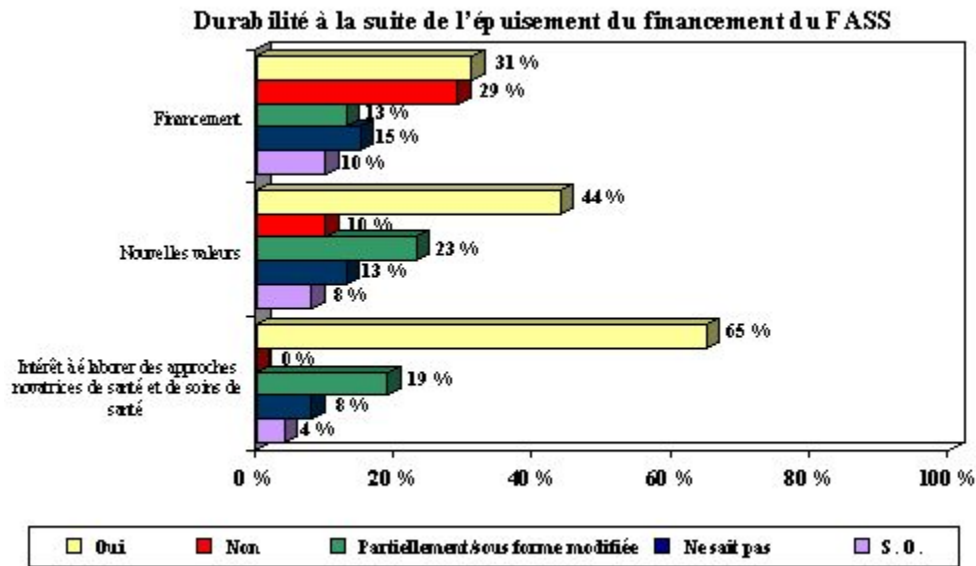
En ce qui concerne les résultats prévus des projets du FASS, seulement 40 % des répondants pensaient qu'on les avait obtenus, et 23 % de plus étaient d'avis qu'on avait obtenu des résultats qui n'étaient pas exactement ceux qu'on avait prévu obtenir. À première vue, cela peut sembler peu élevé, mais seulement 8 % des répondants estimaient que ces résultats n'avaient pas été obtenus. Plus préoccupant peut-être, 21 % des répondants ont indiqué qu'ils ne savaient tout simplement pas si les résultats des projets du FASS avaient été obtenus, ce qui pourrait s'expliquer de deux façons : l'initiative ayant été intégrée à d'autres initiatives dans l'organisation, on n'a pas encore obtenu les résultats attendus, ou encore le projet a pris fin après la période de financement.

**Figure 10b**



Seulement 44 % des répondants ont dit que le financement s'était poursuivi après le projet du FASS, et 13 % de plus qu'il s'était poursuivi, mais sous une forme différente. Près de 30 % des répondants ont indiqué que le financement avait cessé. En revanche, plus de 65 % des répondants ont signalé que les nouvelles valeurs associées au projet du FASS s'étaient maintenues au-delà de la durée du projet.

Figure 10c

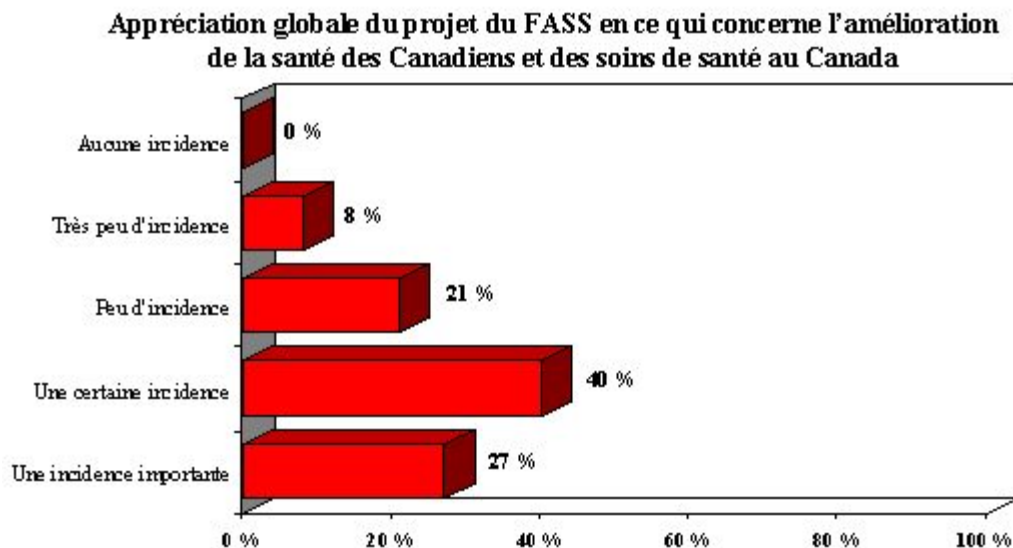


## Perception globale du FASS

Dans l'ensemble, le FASS a permis de développer de nouvelles connaissances et de recueillir des données probantes servant à mieux comprendre de quelle façon nous pouvons utiliser efficacement les ressources et être informés quant aux répercussions des différents modèles de soins sur les ressources. Grâce à toutes les données probantes recueillies lors des projets du FASS, nous espérons avoir une idée des orientations que nous devons adopter pour augmenter les économies tout en maintenant et en améliorant les résultats pour la santé.

Tous les répondants au sondage étaient d'accord pour dire que les projets du FASS ont eu une certaine incidence sur la santé et les soins de santé au Canada. Comme le montre la Figure 11, 27 % estiment que les projets ont eu des retombées importantes, tandis que 40 % sont d'avis qu'ils n'ont eu que « certaines » retombées.

Figure 11



Les personnes interrogées estimaient invariablement que le FASS avait eu une incidence positive sur la santé et les soins de santé au Canada. Sans aucun doute, « *il a permis aux gens de tester des idées* ». Parallèlement, les décideurs ont relevé le commentaire prédominant suivant chez les chercheurs principaux : « *nous n'aurions pu y arriver sans le financement offert par le FASS* ». Voici d'autres citations reflétant les opinions couramment admises :

[traduction]

*Oui, cela a assurément produit de l'information servant à générer des changements. Cela a certainement influé sur les décisions stratégiques. (D)*

*Selon moi, l'incidence a été assez importante, ce qui tient au fait qu'un grand nombre de personnes ont fourni des efforts de créativité considérables et que beaucoup d'énergie créatrice a été apportée. On a permis à des gens de tous les niveaux de participer au projet de recherche, ce qui a été très positif et important pour tous ceux qui y ont participé. (D)*

*Le FASS a eu une influence sur les politiques qui, depuis, sont fondées sur les données probantes découlant des études, plutôt que changées directement. (D)*

*Les leçons apprises lors des projets ont influencé la détermination des orientations stratégiques dans les soins primaires. (D)*

*J'ai en ma possession, directement dans mon fichier de travail, un document de synthèse se rapportant à l'assurance-médicaments, et je m'y réfère régulièrement. Les projets du FASS ont réellement eu des répercussions sur l'opinion des milieux universitaires relativement à bon nombre de ces enjeux. (D)*

Les incidences du FASS incluaient l'utilisation directe par les consommateurs des soins de santé, des références spécifiques à des travaux du FASS effectués par les décideurs et des influences. En outre, on attribuait directement au FASS des changements dans la prestation des soins, la pratique et la prise de décisions concernant les politiques.

On était parfois d'avis que les « incidences » prenaient la forme d'*influences*. Les incidences tangibles réelles sont moins évidentes, mais les processus et résultats associés au projet peuvent se manifester de diverses manières, plus ou moins diffuses.

[traduction]

*Même le fait que le FASS a été en mesure d'établir des liens avec la Commission Romanow, qu'il a permis d'entretenir l'idée des données probantes, a été un point très positif. (D)*

Par exemple, les soins regroupés en Colombie-Britannique représentaient un modèle de prestation de services de soutien à domicile que l'on pouvait appliquer régionalement. Le langage élaboré dans le cadre du projet a depuis été utilisé dans une étude régionale sur le soutien à domicile effectuée par d'autres intervenants du secteur. L'influence de la « pensée » véhiculée par le projet du FASS était très évidente et, maintenant, de façon plus explicite, est à la base de nombre d'activités se rapportant aux modèles de prestation de services en Colombie-Britannique.

À titre d'exemple supplémentaire de l'influence du FASS, on considère la mise en place d'un *fond semblable au FASS* au niveau provincial. Ceci, en tant que tel, reflète le fait que le FASS a une incidence importante, puisque les décideurs le prennent en compte dans leur provinces respectives en tant que modèle de réussite que l'on peut reproduire à plus petite échelle, vraisemblablement, pour qu'il ait la même incidence.

De manière significative, les incidences découlant de *l'utilisation des données probantes* ont été invoquées comme étant un point pivot pour la prise de décision, bien que la qualité des données probantes à cet égard soit moins certaine.

[traduction]

*« Nous avons commencé à apprécier la pratique fondée sur la recherche pour la première fois dans notre prestation de services. Nous avons commencé à étudier, examiner les données probantes. Nous savions que nous devions déjà le faire, mais nous avions si peu d'exemples dans les soins de santé communautaires que c'était décourageant. Cette initiative nous a permis d'intégrer plus de données probantes dans ce domaine unique. »  
(VP)*

*Selon moi, il s'agit là de l'incidence la plus importante, soit le fait de donner l'occasion aux gens d'effectuer de la recherche d'enquête et de l'évaluation qu'ils n'auraient pas eu la chance de faire autrement. De cette façon, cela a certainement encouragé la prise de décisions fondée sur les données probantes, étant donné que ces gens n'avaient pas fait de la recherche auparavant, et commençaient maintenant à réellement réfléchir à la façon différente dont ils assureraient les services, et qu'ils ont commencé à réaliser que leurs programmes devaient être évalués de façon continue. (D)*

Beaucoup de personnes interrogées ont reconnu qu'il ne s'était pas écoulé suffisamment de temps pour observer toutes les incidences de l'initiative. De plus, pour en retirer la pleine valeur, il faut assujettir « l'incidence » en partie à une stratégie efficace de transfert des connaissances au micro-niveau, au méso-niveau et au macro-niveau. Comme l'a fait observer une personne interrogée : [traduction] « nous n'avons pas reçu suffisamment d'information ».

Plusieurs personnes interrogées ont fait remarquer que le FASS avait entraîné des améliorations dans la prestation des soins de santé. Par exemple, grâce au projet « RAI-Health Informatics » (Systèmes intégrés d'information sur la santé pour les soins), basé à Waterloo, en Ontario, on a été en mesure de développer un outil d'évaluation qui a été validé et normalisé et qui assure la fiabilité et la pertinence clinique des données recueillies. Le projet a eu une incidence sur la prestation des services et sur les décisions prises relativement à la pratique en améliorant les normes se rapportant aux méthodes d'évaluation partout en Ontario et à l'échelle nationale (tels les Indicateurs de qualité de soins à domicile qui peuvent être intégrés aux stratégies d'amélioration de la qualité pour les fournisseurs de services communautaires). Le projet a permis d'examiner les caractéristiques cliniques des résidents en soins de longue durée, les types d'intervention fournis et les niveaux de dotation en personnel dans les établissements de soins de longue durée. On a souvent fait référence à cette étude au moment de sa publication dans le journal *Toronto Star*.

Depuis la fin du FASS, le projet « RAI-Health Informatics » a permis de travailler au développement d'un mécanisme pour cinq différents niveaux de soins afin de fixer la priorité lors de l'admission dans les établissements de soins de longue durée (c.-à-d., RAI-MAPLE). On a utilisé les données recueillies dans le cadre du projet du FASS pour classer les gens en fonction de ces niveaux de priorité. [traduction] « Notre travail a été rendu possible, et nous avons réussi à développer d'autres instruments d'évaluation, directement grâce au

*financement de projet du FASS. Nous avons eu la bonne idée de recueillir les données dès le départ. Celles-ci peuvent maintenant être utilisées de façon continue pour le développement et la prise de décisions, actuellement et dans l'avenir. » (VP)*

Le VP d'un projet axé sur les soins préventifs a souligné que bien que le nombre de patients ayant bénéficié de l'intervention, soit de meilleurs soins, n'ait pas été aussi important qu'on l'espérait en raison de la courte durée du projet, si seulement un patient a bénéficié de l'intervention, alors le financement apporté et le travail effectué *en valaient la peine* parce que cette personne aura évité de graves problèmes de santé à long terme. Un autre point est que les utilisateurs des soins de santé, partout au pays, sont tellement peu au courant du FASS qu'il est très peu probable qu'ils sauront même que le FASS a eu une influence sur la nature et l'étendue des soins dont ils ont bénéficié de la part du système.

Entre-temps, en Ontario, des projets pilotes se sont avérés efficaces pour apporter des améliorations aux services offerts aux enfants de santé fragile et aux initiatives de soins de santé primaires. Ceux-ci ont depuis été élargis étant donné que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a maintenant mis sur pied de nouveaux programmes.

Le Projet des listes d'attente de l'Ouest canadien a fait progresser les connaissances ainsi que les outils destinés à l'amélioration continue de la prestation des soins de santé. Un certain nombre d'outils ont été adoptés (transfert des connaissances) par d'autres organisations. Le réseau de soins chirurgicaux de la Saskatchewan, appelé « Saskatchewan Surgical Care Network », constitue le meilleur exemple de l'influence du FASS sur un gouvernement provincial. L'Office régional de la santé de Winnipeg possède également l'outil chirurgical, ainsi que les outils pour la santé mentale des enfants et pour la reconstruction de la hanche et du genou. Entre-temps, en Alberta, on utilise l'outil pour la santé mentale, l'outil pour les enfants et celui pour la reconstruction de la hanche et du genou. La province a ses propres normes d'accès pour les listes d'attente et utilise l'outil pour la reconstruction de la hanche et du genou, l'IRM et l'outil pour la santé mentale des enfants. Le projet a influencé l'élaboration des politiques en Colombie-Britannique et l'association appelée « Provincial Health Service Association » considère une approche pour l'ensemble de la province. Cependant, l'influence du projet a été « *sporadique* » en Ontario et au Québec.

Un projet des services de soins primaires a fait état d'améliorations des soins de santé pour un groupe cible particulier et se déroule maintenant très bien (on est en voie de passer à la mise en oeuvre dans cinq collectivités des Premières nations). Le projet se poursuit grâce au financement de Santé Canada, par le biais du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Il se situe dans la continuité du projet pilote du FASS.

[traduction]

*Je crois que tous les projets de services de soins primaires - tous les projets ayant le numéro 301 - ont définitivement réussi à améliorer les soins de santé - j'en ai beaucoup entendu parler et ils semblent tous indiquer clairement qu'il y a eu amélioration des soins de santé. (D)*

La Stratégie ontarienne de prévention des accidents cérébrovasculaires a clairement été un exemple d'incidence de l'utilisation de protocoles. L'administration du TPA (un médicament « dissolvant » de caillots) se fait efficacement et en temps utile grâce à l'établissement d'un protocole de redirection des ambulances vers un établissement où l'on peut administrer le TPA. Le patient doit passer un tomodensitogramme et celui-ci doit être examiné par un expert dans un délai de trois heures. Deux cliniques sont maintenant en mesure d'administrer du TPA à 20 % des clients (comparativement à 1 à 3 % aux États-Unis). [traduction] « *Le projet pilote du FASS a contribué à réunir les bonnes personnes afin d'emmener les gens à l'hôpital en temps utile.* » Il existe également un protocole relatif aux salles d'urgence, étant donné que quiconque a subi un AIT présente un risque plus élevé d'être victime d'un ACV. Ce protocole fait en sorte que le patient soit dirigé vers une clinique de prévention secondaire. Cela permet de comprendre la cause originale. Il existe maintenant 18 centres régionaux pour accidents cérébrovasculaires et 17+(1+1) cliniques de prévention secondaire. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario assure le financement de ces cliniques chaque année.

On a pu, dans certains cas, faciliter une prestation des services de santé plus efficace grâce au développement d'outils, à l'établissement de protocoles et à l'élaboration de lignes directrices. Un des sujets interrogés faisait la remarque suivante :

[traduction]

*[Les travailleurs] ont beaucoup plus d'autonomie - le personnel est soigneusement choisi - ce sont des travailleurs autonomes qui gèrent de façon responsable et qui réfléchissent rapidement - ils savent résoudre des problèmes, savent quand demander de l'information, possèdent de grandes aptitudes en relations humaines, une grande confiance en eux-mêmes, des compétences de travail bien développées et savent de quoi ils ont besoin pour suivre le processus de changement. Et les travailleurs apprécient vraiment ce style de travail. Ils participent plus activement aux soins aux bénéficiaires, pendant plus longtemps, un meilleur suivi des soins est assuré et ils estiment que leur travail aide vraiment à faire avancer les choses. (VP)*

Les personnes interrogées ont souligné le fait que l'évaluation des « incidences » est une fonction qu'on utilisera dès le départ pour *formuler la perception*. Par exemple, un VP faisait remarquer qu'étant donné que les données probantes produites par le projet ont permis de conclure à son efficacité, les décideurs ont approuvé son financement permanent. De plus, les clients et familles dont la santé s'est améliorée grâce à leur capacité de demeurer plus longtemps dans la communauté ont également jugé qu'il avait été couronné de succès. La

définition du « succès » peut alors dépendre des points de vue respectifs des intervenants, surtout si le financement disponible est limité. De même, comme le faisait observer une autre personne interrogée : [traduction] « *Les gens choisiront ce qui leur sera le plus utile dans le cadre de leur pratique - par exemple - les projets qui étaient plus pratiques en matière d'outils et d'approches faciles d'application.* » (VP)

Il y avait consensus quant à la nécessité de *nouveaux mécanismes en matière de projets pilotes* au Canada. Bien que du financement soit disponible pour l'évaluation, il existe peu de possibilités d'innover avec des programmes opérationnels. Des VP ont souligné ce qui suit :

[traduction]

*Au Canada, nous avons souvent l'argent nécessaire pour tester et évaluer les pratiques innovatrices comme celles qui reçoivent l'appui du FASS, mais nous n'avons pas de mécanismes en matière d'élaboration de projets pilotes - nous pouvons dire au gouvernement que nous faisons du travail formidable, mais cela restera sans suite. Ils assureront le financement pour développer les approches, mais pas pour les mettre en œuvre.* (VP)

[traduction]

*C'est très décourageant lorsque nous faisons du très bon travail et que nous finissons la partie « démonstration » et que nous devons alors attendre de voir si on peut poursuivre le projet en trouvant notre propre financement.* (VP)

Une des options qui est ressortie de la série d'entrevues concernait la possibilité d'avoir, à l'avenir, un mécanisme de financement qui permettrait de poursuivre les projets pilotes pendant assez longtemps pour qu'on puisse procéder à une évaluation convenable. Cela nous permettrait alors d'avoir suffisamment de données probantes sur lesquelles fonder la décision de poursuivre ou non les projets pilotes. Une autre option serait d'avoir un programme de FASS constant au moyen duquel les organisations peuvent présenter des idées de projets pilotes (p. ex., un financement allant jusqu'à trois ans, avec la possibilité d'accorder une subvention renouvelable répartie sur trois ans). Cela perpétuerait et favoriserait l'innovation permanente et le processus décisionnel fondé sur les données probantes et encouragerait la collaboration ainsi que l'intégration au système.

## Réflexion, interprétation et validation

La dernière phase de notre collecte de données consistait en un panel E-Delphi qui demandait la participation d'informateurs clés. Ces informateurs ont examiné les résultats présentés dans le présent rapport et nous ont fait part de leurs précieux commentaires et de leur interprétation. Le groupe de participants au panel E-Delphi (n=18) était composé de décideurs, d'auteurs de documents de synthèse, de vérificateurs de projet et d'employés du FASS. On leur a donné un



« abécédaire » de 12 pages sur les résultats de l'évaluation présentée dans ces pages et on leur a posé une série de questions. Les informateurs clés ont combiné leur propre expérience du FASS avec leur examen des données empiriques objectives.

Tous les informateurs clés, à l'exception de trois, étaient d'avis que le FASS a eu des influences et des incidences directes au macro-niveau, au meso-niveau et au micro-niveau. Les trois autres informateurs ont indiqué qu'il est difficile de confirmer avec certitude les incidences du programme étant donné la taille de l'échantillon. Toutefois, le sondage n'était en soi qu'un des éléments de l'évaluation.

Lorsqu'ils ont considéré dans leur ensemble les diverses méthodologies et sources de données utilisées, les informateurs clés ont été en mesure de faire ressortir quatre thèmes principaux, regroupant chacun d'importantes constatations issues de l'évaluation.

## **Le programme du FASS**

Recevant l'attention de personnes occupant des postes d'autorité, le programme était appliqué de manière raisonnablement efficiente et efficace, compte tenu des limites de temps, de l'obligation de travailler avec les provinces et de la réalité bureaucratique éprouvante propre au gouvernement fédéral. Il offrait une grande souplesse aux promoteurs en leur permettant de faire progresser leurs projets de prestation de soins jusqu'à l'atteinte des objectifs fixés. Le programme favorisait aussi l'innovation par la mise en oeuvre d'une vaste gamme de projets intéressants, dont les incidences et la durabilité étaient variées. Malheureusement, ont souligné les participants au panel, le fait d'avoir attendu trop longtemps après la fin du programme pour en évaluer les incidences a influencé sérieusement les constatations découlant de la présente évaluation. Les évaluations finales des incidences du programme devraient, à leur avis, être effectuées plus tôt dans le processus. Par contre, on reconnaissait qu'il était nécessaire d'attendre un certain temps après la fin d'un projet pour avoir une meilleure indication des incidences à long terme, surtout dans le cas des projets d'innovation à durée limitée.

Le programme du FASS a suscité [traduction] « *un degré élevé d'expérimentation enthousiaste dans une période relativement courte.* » De plus, comme on l'a souligné précédemment [traduction] « *la plus grande qualité du FASS est le fait qu'il a été créé tout simplement et que, compte tenu de ses limites, il a été mis en oeuvre de manière sensée. Il est possible et souhaitable d'utiliser le financement de la recherche comme véhicule pour communiquer l'importance de la prise de décisions fondée sur des données probantes.* »

Selon l'un des participants au panel E-Delphi, le Canada ne « gagne pas au change » depuis qu'il n'a plus de FASS. Il écrit [traduction] : « *En tant que Canadiens, nous ne bénéficions d'aucun mécanisme structuré important pour concevoir et mettre à l'essai des projets novateurs en matière de prestation de services de santé. Le FASS actuel est plutôt axé sur la*

*mise en oeuvre que sur l'expérimentation et s'intéresse uniquement aux soins primaires au détriment des autres grands éléments du système de santé comme les hôpitaux, les médicaments, les soins prolongés et communautaires et la santé mentale. Ainsi, bien qu'il y ait des débats permanents sur le financement provenant du gouvernement fédéral, on discute rarement de moyens plus efficaces de fournir des services. »*

Renforçant davantage un point soulevé au cours de phases antérieures de collecte de données, les participants au panel E-Delphi ont indiqué que l'une des plus grandes réussites du programme du FASS était certainement la capacité des différents ordres du gouvernement de travailler ensemble dans un esprit de collaboration. Les citations suivantes illustrent la constance des opinions exprimées et la nature de cette réussite.

[traduction]

*« Dès le premier jour de cette initiative, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont collaboré de façon ouverte et transparente, ce qui est exemplaire et rare. Nous avons eu la preuve que c'était possible. Nous avons pu échanger sur les « bons coups » et les « mauvais coups », ce qui a bien servi les objectifs du FASS et des diverses compétences. »*

*« En tant que participant du gouvernement, j'ai trouvé que le FASS était l'une des rares initiatives FPT « très productive et positive » à laquelle j'ai participé au cours des quinze dernières années sur le plan des relations de travail et du réel esprit d'équipe qui ont conduit à la détermination des objectifs à atteindre et des plans d'action. Voilà à mon avis l'une des réalisations les plus remarquables du FASS. »*

*« L'un des principaux éléments qui donnait du poids à cette initiative et la rendait particulièrement pertinente pour les provinces et les territoires était le fait de pouvoir participer directement à la détermination des activités de chacune des compétences (et des gros projets nationaux visant à contribuer globalement à la réforme des soins de santé). En d'autres mots, on pouvait choisir des projets qui venaient combler de façon concrète les besoins d'information ressentis par une province ou un territoire et qui cadraient bien avec le système de santé de cette compétence. La capacité de s'assurer que les projets soient considérés comme réalisables et pertinents était très importante pour que le FASS reçoive l'acceptation et la confiance de toutes les provinces et tous les territoires. »*

*« Lorsqu'il existe un état d'esprit et une volonté de collaborer et de travailler comme « partenaires », les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont capables d'unir leurs efforts pour obtenir des données probantes et mener des évaluations et ainsi faciliter la réforme et l'adaptation des systèmes de santé. »*

*« L'un des principaux éléments qui donnait du poids à cette initiative et la rendait particulièrement pertinente pour les provinces et les territoires était le fait de pouvoir participer directement à la détermination des activités de chacune des compétences... voilà ce qui a marché!! »*

*« Le FASS a contribué à populariser la notion de « prise de décisions fondée sur des données probantes » dans l'ensemble des gouvernements et auprès du public. Il a aidé à intégrer le concept d'évaluation dans les activités des projets. D'un autre côté, il représente peut-être un obstacle à de véritables projets d'innovation si le gouvernement actuel n'est pas ouvert ou favorable aux nouvelles idées. Il n'y a aucun moyen de savoir si les gouvernements des provinces font une présélection des « projets acceptables ». On s'interroge sur le véritable objectif du FASS : encourager l'innovation ou donner plus d'argent aux gouvernements provinciaux pour mettre sur pied des projets dans des secteurs qu'ils administrent déjà. »*

*« Le système de soins de santé a besoin d'expérimenter et d'innover sur une petite échelle pour fournir les éléments probants qui justifieront les changements majeurs. Les conseillers en politiques et les décideurs ont besoin de programmes comme celui du FASS pour évaluer l'expérimentation et l'innovation. »*

## **Connaissances et ressources générées**

On a acquis un grand volume de connaissances dans un certain nombre de domaines (p. ex. les soins de santé primaires, l'assurance-médicaments, les soins à domicile). On a notamment fait des constatations concernant la rentabilité réelle et l'efficacité des soins associées à divers types de prestation de soins, d'établissements de soins et de pratiques de gestion des soins, du point de vue de ce qui a bien fonctionné ou non, ou de ce qui a répondu aux attentes. L'étendue des ressources créées suggère que celles-ci seront utilisées bien au-delà de la durée de chaque projet si elles sont rendues accessibles. Un volume élevé de données spécialisées a été créé mais leur qualité n'a pas été évaluée (p. ex. des publications, résumés et présentations).

Les participants au panel E-Delphi ont vivement recommandé que l'on diffuse des résultats ou de l'information tout au long d'une initiative du FASS au lieu d'attendre à la toute fin. Par contre, les participants ne s'entendaient pas concernant le rôle et la fonction de l'évaluation interne ou externe. Les deux approches présentent leurs avantages et leurs inconvénients selon le point de vue exprimé par un intervenant en particulier et l'objectif global de l'évaluation (p. ex. la responsabilisation, l'utilisation de données probantes dans l'application de nouvelles connaissances, le renforcement des capacités dans les organisations, la reconnaissance de la limitation des ressources pour cette fonction, etc.).

[traduction]

*« Nous ne pourrions peut-être pas généraliser les données obtenues à la suite de certaines auto-évaluations mais elles peuvent contribuer à mettre en lumière les forces, les possibilités de changement et les limites dont on tiendra compte dans le cadre d'autres recherches. Pour aller un peu plus loin, nous devons profiter des possibilités d'innovation et des alternatives qui nous entourent mais si nous voulons améliorer l'efficacité et l'efficacité du système de santé, nous devons sortir de notre zone de sécurité et travailler selon différentes approches. »*

*« Le programme a créé des champions et leur a donné une plus grande visibilité et un rôle plus important au sein de leur organisation, ce qui contribue à faire avancer la réforme du système de santé. »*

*« Les résultats englobaient des changements et des améliorations relatives aux pratiques fondamentales, une gamme d'améliorations du point de vue de l'accès, des soins et du soutien offerts directement aux populations dans le besoin et la confirmation de la piètre qualité des données... »*

*« Le processus a démontré une responsabilité sociale en ce sens que les gens dans les collectivités ont acquis des compétences dans les méthodes d'évaluation et de recherche participatives, ce qui a rehaussé la capacité de ces collectivités. »*

*« Si nous voulons obtenir la participation des personnes, des collectivités, des organisations et des systèmes, nous devons être prêts à nous engager dans un processus à long terme qui est, à de nombreux égards, inhabituel sur le plan de l'évaluation et (ou) de la recherche. »*

*« L'innovation est un processus continu – c'est une évolution plutôt qu'une révolution des soins de santé dans l'ensemble du pays. Dans ce sens, l'objectif du FASS n'était que de broser un portrait de la situation actuelle au Canada. La plus grande découverte issue de l'évaluation est que, bien qu'un programme comme le FASS permette d'obtenir des données probantes et contribue à déterminer la nature et l'étendue de la réforme du système de santé, une telle réforme exige du temps. On doit consacrer plus d'efforts à déterminer des « champions » qui pourront surveiller la diffusion des connaissances et leur application et promouvoir l'utilisation de ces connaissances auprès des gestionnaires de programme, des conseillers en politiques et des décideurs. »*

## Établissement de partenariats

Un des facteurs prépondérants ayant contribué au succès du programme du FASS était l'établissement de partenariats entre les prestataires, les décideurs et les chercheurs. Les projets ont donné lieu à la création de douzaines de partenariats, en plus de tisser des liens solides entre les divers ordres de gouvernement et au sein du comité du FASS (*nota* : les résultats du sondage ont indiqué que les partenariats se sont maintenus, sous une forme ou une autre, dans 70 % des cas après la fin des projets). Les partenariats supposent l'échange de connaissances, le but ultime étant d'offrir de nouvelles perspectives quant à la façon d'améliorer la prestation de soins.

Le FASS a contribué à créer une culture de collaboration fondée sur les relations synergiques fonctionnelles à divers niveaux décisionnels et entre les intervenants. Cette culture favorise aussi l'échange continu de connaissances et la création d'un milieu propice à l'innovation, en plus de susciter l'esprit de recherche. En encourageant et en facilitant la formation de partenariats, le programme du FASS a contribué à instaurer un esprit de recherche à divers niveaux décisionnels et dans l'ensemble du pays.

[traduction]

*« Établir des relations fonctionnelles, obtenir des gens qu'ils essaient de nouvelles choses en faisant des expériences « dans la vraie vie », créant ainsi des agents de changement, voilà selon moi les caractéristiques de la réussite d'un programme de recherche appliquée dans le domaine de la santé. Je crois aussi que cela représente bien les objectifs pour lesquels le FASS a été créé. »*

*« Il est extrêmement difficile de déterminer dans un délai aussi court quelles répercussions le programme aura sur la santé, les politiques et les pratiques. L'effet le plus important est peut-être la naissance d'une culture qui rapproche les décideurs, les gestionnaires, les cliniciens et les chercheurs et leur fait croire qu'il est possible de mettre de nouvelles méthodes à l'essai et de les évaluer. »*

À quelque niveau que ce soit dans les systèmes et les organisations de soins de santé, l'établissement de bonnes relations est essentiel à l'atteinte des objectifs. Si les projets exigent l'adhésion des personnes, des collectivités, des organisations et des systèmes, la volonté de participer à un processus à long terme doit être présente. Et même alors, comme l'un des participants l'a indiqué : [traduction] *« l'évaluation la plus instructive du FASS – son héritage – ne sera pas connue avant quelques années encore »*.

## **Incidence sur les services de santé**

Certains projets ont entraîné des changements dans la conception des programmes et ont permis d'améliorer les soins et les résultats pour les patients à divers niveaux. Même s'il est difficile de confirmer leur incidence et leur durabilité en raison de la taille de l'échantillon, qui limite la portée de l'évaluation, plusieurs participants au panel E-Delphi ont indiqué que le FASS avait occasionné de nombreux changements durables. À leur avis, les connaissances acquises grâce au FASS ont changé la façon dont le soutien et les services sont fournis, et les soins de santé ont visiblement été améliorés. Les stratégies de diffusion, à l'échelle tant des projets que du programme, se sont avérées efficaces grâce aux nombreux partenariats et à l'échange de connaissances.

Les commentaires du panel E-Delphi sont très révélateurs car ils démontrent un lien clair entre le programme du FASS en soi, les « produits » des projets et leurs incidences, lesquelles concordent toutes avec la théorie enchâssée dans le modèle logique du programme. Il est également important de souligner que les participants au panel E-Delphi étaient eux-mêmes directement engagés dans divers aspects du FASS. La diversité et la portée de leurs commentaires, ainsi que leur expérience du système de soins de santé canadien, apportent une validation importante qui aidera à comprendre la nature et l'étendue des incidences du FASS. Nous parlerons à nouveau de leurs commentaires dans la partie suivante, qui porte sur l'héritage du FASS.

# L'HÉRITAGE DU FASS

Le FASS constituait une initiative unique dans le secteur des soins de santé au Canada. Il est arrivé à un moment où il y avait peu de ressources disponibles. On a demandé à nos informateurs clés du panel E-Delphi ce qu'ils considèrent être les contributions principales du programme du FASS. Cinq grands thèmes interreliés sont ressortis de leurs propos.

## Contributions principales

### 1. Innovation

Nos informateurs se sont entendus pour dire que les principales contributions du FASS ont été le financement consenti et l'officialisation d'un mécanisme de développement et de mise à l'essai d'idées novatrices dans une vaste gamme de secteurs de prestation de services de santé, qui n'auraient pas pu être offertes autrement, car il était trop difficile de les envisager dans le cadre « habituel » des systèmes de santé. Un grand nombre d'expérimentations enthousiastes, effectuées dans une période relativement courte, en a résulté. Elles ont permis de dépasser le stade de la recherche pour entrer dans la « vraie vie ». Ce faisant, on a pu mettre en commun les « réussites » et les « échecs » et *repenser les choses* en rassemblant les décideurs, les gestionnaires, les cliniciens et les chercheurs autour du fait qu'il était possible de mettre à l'essai et d'évaluer des idées novatrices, par l'entremise de projets pilotes faisant l'objet d'une évaluation. Comme cet informateur clé l'a fait remarquer : [Traduction] « *Le FASS a introduit l'expérimentation dans un environnement où l'on tente généralement de protéger le statu quo par tous les moyens. Il a appuyé la cause de la souplesse dans un système renommé pour sa rigidité* ». Le désir de donner la part belle à l'innovation est toujours vivant, comme le démontrent les résultats du sondage sur la durabilité.

### 2. Accent sur les données probantes

On a utilisé les recherches du FASS pour faire connaître l'importance de la prise de décisions fondées sur des données probantes. Elles ont permis de populariser l'expression « *prise de décisions fondées sur des données probantes* » chez les représentants des gouvernements et du public. Le fait d'insister très tôt sur le processus d'évaluation dans l'ensemble de l'initiative du FASS, avant même l'approbation des initiatives provinciales, territoriales et nationales, était inhabituel, mais s'est avéré très avantageux pour relever les leçons apprises et les données probantes du FASS. Le processus faisait montre de responsabilité sociale, car il permettait aux particuliers et aux collectivités d'acquérir des compétences dans le cadre d'évaluations et de méthodes de recherche participatives. Les collectivités étaient donc en mesure d'élaborer des moyens de renforcer leurs capacités dans ce secteur. Le FASS a également permis d'agrandir la portée de la prise de décisions fondées sur des données

probantes, en intégrant l'évaluation et la diffusion au processus. Dans le contexte actuel de renforcement des capacités, il existe une volonté et des moyens de continuer à mettre l'accent sur l'utilisation des données probantes dans la prise de décisions.

### **3. Mise en valeur et utilisation des ressources**

Bon nombre de projets du FASS ont remis sur la table le besoin constant d'élaborer ou de préciser les lignes directrices, les outils et les normes en matière d'aide à la prise de décisions. On a largement diffusé les apprentissages clés dans certaines provinces, où on les a mis à profit dans la prise de décisions et dans la mise en place de changements à apporter. De nombreuses ressources à l'intention des fournisseurs et des clients ont été élaborées, auxquelles on a ajouté des connaissances particulières à l'intention des décideurs (documents concernant les politiques) et à l'intention des intervenants ayant des besoins précis en matière d'information sur les questions de santé (p. ex., matériel éducatif pour les fournisseurs, les clients, les soignants et les établissements d'enseignement, etc.). On a également identifié, dans le cadre de l'évaluation des projets pilotes, les renseignements d'ordre général expliquant leur succès ou leur réussite. Le caractère durable du développement et de l'utilisation des ressources suggère fortement leur intégration aux conceptions d'héritage à long terme du FASS, sur les plans bien réels des politiques et des pratiques à l'échelle du pays.

### **4. Incidence sur les services de santé**

Le FASS a fait la preuve qu'un personnel compétent, dévoué et doté d'un leadership exemplaire constituait la clé du succès du programme. Le FASS a contribué à donner un visage national à la réforme des soins de santé. Il a accordé du soutien aux démarches créatives de réforme, ce qui a donné lieu à l'émergence d'idées nouvelles. Présenté dans la foulée du Forum sur la santé, le FASS constituait le point de départ essentiel des accords sur la santé à venir, car il permettait aux activités de réforme, susceptibles d'influencer indirectement le système de santé, de poursuivre sur leur lancée. Les projets bénéficiant du soutien du FASS touchaient la plupart des aspects de la prestation des services, si ce n'est tous, et ont donné l'occasion aux travailleurs de ce secteur d'identifier les questions importantes à leurs yeux. En demandant aux praticiens et aux gestionnaires de programme de participer directement à la recherche, le FASS a contribué à l'identification et à la création de champions, qui ont ensuite pu jouer un plus grand rôle, au sein de leur organisation, dans l'avancement de la réforme des soins de santé. Leur participation leur a donné l'occasion d'influencer les décideurs, de modifier les politiques et les programmes et d'améliorer le processus de prestation de services de santé, l'accès à ces derniers et la qualité des soins. Les projets sont venus confirmer les priorités raisonnables et adéquates de la recherche sur les services de santé, qu'avaient choisies les paliers fédéral, provinciaux et territoriaux (F/P/T) dans le cadre d'un effort concerté. Les résultats se sont traduits par des changements et des améliorations relatives des pratiques fondamentales, par une gamme d'améliorations du point de vue de l'accès, des soins et du soutien offerts directement aux populations dans le besoin, et



par la confirmation de la piètre qualité des données accessibles à l'échelle du pays pour stimuler l'amélioration des renseignements, des pratiques et des systèmes de santé. En résumé, l'héritage du FASS est fondé sur les innovations progressives des projets du FASS de même que sur les bases structurelles et procédurales jetées par Santé Canada, le groupe de travail du FASS, le Secrétariat et d'autres intervenants au niveau du programme du FASS.

## 5. Établissement de relations

La participation directe des provinces et des territoires à l'élaboration des activités menées dans chaque secteur de compétences s'est avérée un facteur clé qui a conféré au programme du FASS une force et une pertinence particulières à ces paliers. On pouvait donc choisir les projets dans le but de compléter, de manière pratique, les renseignements dont une province ou un territoire avait besoin, et le programme s'imbriquait dans le système de santé de ce secteur précis de compétences, facteur très important pour l'acceptation et la crédibilité générale du FASS au sein des provinces et des territoires. Des liens se sont établis entre les disciplines et les secteurs (gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, chercheurs, intervenants et autres) pour la durée du programme. Avant l'avènement du FASS, il existait peu d'occasions de créer un tel climat de collaboration. L'un des héritages importants du Fonds a été cette « communauté de collègues » ou « d'agents de changement » aux paliers national, provinciaux et territoriaux, qui a jeté les bases de partenariats à long terme et d'une durabilité. On a assisté à l'émergence d'avantages des éléments et de la dynamique d'intégration au sein d'un même système de santé, de même qu'entre systèmes de santé différents, en matière de relations de travail et de travail d'équipe véritable orientés sur les mesures à prendre et sur la manière de le faire. Les relations ayant vu le jour grâce au FASS constituent la pierre angulaire d'une plus grande génération de connaissances ainsi que de processus de prise de décisions et de mise en commun plus éclairés. Elles rendent possibles d'autres développements misant sur l'expertise de partenaires, sur des contextes et sur des relations variés.

Malgré le fait que l'on s'attendait peut-être, à bien des égards, aux observations faites par les informateurs clés, il faut reconnaître que le FASS aurait pu prendre plusieurs virages différents au cours de son existence dans le système de santé, compte tenu de l'engagement inégal des intervenants, des intérêts politiques en place et des contextes en constante modification. Un informateur clé s'est exprimé ainsi : [Traduction] « *J'espère que ces résultats importants ne sont pas sous-estimés en tant que tels. Même si certains résultats illustrent simplement ce à quoi on aurait pu intuitivement s'attendre, ils constituent des conclusions légitimes, importantes et utiles pour un système dont la force n'a jamais été de faire le lien entre l'information et la prise de décisions à tous les paliers* ».

# Leçons apprises en ce qui concerne les défis du FASS

Le panel E-Delphi a mis en lumière plusieurs leçons clés apprises de l'expérience du programme du FASS, pouvant également refléter son héritage en ce qui concerne les facteurs à considérer dans la réalisation d'initiatives similaires à celle du FASS.

## Échéanciers limités

Le défi que les participants ont mentionné le plus fréquemment est l'échéancier serré, quelquefois irréaliste, à l'intérieur duquel il fallait établir des partenariats de recherche, préparer et présenter les propositions de projets au FASS, démarrer les projets sélectionnés, recueillir les données et les analyses ainsi qu'évaluer et diffuser les nouvelles connaissances et les résultats obtenus, dont la plupart étaient des résultats à long terme ou requéraient un changement des comportements pour être crédibles. La qualité de quelques propositions a souffert de ce manque de temps. Certains projets n'ont pas été en mesure de démontrer le changement durable ou les retombées à long terme qu'ils visaient, car leur durée a été excessivement restreinte par la longue période de « mise en place » nécessairement consacrée au démarrage du projet et ensuite à la cessation progressive de ses activités et à son évaluation. De même, le délai accordé à la transmission de l'information sur les projets aux examinateurs, par l'entremise d'un coordonnateur (et quelquefois d'autres intervenants), était serré.

L'incapacité de Santé Canada (et sa frustration face à cette dernière) d'approuver des accords de contribution précis avec les provinces et les territoires dans un délai raisonnable a jeté un voile sur le dynamisme, l'engagement et l'enthousiasme des organismes promoteurs de projets. L'échéancier de mise en place des projets en était encore raccourci, et les champions se sont souvent sentis frustrés et abandonnés par Santé Canada ainsi que par leur ministère provincial respectif. En dépit des réussites considérables du Secrétariat du FASS et de son personnel, on aurait pu faire beaucoup plus si le processus avait été plus efficace. Comme les autres programmes fédéraux de financement reposant sur un accord de contribution, le FASS a souffert de l'échéancier initial relativement court attribué à l'initiative elle-même (trois ans).

### [Traduction]

*L'échéancier alloué à la préparation et à la présentation des propositions de projet au FASS était serré et irréaliste. Par conséquent, la qualité de quelques propositions en a souffert. Toutefois, bon nombre de secteurs de compétences ont travaillé de pair avec leurs promoteurs, qui détenaient une bonne idée afin de combler les manques à gagner et les lacunes des propositions initiales.*

[Traduction]

*Le respect d'un échéancier représente toujours un défi. Le problème, lorsqu'il est question de « financement reposant sur des projets de durée limitée », surtout lorsque ces projets visent à modifier les approches de prévention des maladies, de promotion de la santé ou les autres aspects de la santé publique, c'est que les résultats et les modifications souhaitées risquent de ne pas survenir ou de ne pas être visibles complètement dans le délai alloué au projet.*

## **Rigueur de l'examen, méthodologie et ressources limitées**

Les commentaires des participants au panel E-Delphi ont principalement porté sur la critique des méthodes d'évaluation des projets. Les participants ont déclaré que l'on aurait dû procéder à de meilleurs examens par les pairs afin a) d'évaluer rigoureusement l'aspect opérationnel du projet et b) sa méthodologie d'évaluation, et c) de s'assurer qu'il était possible de réaliser des recherches de bonne qualité en respectant l'échéancier établi. Les participants ont exprimé leur préoccupation en ce qui concerne le manque apparent de responsabilité des projets, notamment en raison de leur auto-évaluation. Une autre préoccupation fréquemment mentionnée touchait la question des ressources limitées (financières et humaines) affectées aux activités de transfert des connaissances. Celles-ci avaient besoin d'une plus grande coordination, étant donné que l'application et les résultats de quelques-unes des innovations proposées ne devaient être complètement tangibles que plusieurs années plus tard. On a fait mention d'autres problèmes d'ordre méthodologique, notamment la démarche de présentation et d'examen de projets, utilisée par le FASS, au terme de laquelle le financement est approuvé, l'absence d'un mécanisme officiel de renouvellement ou de cessation des programmes, le manque de priorités et de budgets suffisamment précis pour garantir que les projets sélectionnés bénéficieraient d'un échéancier et de ressources adéquats pour véritablement mettre à l'essai l'innovation proposée, la difficulté de joindre les personnes associées au FASS après quatre ou cinq ans, la difficulté de maintenir l'élan lorsqu'il n'y avait pas de financement établi pour l'innovation, et la faible qualité apparente de quelques projets, en partie due à la participation des fournisseurs, décideurs, etc. (autres que les « chercheurs ») et en partie due à la nécessité de mettre en branle et de réaliser ces projets. Les participants ont également exprimé leurs inquiétudes concernant la grande diversité des secteurs couverts, qui, bien qu'il s'agisse d'un point positif, représente tout de même un défi. Le FASS s'est-il trop éparpillé, par exemple, en accordant du soutien à une si vaste gamme de projets? Ce questionnement a mis en lumière le compromis à faire entre le choix d'accorder la souplesse nécessaire au soutien à l'innovation et à la créativité de bon nombre de projets touchant le système de santé et celui de faire preuve d'une plus grande rigueur dans le processus d'examen d'un projet et de préciser les objectifs visés. Il faut également prendre en compte l'équilibre des risques dans la décision de financer ou non une innovation. À ce sujet, les participants du panel E-Delphi ont formulé des commentaires précis, notamment celui-ci :

[Traduction]

*La majorité des projets n'auraient jamais passé avec succès un examen par des pairs provenant de milieux universitaires, non pas parce que les projets n'étaient pas intéressants, mais plutôt en raison des faiblesses du processus actuel d'examen par les pairs. Il faut mettre en place un processus adéquat et s'accorder du temps pour amener les administrateurs et les analystes à l'échelle communautaire à un niveau plus élevé afin qu'ils puissent mieux comprendre les processus de recherche et d'analyse et progresser vers des degrés plus sophistiqués de gestion reposant sur des données probantes. Ce processus a été clairement mis en branle par le FASS, et des leçons valables en ont été retirées à l'échelle communautaire. Ainsi, la marée du financement continu de l'innovation pourrait renflouer tous les bateaux, à mesure que les cliniciens et les administrateurs apprendraient à travailler avec les analystes et à constater, directement, la valeur qu'une analyse de bonne qualité est en mesure de conférer à une organisation.*

Bien qu'un examen plus rigoureux des projets uniformiserait probablement davantage leur qualité, l'exercice nécessiterait plus de temps et pourrait (tout dépendant de sa mise en place) rendre le processus trop difficile ou trop lourd pour que les organismes et les partenariats plus petits et moins « sophistiqués » puissent y prendre part, de manière réaliste. Étant donné que [Traduction] « *certaines des projets les plus petits ou les moins sophistiqués ont généré des résultats très pratiques et des renseignements très utiles* », il ne serait pas acceptable de les exclure des prochaines initiatives similaires à celle du FASS.

En dépit de leurs nombreuses préoccupations, les participants du panel E-Delphi se sont pratiquement tous entendus pour reconnaître qu'il existait, au bout du compte, un processus d'examen des projets et des présentations par les pairs. Cet examen incombait au comité fédéral, provincial et territorial composé de responsables de la prestation de programmes. Ceux-ci [Traduction] « *constituent les pairs adéquats* » pour procéder à l'examen des propositions d'initiatives de services de santé communautaires. Les responsables de programme et les chercheurs qui connaissent bien les réalités propres à la recherche communautaire sont les pairs tout indiqués pour évaluer les composantes des propositions soumises. Cependant, trois participants au panel ont indiqué que l'on aurait dû examiner plus rigoureusement les projets (p. ex., l'examen par les pairs) afin d'en uniformiser davantage la qualité.

Les deux perspectives sur l'examen des propositions ne sont pas nécessairement incompatibles. La première touche la composition du groupe de pairs chargé de l'examen (gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, responsables de programme), et la seconde est plutôt centrée sur la rigueur du processus. Un « groupe de pairs » uniquement composé de représentants du gouvernement et de responsables de programme peut poser problème, par sa nature, et s'avérer potentiellement biaisé. Un groupe davantage représentatif, comprenant des spécialistes de la recherche et des secteurs thématiques visés par le projet

(p. ex., soins primaires, soins à domicile, santé des enfants, santé mentale, santé des Premières nations, etc.), pourrait être un choix plus judicieux. Le groupe pourrait également inclure des représentants de l'organisme, de l'administration et de la gestion, des experts en matière de présentation de rapports et de diffusion de l'information, des spécialistes de la surveillance et de l'évaluation, etc., qui auraient tous pour objectif d'aider les candidats à circonscrire leurs intérêts afin de positionner leur projet de manière à obtenir plus efficacement les résultats escomptés. Les membres de ce groupe, ou d'un groupe lui étant associé, pourraient également agir à titre de mentors ou de conseillers à la réalisation de projets dans des secteurs nécessitant du soutien. Un participant au panel E-Delphi a fait remarquer que l'on pourrait notamment mettre sur pied un service d'assistance téléphonique sur la méthodologie, dans le but de rehausser la qualité des propositions et des projets subséquents. Les provinces, les territoires et les districts de santé de faible envergure ne disposent souvent pas d'experts en évaluation à proximité. Les participants notent que l'on pourrait, dans ces cas [Traduction] « *imiter certains groupes internationaux qui confèrent un "sceau d'approbation" à quelques unités de recherche ou à quelques chercheurs afin que les décideurs puissent les consulter pour la réalisation de contrats devant être terminés rapidement* » [ou pour obtenir des conseils sur l'élaboration des propositions, sur la conception de la recherche et de l'évaluation, etc.].

## **Difficultés associées à la mise en place de nouveaux modèles**

On a fait remarquer que le FASS se dotait de « projets » plutôt que « d'engagements » en ce qui concerne les nouvelles approches en matière de soins de santé, et que cette réalité compromettait la réalisation d'une véritable « transition ». Une *transition* réussie – dans le secteur de la santé comme ailleurs – nécessite de bonnes relations (établissement de relations, renforcement des liens de confiance, appui, communication des leçons apprises). Cela dit, au terme de la période de deux ou trois ans allouée à la conception, à la mise en place et à la synthèse d'un projet, on n'a pu obtenir qu'une esquisse d'un processus qui aurait dû s'effectuer à plus long terme pour acquérir une certaine crédibilité comme nouveau modèle de soins de santé.

## **Établissement de nouveaux partenariats**

L'établissement de partenariats et de relations prend du temps, d'abord pour mettre sur pied l'infrastructure qui soutiendra le programme, ensuite pour établir le processus fédéral, provincial et territorial d'examen et de sélection des projets, et finalement pour transmettre les nouvelles connaissances aux décideurs. On doit tenir compte du coût de mise en branle et des échéanciers à respecter associés à l'établissement de relations et à la mise sur pied d'une infrastructure. Les professionnels et les administrateurs de la santé doivent apprendre à travailler de concert avec les analystes et à constater, directement, la valeur qu'une analyse de bonne qualité est en mesure de conférer à une organisation. L'établissement de partenariats, à

tous les niveaux, a été identifié comme une réalisation clé, mais on a également mentionné le besoin de renforcer davantage les liens avec les décideurs (programme provincial, comités fédéraux, provinciaux ou territoriaux).

## **Recommandations pour les prochaines initiatives similaires à celle du FASS**

Les participants au panel E-Delphi ont formulé plusieurs recommandations pour les prochains programmes du même type que celui du FASS. Tous les participants, sauf un, ont recommandé la mise en place d'un autre programme du FASS.

### **Durabilité**

Si l'on prévoit offrir encore une telle initiative, il faudra tenir compte de la composante cruciale que représente la durabilité et l'intégrer au processus. Il faudra permettre aux organismes, aux collectivités et aux Premières nations concernées de prendre part à la prise de décisions concernant l'allure que prendra le projet, les questions qu'il posera et les réponses qu'il aura pour objectif de donner ainsi que la manière dont l'information sera diffusée au sein de la population et des divers systèmes. Les bureaux régionaux de Santé Canada devraient participer à ce processus. Tout comme dans le cadre du FASS, il faudra s'assurer d'une prise de décisions conjointe des paliers fédéral, provinciaux et territoriaux, faisant la promotion de partenariats solides. Cette stratégie à la fois descendante et ascendante est essentielle à la durabilité. Un participant a écrit :

[Traduction]

*Gérez les attentes, au niveau du financement et à celui du projet. Ne conditionnez pas l'organisme de financement, ni le promoteur, à rechercher et à récompenser uniquement les changements « importants et bien évidents » apportés à la planification, à la gestion et à la prestation des services de santé ou les résultats retentissants. Tout changement s'effectue ou devrait s'effectuer progressivement. Des premiers pas solides sur un trajet plus long, mais bien tracé, prendront la forme de changements durables et bien orchestrés. Par sa nature, le FASS tendait à encourager et à récompenser les embardées plutôt que les avancées bien calculées. Les promoteurs se sont probablement sentis obligés de suivre cette ligne de conduite. C'est la raison pour laquelle nous disposons de tant de projets des plus ambitieux, sans être pour autant durables. On aurait pu conserver plus de terrain grâce à des gains plus modestes, et peut-être moins retentissants, mais davantage susceptibles de se voir « institutionnalisés ». Dans les « tranchées », ce sont les petits pas qui font la différence au bout du compte. Et nous sommes dans les tranchées, il ne faut pas s'y méprendre.*

## Échéancier

Il faudra utiliser un échéancier échelonné sur cinq ans : la première année sera consacrée à la planification et à l'organisation du programme; les trois années suivantes à la réalisation de projets pilotes et la dernière année à la transmission des connaissances aux décideurs. Il faudra allouer davantage de temps à l'élaboration et à la réalisation des projets ainsi qu'à l'évaluation de leurs résultats, et s'assurer que l'échéancier convient à leur portée respective. On accélérera le processus menant à l'approbation ministérielle lorsque Santé Canada fera l'annonce d'initiatives similaires à celle du FASS. On s'assurera que les accords de contribution sont signés et annoncés par le ministre fédéral, dans un délai raisonnable. Santé Canada devra être prêt à prolonger le calendrier de financement, de manière à ne pas affecter significativement la phase de mise en place.

## Transfert et application des connaissances

Il faudra élaborer de meilleures méthodes de transfert des connaissances entre les secteurs de compétences, se doter d'une stratégie de synthèse et de diffusion solide et cohérente, et reconnaître que l'application des connaissances nécessite beaucoup de temps et se poursuivra au-delà des cinq années prévues. Il faudra fournir de plus amples ressources après l'achèvement des projets et des synthèses afin de promouvoir le transfert des connaissances, l'analyse, etc., et réunir les responsables de projets similaires pour qu'ils puissent mettre en commun leur expérience, identifier les thèmes communs, etc. On investira de manière plus importante et plus durable dans le transfert des connaissances, pour susciter de plus vastes incidences. On s'assurera que les politiques et les rapports d'enquête du gouvernement fédéral traduisent bien les messages clés véhiculés par la recherche. On aura la responsabilité de faire en sorte que les gens accèdent à l'information, et que ceux qui l'ont préparée sachent à quel moment leur produit final sera diffusé.

Les participants ont identifié des éléments clés à considérer :

[Traduction]

*Les renseignements obtenus de tels projets ne sont bénéfiques que si les gens connaissent leur existence. Par conséquent, la diffusion de ces renseignements ne peut être traitée comme un « à côté » ou un aspect secondaire d'un projet, surtout si ce dernier est financé par l'État – on devrait alors avoir encore plus à cœur de faire en sorte que les gens aient accès à l'information, et que ceux qui la préparent sachent où s'effectuera la diffusion de leur produit final.*

[Traduction]

*Je suggère de se référer au travail des personnes qui ont documenté les pratiques exemplaires dans ce domaine. Aussi, le travail entourant le changement de comportement et les interventions éducatives réussies est bien utile.*

On devra mettre sur pied un bulletin visant à informer les gens de ce qui se passe. Il faudra encourager les chercheurs à obtenir une couverture médiatique pour les résultats intéressants et méritant d'être signalés dans les nouvelles. Il faudra organiser des conférences, toutes les quelques années, dans le cadre desquelles on présenterait aux décideurs les résultats obtenus (en présumant qu'il s'agit d'un FASS continu). À intervalles réguliers, on devra présenter des rapports de synthèse, qui pourraient alimenter les conférences susmentionnées.

La mise sur pied d'une ressource offerte sur le Web décrivant le profil de chaque initiative, fournissant la synthèse des apprentissages, dressant une liste de liens vers des sites pertinents (dont le contenu a fait l'objet d'un examen), et servant de lieu de diffusion de renseignements et d'interaction entre les promoteurs, sur des questions comme celle de l'évaluation, serait idéale. Ce faisant, on créera un sentiment d'appartenance à la collectivité, on valorisera le travail de tous les projets et on appuiera une culture généralisée favorisant la présentation de rapports et la responsabilisation, à tous les niveaux. Une telle ressource devra faire partie intégrante de l'infrastructure de tout fonds à venir. On ne devra pas sous-estimer les ressources humaines dont il faudra possiblement se doter pour la mise sur pied de cette ressource.

[Traduction]

*Des avis publics plus nombreux concernant l'initiative du FASS.*

[Traduction]

*Il faudra établir un partenariat entre l'analyste des politiques, le décideur et le gestionnaire du projet afin de s'assurer que le transfert des connaissances s'effectue, de manière constante, pendant toute la durée de vie du projet plutôt qu'uniquement à la fin.*

## **Méthodologie**

Il faudra évaluer le programme plus tôt, lorsque les personnes concernées sont accessibles et qu'elles n'ont pas encore été affectées à d'autres postes. On devra dresser un plan d'évaluation générale avant la mise en place de l'initiative, pour les projets individuels et pour l'initiative dans son ensemble. Il faudra commencer plus tôt à élaborer le plan d'évaluation de l'incidence finale. On établira une méthode efficace d'identification des lacunes dans les connaissances et on évitera les secteurs prioritaires d'ordre général comme « la prestation de services intégrée » pour les remplacer par des secteurs moins vagues. On devra élaborer une initiative plus précise (un ou deux thèmes seulement) comportant peu de projets, mais de plus grande envergure (qui disposeraient d'un processus d'examen plus rigoureux en fonction du financement disponible), et une composante d'évaluation plus solide afin de réagir



efficacement à ce qui fonctionne et à ce qui ne fonctionne pas. Il faudra soutenir davantage l'identification et l'évaluation des facteurs reliés aux coûts, dans le but de diffuser des renseignements plus significatifs.

## **Un programme du FASS permanent**

[Traduction]

*Il n'y a pas de doute que cette initiative a été positive, et nous devons favoriser l'établissement de cette culture axée sur la pensée novatrice, même si les innovations proposées ne s'intègrent pas toujours tout de suite parfaitement.*

Il faudra faire du FASS un programme permanent, peut-être associé à d'autres organismes de financement en ce qui concerne certaines capacités, et le doter d'un budget continu permettant la réalisation d'activités et d'évaluations. Il faudra établir un programme permanent visant à élaborer, à mettre à l'essai et à évaluer les idées novatrices, susceptibles d'augmenter l'efficacité des programmes ou des politiques, dans tous les services de santé, de la santé publique aux soins médicaux tertiaires dispensés par les hôpitaux.

Il faudra gérer les attentes à l'égard de l'initiative, au niveau du programme et au niveau du projet, et éviter de conditionner l'organisme de financement ou le promoteur à rechercher et à récompenser uniquement les changements « importants et bien évidents » apportés à la planification, à la gestion et à la prestation des services de santé ou les résultats retentissants. Tout changement s'effectue généralement de manière progressive. Des premiers pas solides sur un trajet plus long, mais bien tracé, prendront la forme de changements durables et bien orchestrés.

[Traduction]

*Il est évident que les processus d'approbation de Santé Canada prennent beaucoup plus de temps que prévu (de même, pour être honnête, que ceux des paliers provinciaux et territoriaux). Par conséquent, Santé Canada doit traiter de manière proactive ce problème risquant de nuire aux nouveaux programmes et se préparer à prolonger le calendrier du financement afin de ne pas affecter significativement leur mise en place. À la lumière de l'expérience passée, il faut présumer que la sollicitation, l'examen et l'amélioration des initiatives, préalables à leur financement, s'échelonneront sur une longue période de temps. Par conséquent, il faudra établir un échéancier approprié et réaliste pour le programme.*

## EXAMEN

L'analyse et l'examen que nous faisons des résultats sont présentés conformément au cadre et aux questions d'évaluation établis par Santé Canada et servent à vérifier quelles ont été les incidences du Fonds pour l'adaptation des services de santé.

En résumé, voici ce qu'était l'objectif global du FASS :

[traduction]

*« Encourager et soutenir le processus décisionnel fondé sur les données probantes dans les réformes des soins de santé, principalement, en appuyant les projets pilotes et d'évaluation relativement aux méthodes innovatrices de prestation des soins à domicile et des soins primaires, de mise en oeuvre de l'assurance-médicaments et de prestation intégrée de services. »*

Les résultats *immédiats* attendus du FASS étaient que 1) l'augmentation de la quantité d'information et de connaissances se rapportant à la conception et à la prestation des services de santé mènerait à un processus décisionnel fondé sur les données probantes, ce qui 2) favoriserait les nouvelles recherches ou l'innovation. Les résultats *intermédiaires* quant à eux mèneraient à une meilleure conception et prestation des services de soins de santé. Les résultats *à plus long terme* du FASS avaient pour but d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé (Cadre d'évaluation du FASS, 2003). Il y a ainsi un rapport de cause à effet entre la production et le transfert des connaissances et l'utilisation de données probantes dans le processus décisionnel dans le but d'améliorer la santé et les soins de santé et, donc, d'améliorer la santé des Canadiens.

Entre-temps, les objectifs de l'évaluation des incidences étaient les suivants :

- 1) Déterminer l'étendue de l'encouragement et de l'appui apportés au processus décisionnel fondé sur les données probantes dans la réforme des soins de santé et au développement de nouvelles informations et connaissances.
- 2) Évaluer la synthèse et la diffusion des informations résultant du FASS.
- 3) Évaluer la pertinence et la qualité des informations résultant du FASS.
- 4) Évaluer l'utilisation des informations résultant du FASS dans la réforme du système de santé.
- 5) Évaluer l'incidence des informations résultant du FASS sur la réforme du système de santé.

- 6) Déterminer quelles sont les leçons apprises, les incidences à long terme et les solutions de rechange.

Les quatre premiers objectifs concernent plus directement les résultats immédiats et intermédiaires. Les deux derniers font état d'une vision élargie des répercussions à plus long terme du FASS et de la place qu'elles occupent dans le système canadien de soins de santé

Les données contenues dans l'évaluation des incidences indiquent que le programme du FASS a permis l'obtention de résultats aux trois niveaux. Le problème, cependant, est que la nature et l'étendue de ces incidences sont, en partie, contextuelles, et varient en fonction du centre d'intérêt particulier des projets et du programme en question. Ce qui est plus sûr, c'est que le FASS au niveau des programmes a été un catalyseur solide et utile au regard de l'obtention des différents résultats attendus. Plus particulièrement, il est probable que même aujourd'hui, on ne connaisse pas toutes les incidences du programme.

## Résultats immédiats

Les résultats immédiats se rapportant à l'augmentation de la quantité d'information et de connaissances relativement à la conception et la prestation des services de santé qui mèneraient à un processus décisionnel fondé sur les données probantes et au développement de nouvelles recherches et d'innovations ont hors de tout doute été obtenus. Ces résultats sont documentés par les données présentées antérieurement en rapport avec l'examen de documents, les entrevues et les sondages, et sont soulignés davantage dans les réponses fournies par les participants au panel E-Delphi.

En utilisant les six niveaux de classification de la Hiérarchie des incidences (c.-à-d. transmission, cognition, référence, effort, influence et application) à des fins d'analyse, les connaissances ont été transmises aux utilisateurs par le biais d'un éventail de mécanismes de transfert. Quatre-vingt-onze pour cent des répondants au sondage ont observé que leur projet du FASS permettait de développer de nouvelles connaissances, tandis que 88 % ont déclaré que les connaissances étaient utiles et pertinentes pour le public ciblé. Les données des sondages montrent que 73 % étaient d'avis que les connaissances avaient été transférées aux utilisateurs, tandis que 95 % ont déclaré que les connaissances avaient été considérées et comprises par les décideurs (cognition). Quatre-vingt-onze pour cent étaient d'avis que le FASS avait été cité d'une façon ou d'une autre par les décideurs ou que ceux-ci y avaient fait référence. Une proportion élevée des répondants au sondage ont relevé que le FASS avait influencé l'exécution des politiques (83 %) et la prestation des services et les décisions relatives à la pratique (81 %), tandis que 65 % ont indiqué que le FASS était la cause directe des changements apportés aux politiques, et 65 % ont relevé qu'il était la cause directe des

changements apportés aux pratiques. Enfin, 71 % des répondants ont constaté que les connaissances acquises lors des projets du FASS étaient directement utilisées par les consommateurs de soins de santé.

Ces résultats sont appuyés par des données additionnelles provenant des sondages. Les connaissances acquises grâce au FASS ont été utilisées par des individus dans les organismes financés (65 %), des individus dans d'autres organismes (69 %) et des décideurs aux niveaux régional, (64 %), provincial et territorial (63 %), ainsi que national (40 %). En d'autres mots, il y a utilisation évidente des connaissances générées par le FASS au micro-niveau, au méso-niveau et au macro-niveau.

Bien que la taille des échantillons ait été réduite, les tendances sont positives à tous les niveaux de la Hiérarchie des incidences et sont, en outre, validées par les données produites par le biais des méthodes complémentaires utilisées. De plus, la présence des niveaux de transmission et de cognition de la Hiérarchie des incidences ressortait des données de sondage recueillies lors des ateliers tenus partout au pays. Les citations nombreuses provenant de diverses sources, les résultats obtenus par les projets respectifs et la mise au point de produits créent ensemble la mosaïque d'un programme efficace, assuré par le gouvernement fédéral, qui constituait un catalyseur important pour la génération de nouvelles connaissances et leur application ultérieure.

Les données triangulées appuient également le fait que le second résultat immédiat, soit le processus décisionnel fondé sur les données probantes menant à de nouvelles recherches ou à des innovations, a été obtenu et, selon toute probabilité, continue de l'être à l'heure actuelle. Quatre-vingt-deux pour cent des répondants au sondage ont mentionné que le projet du FASS avait encouragé un mécanisme de processus décisionnel fondé sur les données probantes dans les services de santé, tandis que 92 % ont constaté qu'il comblait un vide dans la recherche. En fait, 52 % étaient d'avis que leur projet respectif avait produit les choix de réforme qui avaient été projetés.

Le programme du FASS a ensuite encouragé et soutenu le processus décisionnel fondé sur les données probantes dans la réforme des soins de santé et le développement de nouvelles informations et connaissances. De plus, le FASS a comblé un vide dans la recherche et l'analyse pour les services de soins de santé. À cet égard, les répercussions du FASS se sont fait sentir au micro-niveau, au méso-niveau et au macro-niveau<sup>6</sup> mars 2005, ayant comme incidence nette l'amélioration de la base des connaissances pour la prestation des soins de santé partout au pays.

Un transfert des connaissances efficace est à la base de l'atteinte de ces objectifs. Les données décrites plus haut indiquaient qu'on a développé un éventail d'activités et d'outils se rapportant au transfert des connaissances. Le programme du FASS en lui-même a été déterminant pour ce développement, et pour plusieurs observateurs, il a permis d'innover de par le degré d'inclusion du transfert des connaissances dans les activités du programme et

celles des projets. Les données de sondage montrent que des documents ont été publiés ou présentés, des événements médiatiques ont eu lieu, des articles de presse ont été rédigés, des présentations ont été données lors de conférences et auprès de collectivités locales, et de nombreuses demandes ont été présentées pour l'obtention de matériel de formation, de guides, de logiciels, de directives, etc.

Par conséquent, lors de l'évaluation de la synthèse et de la diffusion de l'information résultant du FASS, nous devons reconnaître que les moyens pour ce faire étaient principalement axés sur un transfert généralisé des connaissances, en mettant l'accent sur l'étendue de la diffusion. Tandis que nous évaluions la pertinence et la qualité des informations provenant du FASS, entre-temps, 88 % des répondants au sondage étaient d'avis que les informations résultant des projets du FASS avaient rejoint leur public cible et qu'elles étaient *pertinentes* pour celui-ci, et 82 % estimaient que les renseignements étaient de *qualité* élevée.

Le transfert des connaissances (TC) s'est produit aux niveaux des programmes et des projets. Comme on a pu le voir dans la partie sur les résultats, le programme du FASS a permis de développer un certain nombre de moyens de diffusion conçus pour joindre différents publics. En majeure partie, il s'agissait d'un TC étendu, le TC intensif ciblé ayant été limité.

En résumé, les stratégies de transfert des connaissances ont été efficaces pour joindre les diverses populations « cibles » concernées. Cependant, ce qui est moins évident est de savoir si les stratégies elles-mêmes ont été ciblées de manière aussi efficace qu'elles auraient pu l'être. En d'autres mots, une stratégie plus approfondie visant plus particulièrement certains intervenants, comme nous l'avons mentionné auparavant dans le présent rapport, aurait pu mener à une application plus généralisée. Bien que nous reconnaissons que les ressources du programme du FASS servant à développer davantage des activités de transfert des connaissances étaient limitées, nous ignorons ce que la portée « prévue » *aurait pu ou aurait dû être*. En réalité, avec toutes les données générées par ce rapport, nous n'avons aucun modèle pour déterminer quelles auraient dû être les applications et les « incidences » prévues des connaissances. À bien des égards, il est possible que nous possédions maintenant la base nous permettant de réfléchir de façon plus prospective aux questions d'analyse comparative.

## Résultats intermédiaires

Les résultats intermédiaires prévus pour le FASS étaient l'amélioration de la conception et de la prestation des services de soins de santé. Pour bon nombre de projets, comme le démontrent bon nombre des résultats et des capsules documentaires dans l'Annexe, on a déjà apporté des améliorations à la conception et à la prestation des services de soins de santé. Les données provenant des entrevues et des sondages appuient davantage ces résultats.

Soixante-dix pour cent des répondants au sondage estimaient que les projets avaient permis d'améliorer les soins dans leur propre collectivité, et 63 % étaient d'avis qu'ils les avaient améliorés dans leur province. Une autre tranche de 43 % estimait qu'ils avaient permis d'améliorer les soins dans d'autres provinces ou au niveau national (29 % des répondants n'étaient pas certains que cela s'était produit). Soixante-cinq pour cent des répondants étaient d'avis que le projet du FASS avait permis d'améliorer la santé des consommateurs, et 78 % estimaient qu'il avait amélioré la façon dont les professionnels de la santé et autres dispensaient les soins. Enfin, 71 % des vérificateurs de projet étaient d'avis que le projet avait permis de renforcer l'apprentissage, l'éducation et la formation des professionnels de la santé. Subséquemment, on peut présumer que cela pourrait alors se traduire par de meilleurs résultats pour la santé des Canadiens. Là encore, bien qu'il y ait eu peu d'échantillons, les tendances étaient positives à tous les niveaux de la Hiérarchie des incidences.

## Résultats à long terme

Le résultat à long terme du FASS était d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Ceci a déjà été précisé dans les capsules documentaires, par le biais d'entrevues avec des vérificateurs de projet et par le biais de données de sondage. Par exemple, 65 % des répondants aux sondages ont constaté que le projet du FASS constituait la cause directe de changements dans la pratique, tandis que 71 % des répondants ont observé que les connaissances résultant du projet du FASS étaient utilisées directement par les consommateurs de soins de santé. De façon similaire, le fait que 52 % des répondants étaient d'avis que leur projet respectif avait produit les éléments de réforme souhaités donne à penser que ceci a dû améliorer les résultats au regard de la santé.

Les liens de causalité sont tout aussi importants à cet égard. La « théorie de programme » du FASS, telle qu'on peut la voir dans son modèle logique, démontre que l'obtention des résultats immédiats et intermédiaires entraînera l'accomplissement de résultats à plus long terme. Les données provenant de cette évaluation appuient cette tendance. Bien que nous ne puissions dire de manière définitive que cela se soit produit avec chacun des projets du FASS, nous pouvons dire que les liens de causalité ressortent clairement dans toutes les méthodes utilisées dans cette étude. On observe des données particulières, par exemple, dans les réponses au sondage mentionnées plus haut dans la partie des résultats immédiats. Ainsi, grâce à la causalité nous pouvons déclarer avec assurance, que bien qu'elles ne soient pas statistiquement significatives, les tendances constatées dans les données sont de bon augure pour les Canadiens qui bénéficieront de meilleurs soins de santé grâce aux investissements du FASS. Là encore, cet énoncé est appuyé par les données qualitatives recueillies en interrogeant divers intervenants.

On a également tiré de nombreuses leçons de l'expérience du FASS. En plus des leçons apprises documentées dans les capsules documentaires, nous avons délibérément prévu, dans le cadre de notre méthodologie, de recueillir les « *leçons* » par le biais du processus E-Delphi auprès des informateurs clés qui connaissent bien le FASS. Tel qu'il a été mentionné auparavant, on a fourni à ces répondants une synthèse des résultats, pour que les leçons qu'ils observent ne soient pas seulement enracinées dans leur expérience, mais également dans les données empiriques objectives.

En résumé, voici les principales leçons apprises, telles qu'elles ont été indiquées par les participants au panel E-Delphi et présentées dans la partie du rapport qui traite des résultats :

- Échéanciers serrés, ce qui a créé de la confusion concernant la nature et l'étendue des résultats des projets;
- Rigueur du processus et de la méthodologie du FASS;
- Ressources limitées au niveau du programme du FASS;
- Difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre des nouveaux modèles;
- Fait que l'établissement de nouveaux partenariats demande du temps.

Les participants au panel E-Delphi se sont basés sur ces leçons lorsqu'on les a questionnés au sujet de recommandations particulières. Il est important de noter qu'à une exception près, tous les participants estimaient qu'un autre programme s'apparentant au FASS pourrait jouer un rôle extrêmement efficace dans l'évolution continue du système canadien de soins de santé. Tel qu'il est décrit dans la partie précédente, les quatre domaines clés suivants ont été déterminés pour élaborer tout autre programme s'apparentant au FASS :

- Durabilité;
- Échéanciers;
- Transfert des connaissances;
- Méthodologie.

Il est important de retenir que les informateurs clés étaient d'avis que les réussites associées au programme du FASS, malgré les diverses inquiétudes soulevées, étaient telles qu'un autre investissement dans un programme similaire était à la fois souhaitable et important.

Une dernière question liée au 6<sup>e</sup> objectif de l'évaluation de Santé Canada avait trait à de possibles « *mécanismes de rechange pour fournir les résultats déterminés en fonction d'une rentabilité et d'un rapport coût-efficacité accrus* ». Il est beaucoup plus difficile de traiter de cette question pour trois raisons. D'abord, on ne peut comparer d'aucune façon un scénario « de simulation » au travail découlant du programme du FASS. Nous pouvons spéculer sur d'autres options qui auraient pu être possibles, mais pour rendre justice à la question, il nous faudrait déterminer la capacité des provinces et des territoires de trouver du financement,

quels processus d'examen ils mettraient en place, quelle serait la rentabilité des programmes infranationaux, etc. Il nous faudrait ensuite examiner la rentabilité du programme du FASS pour être en mesure de donner un sens à la comparaison. L'exercice serait trop compliqué et, à la limite, improductif. Deuxièmement, il est peu probable que d'autres mécanismes pourraient être mis en place et pourraient couvrir l'étendue et la profondeur du transfert des connaissances, de l'engagement des intervenants, de l'évaluation intégrée et de l'accent mis sur une combinaison d'innovations et d'interventions concrètes aux différents niveaux (micro-niveau, méso-niveau et macro-niveau). Troisièmement, la question du « coût » ne constituait pas un sujet d'intérêt prédominant dans les projets du FASS. Et parmi les projets qui évaluaient les coûts d'une certaine façon, la plupart n'ont pas effectué d'études de rentabilité rigoureuses. En d'autres termes, nous ne savons pas exactement, ni même vaguement, quel est le rapport coût-efficacité du programme du FASS, à l'exception de nombreuses suggestions et anecdotes provenant des projets eux-mêmes. De plus, dans le cas du programme du FASS, il est clair dans cette étude qu'on aurait pu en faire plus si les ressources avaient été disponibles jusqu'à la fin (peu importe leur définition), et si les énergies étaient demeurées uniquement axées sur le mandat du FASS. Une des inquiétudes exprimées par les intervenants dans cette étude, par exemple, était le désir d'obtenir plus de commentaires du programme du FASS pour favoriser le processus de transfert des connaissances, qui aurait pu s'effectuer dans les limites des échéanciers du programme, mais également bien après. Un autre point est que l'innovation, par définition, suppose un certain degré de risque. Certaines innovations peuvent fonctionner, d'autres pas. Bien que divers projets soient considérés comme des coûts à court terme, il devrait en découler que la sagesse collective résultant de toutes les innovations sera considérée comme un investissement à long terme. Enfin, pour réitérer un point important abordé par Steven Lewis (2002), la somme totale dépensée était minime, ne serait qu'en regard de la somme consacrée en une heure aux soins de santé au Canada. Il écrit ce qui suit :

*« Bien que 150 millions de dollars soit une grosse somme, ce n'est rien lorsque l'on pense au système sur lequel le FASS était censé agir. Pour un coût total de 95 milliards de dollars par année, le système en consomme près de 11 millions à l'heure. Le FASS a été dépensé sur une période de trois ans, ce qui veut dire que son budget annuel équivalait à peu près à ce que le système consomme tous les jours entre midi et cinq heures du soir. » Steven Lewis, Pour l'avenir d'un système canadien de santé reposant sur des données probantes (Résumé de la Série de rapports de synthèse)*

On voit ressortir de l'étude un certain nombre de thèmes qui recourent ce commentaire concernant les résultats attendus et les objectifs d'évaluation.

Le processus décisionnel, comme nous l'avons déjà clairement indiqué, se produit au micro-niveau, au méso-niveau et au macro-niveau. La logique du FASS est que les décideurs à ces niveaux possèdent de nouvelles connaissances fondées sur des données probantes pour appuyer les changements apportés à la façon dont les soins de santé sont dispensés. Ceci demande a) une connaissance des données probantes en premier lieu, ce qui nécessite une



diffusion efficace, b) la capacité de comprendre les données probantes (comprendre la qualité des données probantes), c) la compétence pour utiliser les données probantes pour changer les pratiques et les politiques (ce qui dépendra du contexte) et d) la volonté de le faire. De plus, si l'on considère que les approches novatrices ont porté fruit (possiblement pour de nombreuses raisons), il devrait y avoir des mécanismes en place pour assurer la durabilité à plus long terme des résultats obtenus.

Dans la dernière partie de cette étude, nous examinerons donc les constatations entourant trois thèmes clés récurrents de cette évaluation, soit l'incidence, le transfert des connaissances et la durabilité.

## Incidence

Suivant plusieurs sources de données différentes (examen de documents, entrevues, capsules documentaires et sondages), il est clair que les projets du FASS ont donné de nombreux résultats. Les comptes rendus de projet ont offert un large éventail d'information détaillée, approfondie et de qualité (malgré le fait que les annexes n'étaient pas toutes disponibles électroniquement). Bien qu'il n'ait pas été nécessaire d'établir des rapports de projet de plus de 400 pages, il est tout de même important de fournir suffisamment de détails pour que le projet reflète avec exactitude les activités et les réalisations, et puisse communiquer les données probantes pour que d'autres déterminent s'il est justifié de les appliquer ultérieurement dans d'autres cadres d'organisation et de compétence. Certains rapports indiquent qu'ils ont « à peine satisfait » aux exigences prévues par le FASS, tandis que d'autres ont fourni des détails qui permettent aux lecteurs de comprendre ce qui a été réalisé, comment et par qui. Certains projets étaient clairement axés sur le milieu universitaire, tandis que d'autres étaient axés d'une manière plus pragmatique sur la prestation de soins de santé de première ligne. Certains auteurs ont consacré du temps à expliquer, pour consultation future, pourquoi ils n'ont pas réalisé ce qu'ils avaient prévu faire.

Les données contenues dans cette évaluation des incidences indiquent qu'il y a eu de nombreuses contributions au *macro*-niveau (programme). Voici ce qu'a permis de faire le FASS :

- Appuyer des partenariats non financés auparavant et du financement inexistant antérieurement;
- Appuyer des initiatives multisectorielles;
- Appuyer des initiatives de recherche appliquée non financées antérieurement;
- Appuyer des façons nouvelles et innovatrices qui n'auraient jamais été essayées sans ce fonds;

- Faire connaître des activités ultérieures à l'aide d'accords sur la santé qui pourraient avoir une incidence indirecte sur les soins de santé;
- Créer un milieu propice, efficace et interactif pour le gouvernement aux niveaux fédéral, provincial et territorial;
- Tenter sérieusement d'améliorer les soins de santé à l'aide de l'innovation;
- Produire des données probantes pour appuyer ou réfuter les façons de prodiguer des soins;
- Fournir les ressources pour tester certaines nouvelles choses;
- Enrichir la base des connaissances sur la santé et les soins de santé au Canada.

Au *méso*-niveau (organisationnel), le FASS a permis de faire ce qui suit :

- Créer un mécanisme d'innovation et de réflexion;
- Créer des partenariats;
- Mettre l'accent sur le développement d'un processus décisionnel fondé sur les données probantes;
- Tester de nouvelles idées pour découvrir ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et pourquoi, et ce qui se produit réellement dans certains modèles;
- Servir de projet pilote pour bon nombre de solutions innovatrices et créatives;
- Faire ressortir l'importance d'approfondir les stratégies lors d'activités de transfert des connaissances;
- Offrir une tribune aux partenaires afin de participer à des activités hautement prioritaires;
- Encourager les gens à se concentrer sur le développement d'un système plus durable pour la prestation des soins de santé;
- Fournir de nombreux exemples d'intégration claire et implicite de la prestation de services;
- Utiliser une approche axée sur le modèle de démonstration qui était flexible et qui a permis de réaliser des tests;
- Faire progresser les initiatives de réforme;
- Mettre l'accent sur l'évaluation et la diffusion en tant qu'exigences.

Au *micro*-niveau (individuel), le FASS a permis de faire ce qui suit :

- Insuffler ou renforcer un esprit de curiosité;
- Servir de catalyseur pour le développement professionnel;
- Donner l'occasion aux fournisseurs, décideurs et chercheurs de tester de nouvelles idées;
- Donner la possibilité d'effectuer des changements qui n'existaient pas auparavant;
- Jeter les fondements de partenariats à long terme;

- ❑ Susciter ou augmenter un intérêt pour l'utilisation de données probantes.

Chose importante, le FASS a également permis de faire ce qui suit :

- ❑ Améliorer les soins pour les patients ou clients;
- ❑ Améliorer la qualité de vie des aidants membres de la famille.

Les données probantes tirées des rapports de projet, les travaux du Secrétariat du FASS et les processus de réalisation des projets ont été à l'origine de bon nombre de leçons apprises et de la diffusion de celles-ci. Les participants aux projets ont été nombreux à formuler des idées, élaborer des processus et vivre des expériences qui ont débouché et continueront de déboucher sur de nouvelles façons de faire les choses, la logique du FASS voulant que cela renforce la capacité des individus et des organisations d'introduire et de réussir des innovations dans leur contexte local.

Cependant, dans bien des cas, les leçons apprises pourraient ne pas être aussi « nouvelles » pour nombre de personnes, bien qu'elles aient pu être innovatrices dans le cas des projets eux-mêmes. Cela correspond peut-être au caractère inadéquat des méthodes de transfert des connaissances antérieures ou, en fait, à l'absence de méthode. Cela peut également indiquer la nécessité d'avoir des stratégies ultérieures s'apparentant au programme du FASS afin d'offrir des structures et processus de soutien pour assurer que les mêmes erreurs ne soient pas répétées tout bonnement parce que les individus qui ont peu d'expérience n'ont pas eu la possibilité d'apprendre de ceux qui ont parcouru des routes similaires.

La détermination et l'explication des facteurs de succès essentiels de projets innovateurs seraient précieuses pour le renforcement permanent des capacités pour le système dans son ensemble. De quelle façon les leçons apprises peuvent-elles alors être transformées en stratégies pragmatiques valables par les bailleurs de fonds et les initiatives d'innovation futures? La plupart du temps, on estime que ce sont les *résultats* qui devraient être transférés, plutôt que les *processus* par lesquels les résultats ont été obtenus.

Dans le même ordre d'idées, c'est peut-être parce que les processus étaient inadéquats que les résultats n'ont pas été obtenus. Le fait de savoir quels facteurs contribuent à des processus inadéquats ou à une mise en oeuvre déficiente est également essentiel pour faire progresser le développement des connaissances dans le secteur de la santé. Encore une fois, cela soulève de nouvelles considérations relativement à la création et au maintien d'infrastructures de soutien pour les initiatives de type FASS.

Steven Lewis (2002) a fait remarquer dans sa synthèse générale du FASS que le financement pour le FASS était très peu élevé, compte tenu des coûts globaux des soins de santé au Canada. Nous pouvons ajouter à cela que sur la base des données provenant de cette évaluation, le FASS a déjà eu un impact très important, compte tenu des individus dont la

santé s'est améliorée, d'une prestation des services de soins de santé plus efficace et plus efficiente et d'un renforcement de la capacité des systèmes de soins de continuer de s'améliorer grâce à une meilleure compréhension des besoins de la population et une meilleure utilisation des données, de la technologie de l'information et des données probantes. De plus, nous avons constaté dans les nombreux rapports de projet examinés que des changements minimes dans les contextes locaux peuvent avoir des retombées considérables sur la vie et les milieux de travail des Canadiens. Le FASS a été un catalyseur efficace de changements positifs à différents niveaux (micro-niveau, méso-niveau et macro-niveau).

Les données indiquent clairement que les incidences du FASS ont été très étendues dans l'ensemble du pays et ont largement influé sur le processus décisionnel et la façon dont les soins de santé sont dispensés. On a exprimé des inquiétudes concernant le processus par lequel le FASS a été créé, la façon dont le financement a été affecté et les pressions auxquelles les projets ont été soumis pour qu'ils soient achevés dans des échéanciers plus serrés qu'on ne l'aurait souhaité. On s'inquiétait du fait qu'on aurait pu faire plus pour améliorer la nature et l'étendue du transfert des connaissances. On s'inquiétait également de la variabilité des projets en ce qui a trait à leur qualité et à leur achèvement. Tout cela doit être vu dans le contexte de l'émergence du FASS. Il est toujours plus facile de critiquer que de créer. Bien que l'on doive prêter une attention sérieuse aux inquiétudes soulevées, surtout si de futures initiatives s'apparentant au FASS sont proposées, il est tout aussi important, d'après les multiples sources de données de cette étude, que les décideurs *et* les vérificateurs de projet présentent de nombreux commentaires indiquant que les incidences étaient positives, réelles et importantes.

La question clé est de déterminer jusqu'à quel point les incidences étaient positives, réelles et importantes. Et quel est alors le point de référence permettant de déterminer, relativement à l'effet « combiné » global (le regroupement des nombreuses variables aux différents niveaux du processus décisionnel et des divers genres d'incidences) à quoi *on doit ou on devrait s'attendre* de ce genre de programme?

Cette évaluation globale des incidences fait ressortir un grand nombre *d'exemples d'incidences* (voir par exemple les rapports sur les capsules documentaires et l'examen de documents). Ceux-ci nous permettent de réaffirmer que les incidences étaient clairement évidentes, nombreuses et variées. Bien que nous ne puissions dire « *il existait suffisamment d'incidences observables pour justifier l'investissement du FASS* » (bien que comparativement, il soit tentant de dire que l'investissement financier a été très rentable), nous pouvons souligner une trame complexe de changements composée d'innombrables interactions entre des intervenants de divers niveaux de compétence et d'organisation pour créer des incidences directes et indirectes sur les patients, les fournisseurs et les décideurs. Les incidences étaient parfois immédiates, parfois diffuses, tandis que d'autres étaient encore incomprises ou méconnues. Le mot « incidence » a une dimension temporelle qui aura toujours un effet sur son évaluation.

## Transfert des connaissances

Bien que le programme du FASS ait lui-même créé au macro-niveau plusieurs moyens de diffusion, les responsables des projets ont été en mesure de faire connaître leurs travaux de nombreuses et diverses façons. Cela a été confirmé par les données de sondage, et appuyé par les données qualitatives provenant des entrevues et de l'examen de documents. De plus, l'intérêt exprimé pour les nombreux « produits » développés par les projets suggère que non seulement les projets étaient connus, mais qu'on était également intéressé à utiliser leurs résultats dans d'autres contextes. D'une perspective d'évaluation, bien que ces produits puissent être vus comme des résultats du FASS dans son ensemble, ils sont également des résultats en tant que tels, étant donné que la mise en commun des connaissances concorde avec le but général du FASS.

L'étendue du transfert des connaissances est en partie fondée sur les incitations au transfert. Dans le milieu universitaire, par exemple, la « monnaie » d'un individu est constituée de publications et de présentations lors de réunions scientifiques. Le FASS semble efficace à cet égard. Dans la collectivité locale, les articles de presse et les événements médiatiques sont des façons courantes d'effectuer le transfert des connaissances. Encore là, sur la base des données, il semble que cela ait également eu lieu.

On en sait moins sur la mise en oeuvre de ces processus de mise en commun des connaissances, et encore moins sur la mesure dans laquelle les chiffres issus des données correspondent à ce à quoi on *devrait s'attendre*. Encore là, il n'existe aucune donnée servant de point de référence pour de telles initiatives.

Pour être juste envers les projets, comme l'ont fait remarquer plusieurs des participants de cette étude, il est important de noter qu'il ne s'écoulait que peu de temps entre l'achèvement des projets et la présentation des rapports. En ce qui a trait aux projets qui tentaient d'exercer une influence aux niveaux provincial et national, il est évident que cela demandera du temps. Il n'y a pas de satisfaction plus immédiate que lorsque l'on travaille dans un environnement local où un grand nombre des acteurs peuvent apporter des changements, entre autres, parce qu'ils sont partie prenante de l'innovation. En fait, le transfert des connaissances et la mise en oeuvre ultérieure comportent un élément temporel très réel et très important.

### Seconde phase de la Hiérarchie des incidences

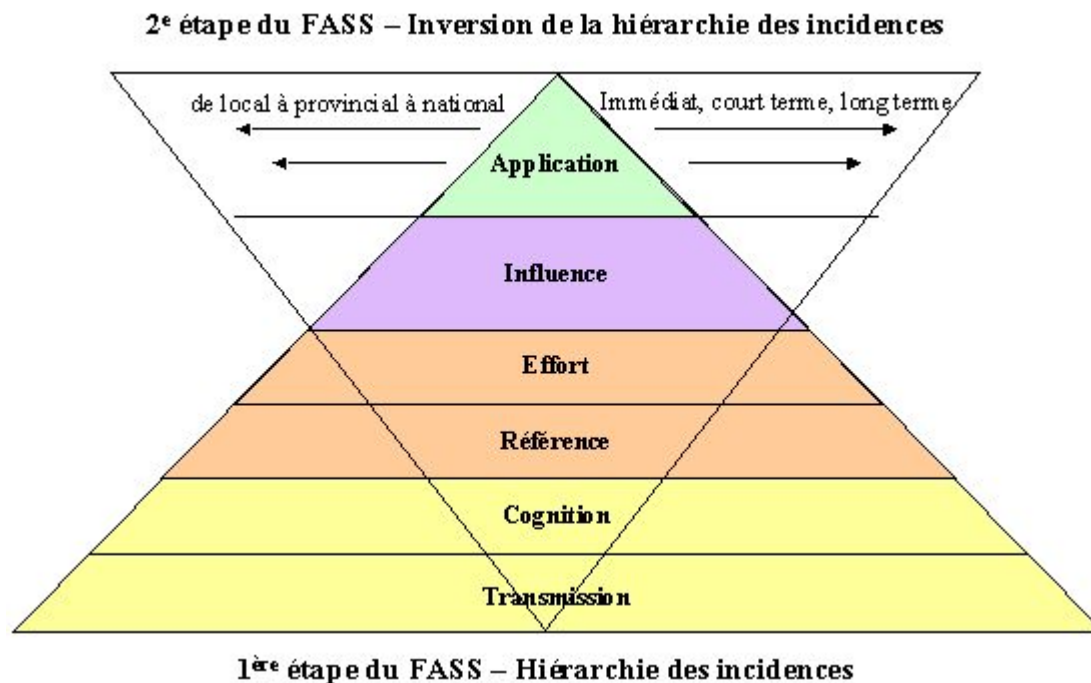
Lorsque la dimension temporelle est prise en compte, le transfert des connaissances peut également être considéré comme étant une « deuxième phase du FASS ». Tout simplement, il se produit un changement au fil du temps, dans la proportion de l'application des connaissances aux différents niveaux de la Hiérarchie des incidences. Comme le transfert étendu des connaissances est dominant lors de la phase antérieure, la proportion d'application réelle au fil du temps devient la forme d'utilisation la plus courante pendant la deuxième

phase. Ici, il peut y avoir un transfert des connaissances renouvelé et accéléré, avec apport d'une aide financière additionnelle venant ultérieurement promouvoir les connaissances. Ainsi, un investissement ultérieur provenant de Santé Canada (et possiblement des provinces et des territoires) après l'achèvement des projets pourrait renforcer et remplir l'engagement à l'égard du mandat original du FASS (ce qui suppose également une volonté politique et la disponibilité des ressources).

Dans ce contexte, le FASS peut être considéré comme étant une *première phase*. Bien que l'incidence ne soit pas immédiatement généralisable ou qu'elle n'englobe pas immédiatement de vastes sphères de compétences ou régions, le FASS plante le décor d'une *seconde phase* ultérieure, celle de *la diffusion des connaissances*, à mesure que l'incidence locale est transférée au-delà du contexte local dans une « seconde phase », assortie d'une meilleure compréhension des résultats obtenus, des processus utilisés et d'un plus grand nombre de nouvelles stratégies efficaces et durables. Cela peut constituer un prolongement du *transfert étendu des connaissances*, mais également inclure un plus grand *transfert intensif* ou l'inclure, ce qui signifie une interaction en face à face, des témoignages plus directs de la part des participants aux projets, des consommateurs, des décideurs et ainsi de suite.

Une seconde phase de la Hiérarchie des incidences a des répercussions sur le transfert des connaissances (TC). Ici, l'accent mis une étape ultérieure du programme global peut porter davantage sur un transfert intensif plus direct allant au-delà du contexte local, et moins sur un transfert étendu des connaissances (qui était le point central de la première étape). On croit alors qu'un TC ciblé renforcera la capacité d'aller plus loin dans l'application des résultats, ce qui correspond l'étape de l'application dans la Hiérarchie des incidences. Le TC est stratégique, et il cible d'autres domaines et intervenants. Le *processus* du TC et le *contenu* du « message » sont personnalisés et formulés suivant le *contexte* des intervenants ciblés en particulier (approche politique pour les décideurs qui reconnaissent le niveau de processus décisionnel pour les décideurs respectifs, ou approche pratique pour les intervenants de première ligne, appartenant par exemple à un organisme professionnel national en santé tel l'Association des infirmières et infirmiers du Canada).

Figure 12 Seconde phase de la Hiérarchie des incidences



Le schéma ci-dessus représente également l'effet retardateur perceptible et distinct de la mise en application « finale » de nouvelles connaissances au-delà de la période de financement des projets du FASS (si, en fait, on arrive à vraiment déterminer qu'elle est « finale »). Voir, par exemple, la citation suivante :

[traduction]

*« Le nouveau modèle de soins primaires n'était complètement opérationnel que depuis neuf mois au moment de rédiger ce rapport. Tel qu'il a été noté, les données relatives à son incidence sur l'efficacité et l'efficacités des différentes parties du système des soins de santé semblent indiquer une tendance très convaincante vers l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacités des services de santé partout dans le continuum des soins, dans plusieurs programmes, ainsi qu'une amélioration des soins au malade. **On a cependant souligné qu'un examen continu et plus prolongé du rendement de ce modèle serait manifestement nécessaire pour confirmer ces résultats et justifier tout investissement effectué à son appui.** » (C'est nous qui soulignons)*

La question clé à se poser, cependant, consiste à savoir qui ciblera le transfert des connaissances? Si l'utilisation des connaissances produites par le FASS permet de faire des progrès réels, qui sera le premier à effectuer cette mise en oeuvre? Un individu ou une organisation en particulier devrait-il être tenu responsable de ce niveau de transfert des connaissances? Qui en sera responsable? Il s'agit, après tout, d'un transfert des connaissances *actif* plutôt que *passif*, ce qui est beaucoup plus exigeant en matière de ressources. Mais, si cela n'est pas fait, le plein potentiel de la maximisation de l'incidence du FASS aura-t-il été réalisé?

Étant donné que les résultats ont des significations différentes selon les intervenants, « l'incidence » globale dépendra du cadre de référence de l'intervenant ou du groupe d'intervenants concerné. Par exemple, une nouvelle ligne directrice clinique peut être avantageuse pour les patients, mais peut être plus coûteuse en temps pour un fournisseur et plus dispendieuse pour une organisation ou un gouvernement. La compréhension du contexte du projet doit s'adapter au fait que l'utilisation des connaissances dépend souvent beaucoup plus du contexte de l'utilisateur et du comportement des développeurs de connaissances que de la nature des connaissances produites.

Les responsables de projet ont fait état de leurs réussites, de leurs échecs et des leçons apprises. À titre de lecteurs, nous devons nous fonder sur le poids des données probantes, telles qu'elles sont fournies dans la documentation. Les données probantes et la méthode scientifique jouent un rôle fondamental en influençant notre compréhension et notre volonté de croire en l'utilité et en la généralisabilité des projets respectifs. En l'absence de telles données, ou si les données sont de mauvaise qualité, nous devons être suffisamment prudents lorsque nous déterminerons la mesure dans laquelle les incidences positives ont eu lieu, la mesure dans laquelle les résultats perçus devraient être maintenus, et la mesure dans laquelle il est possible de les généraliser.

Une autre considération est qu'à ce niveau, il se peut que nous comprenions mal la *façon* dont les changements se sont produits par suite des résultats. Bien que nous puissions être en mesure de voir les résultats dans de nombreux contextes différents (au micro-niveau, au méso-niveau et au macro-niveau), il peut être beaucoup plus difficile de déterminer l'enchaînement de causalité ayant permis aux changements de se produire. Des lignes directrices pour la pratique clinique, par exemple, peuvent être introduites comme étant un changement de pratique, mais le changement était-il basé sur une nouvelle orientation de politiques du gouvernement provincial, sur un engagement exprimé par une autorité sanitaire dans le but de voir la pratique améliorée, ou peut-être sur un simple désir d'utiliser une approche des soins plus axée sur les données probantes par une équipe de professionnels de la santé dans un cadre rural? Bien que nous puissions discuter du « *genre* » de changements qui se sont produits grâce au FASS, il serait également révélateur, peut-être dans une autre étude, de déterminer « *comment* » ils se sont produits. Cela serait très utile pour les initiatives ultérieures s'apparentant au FASS où les soutiens pourraient être mis en place pour aider les décideurs de tous les niveaux à *apporter des changements* dans la façon dont les soins de



santé sont dispensés. Cela pourrait presque être considéré comme une stratégie qui a intégré la première et la seconde étape du transfert des connaissances en fournissant les outils et les moyens pour effectuer un transfert des connaissances efficace et approfondi.

La gamme étendue des « incidences » et les divers niveaux du processus décisionnel qui entrent en jeu renforcent le fait que le transfert des connaissances, la mise en oeuvre et l'utilisation ultérieure sont complexes et comporte de multiples facettes. Par exemple, les changements apportés peuvent être davantage fonction d'une *causalité cumulative* que d'une *causalité directe* qui change la prestation des soins ou les politiques en matière de soins de santé. Il peut être difficile de déterminer la façon dont divers projets contribuent réellement aux changements de politiques ou de pratiques effectués; il est possible que ce soit plutôt l'effet cumulatif d'études multiples, de présentations, d'événements médiatiques, de tables rondes, et ainsi de suite, qui mène éventuellement à la mise en oeuvre et à l'utilisation des résultats de recherche. Important également est le fait qu'il est justifié de s'attendre à ce que les résultats aient un certain niveau de mise en oeuvre et qu'ils soient maintenus au-delà de l'échéancier du financement alloué à l'innovation au sein des organisations respectives.

Les processus et les résultats découlant des innovations du FASS, si on apporte le soutien approprié au transfert des connaissances, auront vraisemblablement des retombées encore plus importantes pour les soins de santé au Canada. À n'en pas douter, il est bien possible que les changements produits grâce à de faibles investissements puissent constituer une innovation marquée, et peut-être avoir une incidence plus importante que les initiatives de plus grande envergure si la qualité de l'innovation est grande et qu'il existe des activités efficaces de transfert étendu et intensif des connaissances.

## Durabilité

Dans le cadre d'une initiative comme le FASS, la durabilité est une question clé qu'il est facile de négliger. S'il n'est pas bien pensé et stratégiquement conçu, un projet, même couronné de succès, pourra être abandonné. Bien que nous reconnaissons que les projets ne seront pas tous maintenus, il est quand même raisonnable de présumer que s'ils étaient au départ considérés comme assez importants pour bénéficier d'un financement, et que les résultats escomptés ont été obtenus, il n'y a pas de raison pour que les décideurs ne veuillent pas que les résultats soient maintenus d'une façon ou d'une autre. C'est pour cette raison que la durabilité devrait être prise en compte dès le tout début des projets pilotes. Comme on l'a fait remarquer au cours d'un projet : [traduction] « *ce modèle de soins primaires échouera si les bailleurs de fonds et les décideurs n'effectuent pas l'investissement nécessaire pour s'assurer que le modèle sera maintenu* ».

Les résultats nous permettent d'établir le fait, également important, que la durabilité peut viser de nombreux aspects de l'innovation, en allant au-delà de la simple durabilité du financement.

En fait, la durabilité des résultats peut elle-même être une fonction aux multiples facteurs, incluant la durabilité de la philosophie fondée sur les données probantes, l'intérêt pour l'innovation, les partenariats, la culture, et ainsi de suite. La durabilité est également une fonction aux nombreuses variables, qui correspond à la réceptivité au changement d'une organisation donnée. Un cadre d'appui de la durabilité destiné aux décideurs pourrait également être renforcé par la théorie du changement. La théorie du changement la mieux validée et fondée sur un raisonnement empirique est celle de Pettigrew, Ferlie et McKee (1992). À la suite d'une analyse du changement dans l'enquête nationale sur la santé du Royaume-Uni (*National Health Survey*), on a mis au jour huit facteurs qui ont une incidence sur les « contextes de la réceptivité » au changement. Ce sont les facteurs suivants :

- Simplicité et clarté des buts et priorités;
- Qualité et cohérence des politiques;
- Personnes clés à la tête du changement;
- Relations entre gestionnaires et cliniciens;
- Réseaux de collaboration interorganisationnels;
- Culture organisationnelle de soutien;
- Programme de changement, et son emplacement;
- Pressions sur l'environnement.

Un élargissement de ces huit facteurs constituerait une ressource précieuse pour les initiatives de changement futures, à la fois au niveau des projets et à plus grande échelle. Il est possible qu'une meilleure compréhension des facteurs de réceptivité puisse avoir une influence sur la nature et l'étendue de l'incidence d'initiatives ultérieures du FASS.

## Équilibre entre le risque, l'innovation et les échéanciers

Il ne faut également pas oublier le fait que les projets étaient extrêmement variés en ce qui a trait à leur lieu de réalisation, à leur portée, au financement apporté, aux ressources additionnelles disponibles, au degré de participation et à la capacité de l'organisation, et ainsi de suite. On peut faire valoir que certains projets présentaient un niveau de risque élevé, tandis que pour d'autres, l'innovation était plus progressive que radicale. Le point clé est qu'on a donné aux organisations la possibilité de faire des essais et de les évaluer. Comme nous n'avons cessé de l'entendre, cela était une innovation en soi et a également mis en évidence la possibilité que ces occasions soient offertes plus régulièrement, d'une façon qui pourrait être systématique, tout en incluant quand même les éléments de risque et d'innovation. Malgré les préoccupations répétées au sujet des échéanciers, il est toujours nécessaire d'en établir, tant qu'il y a un certain niveau de flexibilité permettant de reconnaître que la théorie d'un projet et sa mise en pratique présentent des incompatibilités dans le monde réel des soins de santé.

## Accumulation durable de connaissances

Ainsi, l'initiative du FASS nous a permis d'acquérir une mine de connaissances durables. Il reste maintenant à utiliser ces connaissances de façon continue et à faire en sorte qu'on y ait facilement accès dans le milieu des soins de santé. Même si le FASS n'existe plus officiellement, on peut tirer de nombreuses leçons des projets qui ont été réalisés, à condition toutefois qu'on ait accès aux connaissances acquises dans le cadre de ces projets. Certains pourraient soutenir qu'il n'y a aucune raison pour le transfert de ces connaissances ne se poursuive pas, même maintenant. Pourtant, il risque d'être difficile d'assurer la durabilité de ces connaissances si personne n'affecte de ressources pour le faire.

## Utilité des recommandations

Beaucoup de projets ont abouti à la formulation de recommandations. Quelle est l'utilité véritable de ces recommandations? Qu'en est-il de leur mise en oeuvre? Les recommandations, surtout celles qui nous ont déjà été présentées, apparaissent vides de sens et inutiles sans plan d'action pour faire en sorte qu'elles aboutissent à des changements réels dans les politiques, les programmes et les façons de faire. Dans certains cas, les décideurs appuient sans réserve des recommandations; s'ils disposent de la recette du succès leur permettant d'agir rapidement, ils pourraient s'en servir pour stimuler des changements ultérieurs. Bien que nous ne voulions pas trop nous avancer à cet égard, il serait peut-être possible de fournir des moyens d'appuyer ce genre d'interventions dans le cadre d'initiatives futures du genre du FASS.

L'éventail des projets réalisés met en outre en évidence le caractère variable de leur qualité et soulève des questions concernant ce que semble indiquer l'information disponible. L'idée d'inviter les responsables des projets à évaluer eux-mêmes les résultats de leur travail était justifiée comme mesure d'encouragement, mais, comme l'examen de ces évaluations l'a montré, elle soulève des préoccupations concernant la qualité des données probantes utilisées pour démontrer si les résultats attendus des projets avaient été obtenus, et le cas échéant dans quelle mesure. Or, cette question est cruciale pour décider si les résultats d'un projet peuvent et devraient être diffusés. C'est une chose de ne pas diffuser efficacement les résultats de projets qui s'appuient sur des données probantes de qualité, c'en est une autre de diffuser efficacement des résultats qui peuvent être erronés ou trompeurs parce que la qualité du travail d'évaluation et de recherche effectué est douteuse. Il pourrait être nécessaire, si on renouvelle l'expérience à l'avenir, de prévoir un processus d'examen des résultats des projets par des spécialistes des méthodes de recherche et d'évaluation ainsi que d'envisager d'associer des conseillers en recherche aux différents projets.

## Degré d'utilisation des ressources mises en place

Un autre élément de réflexion est que même si de nombreux produits ont été mentionnés et de nombreuses demandes ont été présentées, nous ne disposons pas nous-mêmes des données probantes requises pour déterminer avec certitude si les outils mis au point ont été adoptés par d'autres organisations ou par d'autres provinces et territoires. Cet aspect débordait malheureusement du cadre de la présente étude, mais il pourrait sans doute être utile de s'y attarder dans des études d'incidence ultérieures comme celle-ci. À titre d'exemple, si des demandes visant à obtenir des copies des outils d'évaluation mis au point étaient présentées, on pourrait en faire le suivi afin de découvrir si ce transfert de connaissances a abouti à des changements dans la façon dont d'autres intervenants évaluent leurs patients. Cela pourrait prendre la forme d'une série d'études de cas faisant l'historique des processus suivant lesquels les transferts de connaissances ont eu des retombées allant au-delà du contexte local de l'innovation. Il est en effet intéressant d'examiner sous cet angle certains projets du FASS, afin d'établir un répertoire d'études de cas susceptible de fournir des renseignements utiles pour l'examen de l'incidence et des retombées du point de vue de l'utilisation du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

## Résumé

Il ressort clairement de l'information examinée que le FASS a permis d'établir et/ou de renforcer un esprit d'investigation qui va au-delà des méthodes de recherche traditionnelles. Le programme a montré qu'il est souhaitable et nécessaire de disposer de données probantes et de procéder à des évaluations, et il a permis d'associer les personnes et les organisations aux activités de transfert de connaissances afin de mettre à profit les idées exprimées. Fait révélateur, les exigences du FASS concernant l'évaluation et le transfert des connaissances, qui étaient inédites au moment du lancement du programme, sont aujourd'hui largement utilisées comme critère de financement par bon nombre d'importants organismes de financement.

Nous concluons la présente section du rapport en rapportant textuellement les propos de personnes interrogées. Nous avons beaucoup utilisé de telles citations dans le rapport parce qu'elles ouvrent une fenêtre sur la façon dont le FASS est perçu par les personnes qui ont participé au programme et qu'elles permettent de faire le lien entre l'évaluation a posteriori de l'incidence à grande échelle de l'initiative et l'apport du FASS tel que vécu par les personnes directement concernées.

[traduction]

*« Il a permis aux personnes oeuvrant dans tous les secteurs de la santé (employés, travailleurs, gestionnaires, directeurs, professionnels, préposés aux services de soutien, etc.) de participer à des projets inédits et novateurs, de prendre part à des activités de recherche et de travailler à l'atteinte d'objectifs qu'elles ont elles-mêmes aidé à fixer. » (Décideur)*

*« Je pense que notre expérience a été vraiment positive parce que l'initiative du FASS avait une vision assez large et était suffisamment financée pour qu'il y ait une place pour la créativité et les petits projets. Autrement dit, nous n'avions pas à être un chercheur titulaire d'un doctorat à l'emploi d'une société d'experts-conseils. On nous a fait confiance en tant que personnes ayant des idées innovatrices, intéressées à mettre ces idées à l'essai pour savoir si elles peuvent vraiment fonctionner. » (Vérificateur de projet)*

*« Il y a des leçons à retenir. Il faut qu'on renouvelle l'expérience afin qu'on ait à nouveau accès à un moyen d'élaborer de nouveaux programmes et initiatives. On devrait peut-être le faire tous les 5 à 7 ans pour encourager la recherche appliquée. » (Vérificateur de projet)*

*« Le programme a mobilisé l'énergie des gens, qui ont envie de participer à ce genre d'initiative opportune. » (Décideur)*

*« Il nous a fallu énormément d'efforts et de travail pour aller au bout de notre projet. Si nous avons réussi, c'est en bonne partie grâce à la passion et au bénévolat de tous ceux qui y ont participé. Après quelques années, cette ferveur commence à s'éteindre, mais je suis content d'avoir participé à cette entrevue avec vous aujourd'hui et d'avoir ainsi eu l'occasion de parler du projet; cela a vraiment ranimé mon enthousiasme. Il faut absolument conserver cet enthousiasme pour pouvoir aller de l'avant avec de nouvelles initiatives. C'est tellement facile de retomber dans les anciennes façons de faire les choses. » (Vérificateur de projet)*

# RECOMMANDATIONS

Suivant les résultats de la présente évaluation, les recommandations peuvent être examinées en procédant d'une façon échelonnée, la recommandation principale s'appuyant sur les recommandations secondaires. Autrement dit, une fois que la première recommandation est mise en application, les recommandations ultérieures doivent être examinées. Cependant, si rien n'est fait pour donner suite aux premières recommandations, les recommandations suivantes perdent leur pertinence. La plus importante recommandation est qu'il faudrait créer un nouveau programme du FASS et en assurer la permanence.

## PHASE 1

### **1. Établir un Fonds pour l'adaptation des services de santé permanent**

Il ressort clairement du volet qualitatif de la présente évaluation que l'idée d'un FASS suscite de l'intérêt. L'information examinée est positive sous de nombreux aspects, indiquant que le Fonds a eu de nombreuses retombées. De plus, on appuie sans réserve l'existence d'un fonds qui favorise l'innovation et on estime que le FASS a été utile et pourrait être utile de façon permanente à cet égard. Avec le FASS comme catalyseur, Santé Canada établirait son rôle de chef de file en matière d'innovations. L'appui à l'innovation dans les soins de santé au Canada répond à la fois à des attentes et à un besoin manifestes. L'expérience acquise par le Secrétariat et le succès de l'initiative ont créé des conditions qui permettent d'obtenir le soutien des décideurs à tous les échelons et qui favorisent la collaboration entre les groupes d'intervenants et l'établissement de partenariats partout au pays. Santé Canada connaît maintenant le bilan du FASS et se trouve dans la meilleure situation possible pour renforcer sa position quant au soutien de la réforme des soins de santé dans tout le pays.

Un premier pas concret qui pourrait être fait serait de procéder à une étude de faisabilité sur les possibilités à cet égard, à la lumière des enseignements tirés du programme du FASS. Les principaux éléments qu'il faudrait examiner dans le cadre d'une telle étude sont les suivants :

1. Le processus de sélection.
2. Les rôles et fonctions des principaux intervenants.
3. La durée de l'aide financière.
4. Le transfert de connaissances sur les processus de mise en oeuvre et les résultats.

5. Les transferts de connaissances intensif et étendu.
6. Le mentorat et le soutien permanent dans les principaux secteurs opérationnels.
7. La souplesse en matière de financement et de calendriers.
8. L'établissement d'une communauté de pratique permanente pour les bénéficiaires du fonds.
9. Le choix du moment des évaluations du programme et des projets, ainsi que l'objet principal de ces évaluations.

Nous pourrions à l'avenir prévoir des fonds pour la mise à l'essai d'innovations à l'échelle locale par des organisations, pour l'établissement d'un comité FPT dont les activités seraient axées sur l'innovation ainsi que pour les activités permanentes de transmission du savoir et de communication de renseignements sur les innovations, dans tout le pays et par divers moyens (applications Web, communautés de pratique, enseignement à distance, ateliers spécialement conçus pour les principaux intervenants, conférences sur le financement, programmes d'échange d'information au Canada et à l'échelle internationale, etc.).

## **PHASE 2**

Dans le cas où un fonds analogue au FASS serait établi pour financer des projets innovateurs locaux (suivant le scénario exposé ci-dessus), l'établissement de points de référence permettrait d'assurer une transmission plus efficace de l'information sur les résultats de ces projets.

### **2.1. Examiner la possibilité d'utiliser des points de référence**

L'utilisation de points de référence permet de rechercher des moyens d'améliorer le rendement. C'est une chose de se contenter de comparer des données relatives à divers indicateurs ou repères; c'en est une autre d'appliquer des stratégies destinées à modifier ou à utiliser ces points de repère. Les points de repère permettent de chiffrer les écarts de rendement et de découvrir des façons de faire potentiellement plus efficaces ou prometteuses. Ils montrent ce qui peut être accompli (dans d'autres organisations ou administrations gouvernementales) et ils peuvent favoriser l'amélioration du rendement. Les données de référence permettent d'établir des mesures internes du rendement et peuvent être utilisées de diverses façons par différents intervenants. Les mesures de base peuvent servir à faire des comparaisons dans le but d'établir une norme de référencement.

Les conclusions des sondages semblent indiquer que le FASS a eu des retombées étendues et variées. Ces mêmes conclusions soulèvent néanmoins des questions au sujet des attentes. Quelles devraient être nos attentes, par exemple, quant au nombre de communications diffusées et d'exposés présentés, ou quant à la proportion des intéressés qui estiment que l'initiative a fait évoluer la façon dont les soins sont dispensés? De même, comment les mesures des extrants se rattachent-elles aux retombées prévues et réelles, et à quels niveaux? La vérité est que nous ne disposons d'aucun point de référence pour des initiatives d'investissement à grande échelle comme le FASS. Il faut continuer de réfléchir à la question, et peut-être établir un document de travail en s'inspirant des idées et des expériences d'autres organismes de financement au Canada et à l'étranger.

## **2.2 Établissement de modèles destinés à uniformiser et appuyer une bonne gestion des projets**

De nombreuses préoccupations ont été exprimées au sujet de la capacité des organisations de mener efficacement à terme leurs projets et d'en évaluer la réalisation, de leur expérience des méthodes de recherche et ainsi de suite. La mise en place de mécanismes destinés à appuyer et mieux uniformiser les divers éléments de la conception et de la mise en oeuvre des projets contribuerait au succès des projets et permettrait d'assurer une meilleure surveillance du rendement et d'obtenir davantage de résultats comparables.

Un autre facteur important dans cette démarche est l'ouverture des organisations au changement et à l'innovation. Il est en effet d'une extrême importance d'examiner cette question de plus près parce qu'il s'agit de donner aux organisations les moyens de mettre à profit toutes les possibilités qu'offrent les changements et innovations qu'elles planifient. Les retombées d'une initiative risquent d'être mises en péril si les éléments essentiels nécessaires ne sont pas en place pendant qu'une innovation évolue de l'étape de l'idée et de la théorie à celle de la mise à l'essai et de la pratique, avant d'être appliquée à une plus grande échelle.

Santé Canada assure le soutien du système de soins de santé en travaillant ou en contribuant au développement de compétences essentielles et à l'élaboration de lignes directrices dans les domaines ci-dessous.

- Transfert de connaissances.
- Pérennité.
- Évaluation.
- Méthodes de recherche.
- Établissement de partenariats.
- Gestion du changement.
- Gestion de projet.



## **2.3 Leçons apprises**

Il serait instructif pour la prise de décisions futures de rassembler de l'information sur les processus et les activités qui ont été utilisés dans le cadre du programme du FASS pour en assurer le succès. Les enseignements que nous avons tirés et les difficultés auxquelles nous avons fait face dans divers domaines liés au programme contribueraient énormément à assurer la mise à profit des principales connaissances acquises pour la mise en oeuvre de programmes semblables, dont certains pourraient être de moins grande envergure, se limitant par exemple à des provinces et territoires, à des Premières nations, à des régions régionales de la santé et ainsi de suite. Il serait, comme nous l'avons souligné, très utile de connaître les résultats du programme, mais une autre connaissance, celle des moyens ayant permis d'obtenir ces résultats, contribuerait énormément à améliorer les chances que le programme soit utilisé, et sa mise en oeuvre généralisée, dans d'autres contextes.

Il faudrait examiner de plus près les indicateurs prévisionnels des incidences et de l'utilisation de l'information recueillie pour bien comprendre la situation à cet égard et se donner les moyens d'appliquer les nouvelles connaissances dans d'autres contextes. Qu'est-ce qui fonctionne le mieux et pourquoi? Lorsque nous comprendrons mieux ces éléments, nous serons en mesure d'utiliser plus efficacement les initiatives fédérales pour améliorer les soins de santé au méso-niveau et au micro-niveau. Santé Canada peut appuyer le système de soins de santé en développant des compétences essentielles dans ce domaine, ce qui élargira la connaissance et la compréhension des facteurs permettant d'assurer le succès de projets comme celui du FASS.

## **2.4 Plus grande diffusion de l'information**

Malgré toutes les activités de transfert de connaissances mises en oeuvre, il reste encore une grande quantité de renseignements à communiquer. Plutôt que d'axer notre action sur des stratégies de transfert étendu des connaissances, il serait encore opportun, même maintenant, d'appliquer une approche intensive ciblée de diffusion d'une information sur différentes initiatives couronnées de succès, afin d'assurer la plus grande utilisation et les plus grandes retombées possibles des innovations issues du FASS. Une telle démarche mettrait à profit les possibilités associées à la deuxième étape du transfert des connaissances issues des projets réalisés grâce au FASS.



# ANNEXE A



## Thèmes des projets et vignettes modèles

### Projets axés sur la santé de la population / sur les collectivités (29 projets)

Exemple n°	Projet n°	Thème	Titre
1	NA404	Intégration de la prestation des soins/des services	Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) — Simulation per capita
2	NA305	Intégration de la prestation des soins/des services	Projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaires pour la Première nation Eskasoni
3	ON428	Intégration de la prestation des soins/des services	Stratégie coordonnée pour les accidents cérébrovasculaires
4	NS421	Intégration de la prestation des soins/des services	Amélioration de l'identification, de l'intervention précoce et des soins chez les personnes atteintes de maladies mentales dans la communauté : modèle d'intégration de soins primaires en santé mentale
5	NA489	Accès	Du chaos à l'ordre : rationaliser les listes d'attente au Canada
		a) aux services	
6	BC425	Accès	Santé mentale en direct : un cas de gestion de l'information
		b) à l'information	
7	NA342	Formation des ressources humaines/des fournisseurs	Accroître l'efficacité des soins primaires par des modèles reposant sur la collaboration entre l'infirmière praticienne et le médecin de famille
8	NB102	Formation des ressources humaines/des fournisseurs	Mise en œuvre et évaluation de certaines mesures énoncées dans le Plan des services de réadaptation du Nouveau-Brunswick
9	BC122	Modification des pratiques	Projet pilote de soins regroupés
		Prestation des services	

Exemple n°	Projet n°	Thème	Titre
10	ON221	Modification des pratiques	Essai sur une base aléatoire visant à évaluer le rôle élargi des pharmaciens à l'égard des aînés qui bénéficient d'un régime provincial d'assurance médicaments en Ontario
		b) Consommation de médicaments	
11	NA203	Aide à la prise de décisions	Évaluation nationale des Lignes directrices pour la pratique clinique (LDPC)
12	QC427	Aide à la prise de décisions	Application de la méthodologie Autocontrôle pour une utilisation efficace des tests diagnostiques
13	NA402	Technologie de l'information : a) systèmes	Projet national de recherche sur la télémédecine des Premières nations
14	MB121 et MB122	Technologie de l'information : b) outils	Système d'information pilote pour les soins à domicile à Winnipeg
15	SK327	Soutien social	Programme de services aux survivants : Modèle de prestation intégrée de services à des femmes qui ont subi des sévices sexuels au cours de leur enfance
16	PE321	Santé de la population/ Mesures axées sur la communauté	Amélioration d'un modèle intégré d'évaluation et de soins prénatals à l'Île-du-Prince-Édouard
17	AB301-12	Santé de la population/ Mesures axées sur la communauté	Évaluation du projet Okotoks en santé
18	QC428	Qualité des soins	Évaluation des services de consultation psychiatrique externe pour les personnes âgées
19	SK121	Qualité des soins	Examen des programmes de soins palliatifs

Exemple n°	Projet n°	Thème	Titre
20	YT421 et NT401	Continuité des soins	Programme de jour pour adultes et Programme visant l'amélioration sur le plan de l'efficacité de la prestation de programmes à l'intention des personnes âgées, des personnes handicapées et des malades chroniques
21	NF301	Continuité des soins	Projet d'amélioration des soins de santé primaires
22	BC201-4,-6,-8	Promotion de la santé/ Prévention des maladies	Projet d'éducation communautaire sur l'asthme
23	NA246	Rentabilité	Évaluation des pratiques provinciales concernant l'établissement des listes de médicaments – avec une attention particulière aux approches rentables
24	BC421 et NA0101-1 à 14	Rentabilité	Projet d'évaluation de l'initiative des niveaux de soins de remplacement (Programme Carelinks) Évaluation nationale de la rentabilité des soins à domicile
25	NA369	Leçons apprises	Différences socio-économiques dans l'utilisation des soins de santé : pourquoi y a-t-il des obstacles autres que financiers aux services « médicalement requis »?
26	AB301-22	Leçons apprises	Projet de soins de santé primaires pour le secteur d'Elnora
27	QC322	Leçons apprises	Un système d'optimisation de la planification et de la prestation des soins de première ligne – la pratique médicale de l'avenir (PMA) – Phase II
28	BC402 et	Leçons apprises	Évaluation des modèles cliniques de soins continus aux patients atteints d'insuffisance cardiaque globale

Exemple n°	Projet n°	Thème	Titre
	QC303		Élaboration et application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales
29	AB301-19	Leçons apprises	Évaluation de l'utilité de la télésanté dans la prestation des soins de santé primaires dans les collectivités nordiques géographiquement isolées de Trout Lake, Peerless Lake et Red Earth Creek
30	QC421	Leçons apprises	De l'innovation au changement — Les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)

### Résultats constatés par les équipes de projet

- ❑ Le moyen clé de motiver les gens à continuer de s'efforcer d'adopter un mode de vie plus sain à longue échéance a été la participation à un programme, combinée à l'appui de la famille et des amis.
- ❑ Une approche personnalisée a aidé les gens à s'approprier les messages de masse sur l'alimentation et l'exercice.
- ❑ L'appui du médecin de famille aidait beaucoup à assurer une base continue d'aiguillage, de supervision et d'appui médicaux.
- ❑ Lors de la mise sur pied d'organisations nouvelles, l'attention constante portée à la vision et à la mission d'origine de l'organisation était importante pour conserver l'engagement, déterminer l'orientation et débrouiller les ambiguïtés.
- ❑ Lors de l'introduction de modifications au système de soins de santé, la culture interne des organisations touchées devait aussi appuyer une démarche incessante d'apprentissage et de révision.
- ❑ Des baisses notoires de la proportion d'enfants nés prématurément et d'enfants ayant un faible poids à la naissance ont réduit la prévalence des troubles du développement.
- ❑ Les Conseils communautaires de santé sont devenus mieux informés du concept de santé de la population.
- ❑ Le succès du renforcement des capacités communautaires dépendent : du financement adéquat de la formation, de l'infrastructure et de l'appui; de la présence de dirigeants et de planificateurs formés et motivés; de l'existence de systèmes d'information intégrés permettant de relier les communautés aux ressources de recherche; de l'existence de liens efficaces entre la communauté et les autres groupes gouvernementaux et non gouvernementaux.



- ❑ Les vues des bénéficiaires des services devraient entrer en ligne de compte dans la planification des services.
- ❑ Le rôle des centres locaux de services communautaires était vu comme essentiel à l'instauration de tout nouveau service de soins de santé des « Collectivités en bonne santé ».

## Difficultés

Mobilisation communautaire :

- ❑ la motivation de l'action communautaire a été une démarche très ardue;
- ❑ la participation communautaire à la mise en œuvre des approches nouvelles a été inégale.

Identification des besoins :

- ❑ il a été difficile de discerner les besoins des membres mal servis et désenchantés de la collectivité. Cependant, dans le cadre d'une étude, on a noté que les Inuits affichaient le taux de suicide le plus élevé, la plus brève espérance de vie et plus haut taux de naissances de tous les peuples autochtones du Canada – et aussi que l'état de santé général des Autochtones est bien inférieur aux normes nationales.

Création d'une prise de conscience :

- ❑ il a fallu une période de préparation considérable pour former des partenariats ainsi que pour informer le public et lui faire prendre conscience qu'il était un élément clé de la mise en œuvre du programme;
- ❑ sur les plans tant national que régional, il existe des écarts appréciables dans les données sur l'état de santé de la population inuite; là où il y a des données, elles soulignent les différences marquées entre l'état de santé des Inuits et celui de l'ensemble des Canadiens;
- ❑ l'absence de connaissance de l'existence de programmes communautaires constituait un obstacle majeur à l'utilisation de leurs services; toutefois, la conscience accrue de leur existence peut aussi faire monter soudainement le nombre d'aiguillages vers les services, ce qui cause des retards de réaction en raison de l'incapacité de traiter le nombre accru de personnes demandant des services.

Intégration des fournisseurs de soins de santé :

- ❑ les défis à relever comprenaient la difficulté à intégrer les médecins au reste de l'équipe, le manque de clarté des rôles et la nature de la collaboration (p. ex., infirmières praticiennes);
- ❑ malgré leur appui envers les nouvelles approches, les praticiens, souvent, n'ont pas eu assez de temps pour atteindre adéquatement les objectifs du programme;
- ❑ la communication entre les médecins et les cliniques, centres de santé et autres services communautaires de santé a été problématique;
- ❑ les inquiétudes au sujet du respect de la confidentialité ont posé des obstacles à l'élaboration de soins ininterrompus entre les fournisseurs de soins appartenant à des organismes différents.

## Présentation des vignettes

Trente vignettes ont été créées pour permettre au lecteur de comprendre clairement et de faire l'expérience, dans une modeste mesure, de la profondeur et de l'étendue de l'initiative du FASS. Il s'agit de récits de succès, de difficultés et, dans certains cas, d'échecs qui montrent l'impact des projets sur les particuliers sur le plan local, sur les organisations sur le plan régional et sur les systèmes de soins de santé sur les plans provincial et national. On a convenu des critères de sélection suivants pour les projets sur lesquels rédiger des vignettes :

- preuve d'un impact suggérant l'atteinte de l'un ou de quelques-uns des résultats attendus de l'ensemble du FASS;
- preuve de résultats améliorés en matière de santé des patients/clients;
- modifications apportées au mode de prestation des soins;
- modifications apportées aux politiques (niveau organisationnel, régional, provincial et (ou) national) attribuées directement aux projets du FASS;
- production de documentation élaborée par un projet du FASS (p. ex., matériel de formation, manuels, équipement, lignes directrices d'instauration, logiciels, etc.);
- relation nette de cause à effet entre le FASS et l'acquisition de connaissances au sein d'autres organisations et (ou) compétences (transférabilité).

Les autres facteurs qui ont joué sur le choix des projets desquels tirer des vignettes comprenaient le fait qu'ils aient été mentionnés par les intervenants clés, lors des entrevues, comme figurant parmi les plus mémorables, le fait qu'ils aient exprimé chacun des thèmes transversaux émergents identifiés lors de l'étude de la documentation de tous les projets, qu'ils aient représenté une gamme de provinces et de territoires, une gamme de questions de santé et de culture et une gamme de disciplines ou d'approches. On a voulu monter un mélange de grands projets nationaux, multisectoriels et interprovinciaux et de petits projets à un seul site et à chercheur unique afin d'illustrer la fourchette des projets.

L'élaboration des vignettes visait à « donner un visage » à l'initiative du FASS et à démontrer l'impact particulier des projets par la création de personnages fictifs afin d'aider à exprimer le déroulement. Toute ressemblance avec des personnes réelles pouvant avoir pris part à l'un quelconque des projets est purement fortuite. On a tenté de refléter avec précision les résultats des projets et de ne pas laisser l'interprétation individuelle les dorer. Les « récits » ont été élaborés par le biais de l'étude des feuillets de documentation du FASS, qui sont accessibles sur Internet, des rapports de recherche sur les projets, des documents de synthèse et, dans certains cas, au moyen d'échanges verbaux directs avec le chercheur principal du projet. Les participants aux projets n'ont pas eux-mêmes revu les vignettes terminées. Six vignettes ont également été créées pour refléter les défis parfois insurmontables auxquels ont été confrontés certains des projets et les leçons à en tirer. Les exemples de vignettes correspondants ont été insérés à la présente annexe après la description du domaine de chaque thème.

**Exemple 1 Santé de la population / Mesures axées sur la communauté  
PE321 Amélioration d'un modèle intégré d'évaluation et de soins prénatals  
à l'Île-du-Prince-Édouard (Études parallèles : SK322, SK323)**

Lisa, qui avait dix-neuf ans, avait quitté l'école avant d'obtenir son diplôme et vivait très loin de sa famille. Elle se sentait isolée et éprouvait des craintes, à mesure qu'approchait la naissance de son premier enfant, quant à son rôle de jeune mère car elle avait décidé de vivre seule pour ne plus subir les violences de son conjoint. Au cours de son plus récent examen prénatal, son médecin s'était inquiétée de sa santé car elle savait que des risques comme le stress, la violence physique, le manque de soutien social, le tabagisme et la consommation de drogues et d'alcool pendant la grossesse pouvaient avoir des effets marqués sur la santé de la mère, de l'enfant à naître et de la famille. Lisa était bien décidée à cesser de fumer et à ne pas consommer d'alcool pendant sa grossesse, mais sans l'appui de ses amis et de sa famille, elle trouvait cette abstention très difficile. Son médecin, qui venait de participer à une séance de formation sur l'administration d'examen routiniers enrichis permettant de relever les risques psychosociaux associés à la grossesse, a été en mesure de se rendre compte rapidement que Lisa était une future mère courant des risques élevés.

Le médecin de Lisa, parmi un groupe constitué de 78 des 80 médecins de famille et obstétriciens de l'Île-du-Prince-Édouard, a participé à un projet financé par le FASS où était présenté un nouvel outil d'évaluation favorable aux interventions, pendant la grossesse, visant à atténuer les risques courus par le nouveau-né, la mère et la famille. Cette évaluation prend appui sur un mode existant d'évaluation psychosociale prénatale, l'Antenatal Psychosocial Health Assessment de l'Université de Toronto. Les médecins et autres praticiens avaient été formés à l'emploi de la nouvelle Évaluation psychosociale prénatale (EPP), qui les a aidés à repérer les facteurs de risque psychosocial que présentaient leurs patients bientôt parents et à relever chez eux d'autres difficultés, comme les questions de discipline ou de compétences parentales, le manque d'argent, les désordres psychiatriques, les difficultés dans la relation de couple et ainsi de suite. On avait remis aux médecins, lors de cette formation, un répertoire de ressources qui les aidait à aiguiller leurs patients vers les services dont ils avaient besoin. Les aiguillages se faisaient vers des services communautaires qui avaient accepté de révéler aux médecins les résultats de leurs patients. Les interventions habituelles comprenaient les conseils sur l'allaitement, la santé mentale, la nutrition, le mode de vie, le stress, les problèmes psychiatriques, les relations et l'abandon du tabagisme. Les difficultés étaient abordées sous l'angle de la santé communautaire ou de la santé de la population, mais les interventions pouvaient aussi influencer sur la promotion de la santé ou sur la prévention des maladies au moyen de l'intervention hâtive dans les domaines de la santé mentale, des difficultés d'ordre psychiatrique, de la réduction du stress et de l'usage d'intoxicants.

Le programme d'information et d'intervention a été évalué après trois mois au moyen de la cueillette de données qualitatives et quantitatives au sein d'un groupe de discussion, lors d'entrevues, de sondages et au moyen de l'étude des dossiers. Les principales sources de données ont été les médecins, les infirmières de la santé publique, le personnel du réseau d'aiguillage et les membres du comité consultatif du projet. Bien que peu de changements aient été notés dans le nombre d'aiguillages ou dans la facilité d'accès aux clients, en raison de la brièveté de la période séparant la mise en œuvre et l'évaluation, les médecins se sont dits très satisfaits des séances d'information car celles-ci les ont aidés à être plus au fait des services, et parce que la communication entre médecin et patient s'est améliorée. Certains des éléments facilitants liés au succès du projet étaient la souplesse permise, la petite taille de la province au sens des déplacements, l'approbation de la facturation du médecin, l'endossement du Collège des médecins de famille du Canada et de la Medical Society of Prince Edward Island, l'existence de médecins champions et les efforts déployés pour établir un contact personnel avec les médecins.

Le projet a produit des outils et de la documentation d'évaluation des facteurs de risque psychosocial des futurs parents, dans la province, y compris l'EPP, un formulaire d'aiguillage/communication (à l'intention des fournisseurs de soins de santé), le guide de l'EPP, un répertoire des ressources prénatales et une vidéo de formation à l'EPP. Les évaluations psychosociales sont devenues, en conséquence du projet, un élément routinier des soins prénatals dans toutes les régions de l'Île-du-Prince-Édouard. Les résultats attendus à plus long terme comprennent la réduction du risque psychosocial, l'amélioration de la santé et du bien-être des mères et des enfants, et l'allègement du fardeau imposé au système de santé de la province.

Le projet a donné des résultats très viables, allant bien au-delà de la modification de toute politique, car il a eu un impact sur la pratique médicale et peut faciliter la modification des comportements des médecins en accroissant leurs connaissances, en perfectionnant leurs compétences et en influant sur leurs attitudes. L'EPP reçoit des médecins un degré d'appui élevé, ce qui suggère fortement qu'ils y recourront de plus en plus et de façon routinière avec le temps. Comme l'EPP repose sur de solides principes de promotion de la santé et de prévention des maladies, il est facilement applicable à d'autres populations. Dans l'ensemble, le haut degré d'appui envers la version améliorée de l'évaluation et des soins prénatals garantit presque son utilisation à long terme, assurant la santé et le bien-être de mères comme Lisa et de leurs enfants.

**Exemple 2 Santé de la population/Mesures axées sur la communauté  
AB301-12 Évaluation du projet Okotoks en santé**

Anne, qui avait déjà eu un cancer du sein, avait remarqué la fréquence croissante d'utilisation de pesticides dans son voisinage. Pour sa part, Joan, une jeune mère, s'inquiétait du fait que la peinture de l'équipement du terrain de jeux du parc était à base de plomb tandis que Rob, un médecin de famille local, s'était rendu compte que de plus en plus d'enfants naissaient atteints du syndrome d'alcoolisation fœtale. Bill, un marchand de l'endroit, trouvait plus de graffitis sur les murs de son dépanneur et subissait davantage de vols à l'étalage. Ces citoyens préoccupés avaient décidé de jouer un rôle actif dans l'amélioration de la santé et du bien-être de leur collectivité en se joignant à la Coalition pour la santé d'Okotoks (CSO), un programme communautaire albertain monté dans le but de piloter une démarche locale de développement. L'initiative encourageait l'engagement des citoyens et renforçait la capacité locale d'aborder leurs préoccupations quant aux déterminants de la santé, comme le statut social, culturel et économique. En leur qualité de membres de la Coalition, Anne, Joan, Rob et Bill ont tous aidé à mobiliser leur collectivité en vue de l'organisation de différentes activités de promotion de la santé et de prévention des maladies et blessures, dont plusieurs visaient les enfants et les jeunes.

Le financement du FASS a servi à évaluer le projet au moyen de l'élaboration d'un ensemble de résultats et d'outils de mesure ainsi que par l'identification des obstacles. L'étude a permis de constater que la CSO a permis l'avènement de 24 changements au sein de la collectivité qui, croyaient ses membres, amélioreraient les possibilités de vie saine, y compris un jardin communautaire, un parc de planche à roulettes, la sensibilisation au syndrome d'alcoolisation fœtale, de nouveaux règlements municipaux sur les animaux, les questions relatives aux personnes âgées et au transport, la participation des jeunes aux conseils communautaires, l'enlèvement de la peinture au plomb de l'équipement du terrain de jeux, un usage plus responsable des pesticides et un couvre-feu pour les jeunes. Le comité de la CSO, cependant, a eu de la difficulté à identifier les besoins des membres mal servis et désenchantés de la collectivité et n'a pu, en conséquence, se faire connaître dans la collectivité dans la mesure jugée nécessaire et souhaitable par l'effectif pour véritablement représenter les besoins communautaires. C'est un fait que certaines initiatives de soins primaires ne peuvent atteindre tous les membres d'une collectivité, particulièrement ceux qui y ont moins d'engagement, aussi importe-t-il de prendre des mesures actives d'intégration des perspectives des groupes marginalisés à toutes les initiatives locales.

Le projet a recouru à une gamme d'outils de mesure des résultats pour juger de l'efficacité de la CSO. Un concept composé de recherche recourant à des méthodes tant qualitatives que quantitatives a été appliqué à l'évaluation des activités par le biais d'entrevues personnelles en profondeur, d'observation des discussions lors des réunions de la CSO et d'étude des

documents. Les comptes rendus de réunion ont servi à définir les objectifs, activités, résultats et mesures des progrès. Il y a eu deux phases distinctes d'évaluation, l'une tournée vers l'exploration, la description et l'évaluation de la démarche de création d'une collectivité en santé et l'autre, vers l'élaboration d'un modèle de suivi des démarches et résultats de la coalition et de sondage en matière de satisfaction des membres de la coalition.

La CSO avait ceci d'unique qu'il s'agissait de la seule initiative « Collectivités en bonne santé » de ce genre dans la région. Ce projet donne un cadre au suivi de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des futurs projets Collectivités en bonne santé à se tenir dans d'autres compétences. Les projets les plus efficaces sont ceux qu'appuient les pouvoirs municipaux et régionaux de santé, que dirige la collectivité et qui reflètent exactement ses valeurs. Parce que des membres de la CSO comme Anne, Joan, Rob et Bill étaient motivés par une vision partagée de ce qui fait qu'une collectivité est saine, ce groupe diversifié de personnes a été capable d'élaborer des activités et d'y travailler de concert. Les répercussions sur la pratique de la promotion de la santé et sur la recherche future comprennent, sans s'y limiter, le développement d'une meilleure compréhension des processus organisationnels et des outils d'estimation et d'évaluation ainsi que de saines politiques d'intérêt public, tout cela dans le contexte de la promotion de la santé communautaire. Tant la recherche menée sur les processus participant à l'élaboration de saines politiques d'intérêt public que les compétences nécessaires pour influencer et défendre les saines politiques publiques de niveau communautaire aideront les praticiens dans leurs efforts de facilitation et d'habilitation des particuliers et des collectivités à prendre la défense de politiques susceptibles de créer le milieu favorable nécessaire pour influencer sur les facteurs qui touchent la santé tant de la collectivité que de ses membres.

## **Promotion de la santé/Prévention des maladies (12 projets)**

### **Résultats constatés par les équipes de projet**

- ❑ Les participants communautaires à l'information sur la prévention et sur l'intervention croyaient fermement en leur capacité d'appliquer les connaissances acquises au sujet de questions de santé peu familières.
- ❑ **La clientèle cible a contrôlé ses facteurs de risque, accru son activité physique, réduit sa consommation de matières grasses et a été réadmise moins souvent à l'hôpital.**
- ❑ **Des interventions opportunes peuvent aider les personnes âgées à reprendre plus rapidement les activités quotidiennes nécessaires à une vie autonome.**
- ❑ **La façon dont l'information a été diffusée a joué un rôle clé dans la gestion du changement, tant pour les fournisseurs de services de santé que pour l'ensemble de la population.**
- ❑ **Les populations locales ont participé à l'établissement des principes sous-jacents et des critères d'identification servant à l'attribution des ressources; dans certains cas, la gamme des services de base a été normalisée dans toute la région.**
- ❑ **Les modèles de prévention ont aisément été intégrés aux services existants.**
- ❑ **Les personnes âgées les moins en santé, qui risquaient le plus de perdre leur autonomie ou de mourir, étaient les plus susceptibles de tirer profit de services de soins à domicile.**
- ❑ **En conséquence du succès du projet, la demande de services a augmenté; pour satisfaire à cette demande accrue tout en préservant la qualité des services, des « pratiques exemplaires » ont été adoptées et certaines fonctions sont passées des médecins aux infirmières éducatrices.**
- ❑ **Les bénéficiaires de prestations de santé familiale pour familles à faible revenu (assurance médicaments, lunettes, services de santé préventifs) tendaient à faire un plus grand usage des services de santé préventifs que les familles à faible revenu non bénéficiaires. On peut en déduire que le retrait du coût des médicaments peut produire une meilleure gestion de la santé chez les familles à faible revenu.**
- ❑ Les liens communautaires ont été renforcés quant à la question du mauvais usage des médicaments sur ordonnance; le programme a lancé un dialogue nouveau dans la collectivité.

Les facteurs ayant contribué au mauvais usage des médicaments sur ordonnance étaient des difficultés d'ordre social, la facilité d'accès et le milieu familial.





**quand il avait dix ans, doivent apprendre ce qui cause l'asthme, ce qui le déclenche, comment éviter les crises et comment surveiller leur respiration et leurs autres symptômes. Le FASS a financé un certain nombre d'études, en Colombie-Britannique et au Québec, qui visaient à évaluer et à améliorer la pharmacothérapie, les pratiques de prescription, les programmes d'information et les services de suivi.**

Une étude prospective sur échantillon aléatoire (BC201-4) a figuré parmi les nombreuses études secondaires du projet sur l'assurance médicaments de la Colombie-Britannique du FASS portant sur le soin des asthmatiques. Des pharmaciens communautaires expressément formés, dans le cadre d'un programme en huit étapes, au suivi et à la gestion de l'asthme, ainsi que des pharmaciens conventionnels, ont suivi et géré la pharmacothérapie de 350 asthmatiques afin d'en évaluer l'impact et les résultats pour la santé au moyen de rapports de santé remplis par les usagers, de rapports des pharmaciens et de bases de données gouvernementales.

Un autre de ces projets (BC201-6) visait l'évaluation de l'efficacité d'un programme communautaire d'information sur l'asthme (des rencontres d'information publique de deux heures dans 14 collectivités, plus trois séances personnelles de 45 minutes avec des professionnels certifiés de la santé spécialisés en soins des asthmatiques) et la mesure des résultats, y compris le nombre d'hospitalisations, de visites à la salle d'urgence et de visites chez le médecin. Les asthmatiques ont été répartis en groupes aléatoires d'information afin de se renseigner sur l'autosurveillance, sur le rôle des médicaments, sur les signes de manquement du contrôle de l'asthme et ainsi de suite. Un troisième projet (BC201-8) visait à améliorer la santé des patients asthmatiques en leur donnant de meilleurs soins pharmaceutiques, fournis par des pharmaciens formés et certifiés en soins des asthmatiques. Les résultats positifs des études ont inclus la compréhension améliorée de la gestion de la pharmacothérapie (moitié moins de bêtabloquants absorbés par inhalation), l'amélioration de la fonction pulmonaire, de l'état affectif et de l'ensemble de la qualité de vie, la réduction des symptômes, la réduction des limites imposées aux activités, la baisse des jours d'absence du travail attribuables à des poussées actives d'asthme et la baisse des visites à l'hôpital et au médecin reliées à l'asthme. L'analyse économique de la troisième étude a révélé une réduction de 57 % des grands coûts de santé connexes.

Les rapports contenaient des recommandations voulant que tous les asthmatiques soient encouragés à s'informer, quelle que soit la gravité de leur état, et que les informateurs en matière d'asthme soient reconnus en tant que membres de l'équipe des soins de santé. Il faudra peut-être que les gouvernements provinciaux et les associations médicales collaborent à la hausse de la notoriété, auprès des médecins, des avantages de l'éducation à base communautaire des patients car certains d'entre eux n'appuient pas l'approche d'autogestion de la maladie par les patients.

La démonstration de gains très réels en matière de résultats pour la santé chez les patients, de pair avec des économies globales impressionnantes pour le système de soins de santé, faite par ces études du soin des asthmatiques peut justifier une modification des rouages de remboursement des pharmaciens afin de les rémunérer pour leurs interventions, plus intenses et plus longues, auprès des patients. Ken et son pharmacien ont été très satisfaits de cette nouvelle approche, mais le pharmacien avait des réserves quant aux exigences qu'elle impose à son temps et à ses ressources ainsi qu'au fait que certains patients n'ont pas suivi ses recommandations. Il vaut sans doute aussi la peine d'étudier un système d'incitatifs à l'intention des asthmatiques, comme le remboursement des médicaments absorbés par inhalation uniquement obtenus d'un professionnel qualifié. Des modèles substitutifs de même nature, en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, pourraient être élaborés pour les autres maladies chroniques, comme le diabète, les troubles de l'alimentation, l'insuffisance cardiaque globale et une gamme de pneumopathies.

## **Accès : a) aux services; b) à l'information (25 projets)**

### **Résultats constatés par les équipes de projet**

- Les gens ont fait des choix raisonnables quant à l'endroit où obtenir des soins de santé.
- Les services d'urgence ne sont utilisés ni par commodité ni en remplacement des médecins de famille.
- L'accès à l'information est une condition critique de la gestion quotidienne de certains états (p. ex., la gestion de la santé mentale) ainsi que de la planification stratégique, de l'évaluation, de la recherche-développement et de la reddition de comptes.
- La clé de la facilitation du partage des données se constitue d'un ensemble normalisé d'éléments et de définitions de données.
- L'accès à l'information était considéré comme un facteur d'amélioration de la santé de groupes particuliers par le biais de leur connaissance accrue des services et du triage et d'une meilleure coordination des soins.
- L'accès à des soins de qualité a été très nettement accru par l'introduction et l'élaboration de nouveaux rôles et de responsabilités partagées ou par l'introduction de technologies nouvelles, de relations plus fortes avec les fournisseurs externes de soins de santé et d'éducation.
- L'accès aux soins, pour les membres des Premières nations, se trouvait nettement augmenté quand un membre d'une Première nation servait de liaison et que le fournisseur de soins avait acquis une bonne connaissance de la collectivité et avait déjà établi des liens de confiance avec ses membres.
- Les facteurs identifiés pour l'élaboration de la prestation des soins de santé en français ont été : un financement stable, un fort leadership professionnel, des professionnels de la santé autochtones parlant français, la centralisation des services de soins de santé en un seul endroit, des politiques provinciales favorables et l'appui du gouvernement fédéral.
- On a constaté un recours accru à Internet pour trouver des renseignements sur des questions de santé, tant par les prestataires que par les fournisseurs de soins de santé.
- Les facteurs critiques influant sur l'accès aux soins de santé ont été ainsi identifiés : l'à-propos et l'emplacement des programmes, ce qu'il en coûte aux clients, la durée d'attente, l'approche multidisciplinaire, les partenariats, l'engagement du médecin.
- L'accès s'améliore nettement quand les hôpitaux, les médecins et la collectivité adoptent une approche plus coordonnée.
- L'utilisation créative de la technologie a augmenté l'accès dans un milieu où il y a pénurie de ressources (p. ex., télétriage pour l'accès aux soins après les heures d'activité).
- Les personnes et les familles à haut risque avaient été mises en rapport au préalable avec les ressources communautaires appropriées, ce qui réduisait le niveau de risque.
- Le recours à une concentration communautaire a constitué un facteur appréciable de la facilitation de l'accès aux soins.

- ❑ Le recours à un véhicule pour livrer les soins primaires directement aux personnes dispersées dans des zones rurales ou éloignées a été une façon efficace de surmonter les problèmes d'accès.
- ❑ On s'est rendu compte que les plates-formes vidéo interactives constituaient le moyen le plus fiable et le plus facile à utiliser dans la prestation de soins de santé à distance.
- ❑ L'instauration réussie de solutions technologiques dépendait de la stabilité du personnel, de l'acceptation de la communauté, de la solidité des relations avec les fournisseurs à distance et avec les systèmes provinciaux de télémédecine, du bon fonctionnement de la technologie, du coût et de l'efficacité.
- ❑ Les fournisseurs, au moment d'établir les priorités de service, ont été en mesure de voir la différence entre les niveaux différents d'urgence chez les patients et leur aptitude à bénéficier du service; la consultation approfondie et la mise à l'épreuve des outils élaborés ont permis de les juger valables et pratiques; les cliniciens, les administrateurs et la population acceptent l'idée qu'une meilleure gestion des listes d'attente est possible et de mise.
- ❑ Des services spécialisés de consultation faisant appel à des interprètes, à des intermédiaires culturels et à des experts en psychiatrie culturelle peuvent améliorer nettement la qualité des services de santé mentale dispensés auprès des collectivités ethnoculturelles, des immigrants, des réfugiés et des peuples autochtones.
- ❑ L'élaboration du projet depuis une assise de réseaux de service existants a constitué un facteur de succès; cette approche a permis aux dirigeants de faire fond sur la participation de médecins et d'autres professionnels et de créer une atmosphère propice à l'innovation et à la coopération; la création d'un comité de gestion a aussi aidé à centrer les activités.

## Difficultés

### Caractère inégal de l'accès

- ❑ Accessibilité limitée des services complets de réadaptation, particulièrement des services en clinique externe, listes d'attente ou absence pure et simple de services.
- ❑ Les chercheurs ont relevé des différences appréciables d'une compétence à l'autre au chapitre de l'admissibilité et de l'accès aux services.
- ❑ La plupart des provinces, exception faite de l'Ontario, n'offrent pas de soins à domicile culturellement appropriés aux Autochtones vivant hors des réserves (obstacles linguistiques, compétences mal délimitées, absence de liaison avec les Premières nations, impossibilité de communication entre les travailleurs et les clients, absence de sensibilité culturelle, un certain degré de racisme et de discrimination).
- ❑ La prestation de soins de santé à des francophones en situation minoritaire demeure un champ vulnérable; l'appui du gouvernement fédéral est essentiel à son maintien.

Dans les milieux conventionnels des soins de santé mentale, les obstacles linguistiques et les complexités culturelles peuvent nuire à l'évaluation et au traitement adéquats des désordres psychiatriques.

## **Prestation des services**

- ❑ Le partage de l'information tend à se faire au moyen de modèles de communication informels (p. ex., le maillage) plutôt que dans un processus structuré et, par conséquent, il est désordonné.
- ❑ Le besoin constant d'aiguillage d'un médecin compromet l'efficacité de la démarche d'aiguillage et l'accès opportun aux soins.
- ❑ Les iniquités de l'attribution des ressources parmi les régions de santé limite l'accès de certaines d'entre elles.
- ❑ Insuffisance de ressources humaines dans la prestation des services nécessaires; comme les travaux de coordination de la télémédecine ont simplement été ajoutés aux charges de travail existantes des infirmières en matière de soin des patients, ce fardeau accru a ralenti la mise en œuvre complète de la technologie; la télémédecine a réduit l'efficacité en matière de charge de travail en haussant les pressions appliquées aux ressources humaines dans les communautés locales (isolées); le coût de certains services de santé connexes a aussi augmenté.
- ❑ Les communautés ont parfois rencontré des problèmes techniques; l'appui technique des fournisseurs et la compatibilité de la technologie ont représenté des facteurs critiques au succès; il faudrait que le gouvernement fédéral étudie cette question et établisse des normes pour empêcher les entreprises qui vendent et installent ces technologies de s'adonner à des pratiques monopolistiques.
- ❑ Les coûts initiaux associés à la télémédecine sont lourds, ce qui crée une hausse des coûts de la prestation des services (et des coûts associés) au niveau local; cette technologie constitue une grande dépense pour le système de soins de santé; la maximisation des investissements exige une coopération serrée entre l'industrie, le secteur universitaire et les intervenants du domaine de la santé afin que les coûts demeurent à leur niveau le plus bas et pour faire en sorte que la technologie se développe selon les besoins de santé; il faut du financement pour les infrastructures institutionnelles comme l'équipement, les télécommunications et les structures de gestion de la télémédecine; il faut un appui aux réseaux intégrés de service et à l'évaluation.
- ❑ Le recours à la technologie pour fournir les services a posé des difficultés au chapitre du respect de la vie privée et de la sécurité de l'information, de la responsabilité professionnelle, des normes techniques et cliniques, et de la rémunération des médecins; il faut élaborer des politiques pour aborder ces difficultés et maximiser les avantages découlant de ce modèle et de modèles comparables.
- ❑ La mise en œuvre se serait trouvée facilitée d'une participation plus grande des réseaux de services existants à la planification, à la gestion, à la coordination et à l'évaluation des services, au développement d'expertise en pratique professionnelle, en organisation des soins de santé, en technologie, en gestion du changement et en évaluation ainsi qu'en modes de paiement.
- ❑ La composante de formation culturelle de la plupart des programmes professionnels est insuffisante, et ces programmes comptent peu ou pas de formation au travail avec des interprètes et des intermédiaires culturels.

**Exemple 1    Accès b) aux services**  
**NA489        Du chaos à l'ordre : rationaliser les listes d'attente au Canada**

À l'heure actuelle, les listes d'attente de soins médicaux, dans bien des régions du Canada, ne sont pas normalisées, coordonnées ou gérées de façon exhaustive. Les gens en attente d'interventions chirurgicales, de tests diagnostiques, de consultations avec des spécialistes ou de traitement ne savent généralement pas comment sont gérées les listes d'attente et, de fait, ne savent peut-être même pas que leur nom figure à une liste d'attente de services. Ceux qui en sont conscients peuvent croire que l'attente est attribuable à un manque de ressources plutôt qu'à la non-gestion des listes. Jack, un travailleur de la construction âgé de 54 ans, qui n'a pas pu travailler pendant les six derniers mois en raison de graves douleurs arthritiques au genou et de la très faible amplitude de mouvement qui en résulte et lui rend difficiles le sommeil, la marche, les montées et descentes ou l'exploitation de la machinerie lourde du domaine de la construction. Jack attend depuis plus d'un an un remplacement du genou. Le projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien a été mis sur pied dans le but d'accroître l'équité du système de soins de santé de telle façon que des Canadiens comme Jack puissent recevoir des services médicaux appropriés et efficaces grâce à la hiérarchisation de l'accès normalisé et transparent à ces services, selon le besoin (le degré d'urgence) et la capacité d'en tirer profit. Le projet appelait la participation d'un consortium de quatre ministères provinciaux de la Santé, de sept conseils régionaux de la santé, de quatre associations médicales et de quatre centres de recherche en santé en vue de l'élaboration de mesures valables, fiables, pratiques et cliniquement transparentes d'établissement des priorités et d'accès à des services de santé choisis pour lesquels il existe une liste d'attente (chirurgie de la cataracte, remplacement de la hanche ou du genou, chirurgie générale, examens par IRM et santé mentale des enfants). Selon cette nouvelle méthode de détermination de la hiérarchie d'obtention des services, le médecin orienteur de Jack a été en mesure d'utiliser les outils élaborés dans le cadre du projet pour souligner l'urgence relative de la chirurgie du genou de Jack.

L'élaboration et l'instauration d'outils de hiérarchie se sont faites à l'aide des interventions de cinq groupes d'experts cliniques et de travaux de fiabilité et de validité empiriques. Le potentiel de mise en œuvre des outils a été évalué au moyen d'entrevues avec 66 informateurs clés, dans sept conseils régionaux de la santé. Un sondage d'opinion publique a été mené auprès de sept groupes de discussion dans différentes régions urbaines de l'Ouest. Les définitions standard des périodes d'attente, les méthodes d'établissement des périodes acceptables d'attente des opérations chirurgicales non urgentes et l'impératif logique et éthique de la fixation des priorités parmi les procédures des listes d'attente ont aussi été abordés.

Les cliniciens ont jugé les outils d'établissement des priorités valables et précieux, particulièrement dans les domaines de la chirurgie générale et du remplacement du genou et de la hanche, tandis que les administrateurs et la population ont accepté le caractère faisable et approprié d'une meilleure gestion des listes d'attente. Les conseils régionaux de la santé ont appuyé les méthodes d'attribution des noms aux listes d'attente et ont recommandé que la mise en œuvre des outils de fixation des priorités découlant du projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien, par les autorités médicales, se fasse dans des conditions de supervision et d'évaluation attentives. L'évaluation idéale toucherait la validité, la fiabilité, la faisabilité, l'acceptabilité et les avantages qu'en tireraient les gens ayant besoin d'interventions. Qui plus est, ces constatations devraient être largement communiquées. Les prochaines étapes recommandées comprennent la mise en œuvre et l'évaluation des outils dans des situations réelles, l'élaboration de mesures et de définitions standard afin de maximiser les périodes d'attente selon l'urgence de l'intervention, l'identification des options de mise en œuvre et de stratégies de gestion au sein des spécialités et entre elles, et l'identification des exigences de systèmes d'information d'appui.

Bien que le projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien n'ait pas « résolu » le problème des listes et des durées d'attente, le fait de disposer d'un moyen normalisé et fiable d'attribution des priorités d'accès aux services représente un pas important vers l'amélioration de la gestion des soins de santé au Canada et ailleurs. Avec de la persévérance, des ressources adéquates et l'appui d'un partenariat déterminé, cette approche pourrait facilement être appliquée à d'autres procédures et interventions dans nombre de services ou de compétences où les durées d'attente et l'accès aux soins sont problématiques.

Depuis l'achèvement du projet du FASS, le projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien a touché un financement supplémentaire substantiel et une deuxième phase a été entreprise. Il s'est transformé en un partenariat de 20 organisations (associations médicales, ministères de la Santé, conseils régionaux de la santé, centres de recherche en santé) toutes déterminées à influencer sur la façon dont sont structurées et gérées les listes d'attente. L'instauration des outils a progressé dans plusieurs provinces de l'Ouest et dans d'autres pays. Le rôle du projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien, dans ce domaine, consiste à élaborer un cadre d'évaluation pouvant être intégré à tout plan de mise en œuvre, à aider à l'exécution de l'évaluation et à servir de point de concentration à la réforme en vue de l'amélioration de l'accès aux soins de santé non urgents. De cette façon, des Canadiens comme Jack comprendront mieux comment les listes d'attente sont gérées et seront en mesure d'accéder aux services de façon équitable et normalisée.

**Exemple 2    Accès b) à l'information**  
**BC425        Santé mentale en direct : un cas de gestion de l'information**

Bien que le partage de l'information parmi les secteurs canadiens des soins de santé constitue généralement une pratique bien implantée, il se fait souvent par communication informelle entre collègues. Le maillage informel peut fonctionner très bien au sein des programmes, mais le partage de l'information entre programmes ou entre secteurs est plus difficile. L'accès à une information spécialisée propre à un état peut aussi représenter un défi dans certaines communautés. L'accès aux données revêt une importance critique dans des domaines comme la gestion quotidienne du système, la planification stratégique et l'évaluation, la recherche-développement et l'obligation redditionnelle. La gestion efficace des soins propres aux clients et du système de santé relève en général de l'accès à l'information et d'un système de gestion de l'information exact, apte à réagir, aisément transférable et d'accès facile. Cette gestion de l'information englobe l'information proprement dite, la gestion du processus, la diffusion de l'information et la gestion de la technologie (voir aux exemples 7 et 18 la description des projets sur la technologie de l'information).

Comme les procédures structurées de communication des données en matière de santé émergent à peine, certains projets ont été financés par le FASS dans le but précis d'évaluer l'état d'avancement de la gestion de l'information en matière de santé tandis que d'autres comptaient l'accès à l'information parmi les éléments ou les résultats de leurs recherches. Nombre de ressources précieuses sont ressorties dans les domaines des nouvelles technologies, des documents d'information destinés aux patients et aux fournisseurs de soins et des outils de communication. L'accès à l'information, par exemple, a constitué un aspect important des soins aux yeux des parents de Jason, qui se sont rendu compte qu'Internet est un outil très utile de facilitation de la communication et de hausse de l'accès à des renseignements spécialisés sur l'autisme (PE421). Jill, une mère adolescente, a constaté que l'accès amélioré à l'information et aux ressources d'un nouveau programme de soutien social l'aidait à surmonter son sentiment d'isolement (PE422). Les membres d'un service d'admission et de congé à l'échelle du système, en Saskatchewan, ont constaté que leur nouveau système informatique accroissait l'exactitude, l'accessibilité, l'à-propos et la coordination de l'information partagée sur les clients (SK424). Une étude menée au Ablerta a produit un modèle normalisé qui donne facilement accès aux renseignements pertinents afin d'améliorer la communication entre les fournisseurs de soins de niveau communautaire et un centre de traitement du cancer (AB301-4). Dans certaines études, le manque d'accès à des informations fiables et normalisées s'est avéré problématique. Une étude sur le recours à un médicament particulier par les personnes âgées dans sept provinces (NA221) a permis de constater que, parce que les ensembles de données varient beaucoup quant à leur teneur, à leur accessibilité, à leur à-propos et à leurs liens, il fallait prendre une approche différente pour chaque province.

Un projet du système de santé mentale de Colombie-Britannique a produit une vue approfondie, à base large, de la multitude de difficultés entourant la gestion de l'information dans le contexte de la santé mentale, un secteur ayant des exigences particulières en matière d'accès à l'information et de transmission de l'information. L'étude a porté sur la façon dont



l'état actuel de la gestion de l'information dans le secteur de la santé mentale appuie la gestion clinique des patients, la gestion des systèmes, l'élaboration des politiques et les activités de recherche. Il a aussi porté sur les questions de justice pénale, les problèmes posés par la confidentialité et les violations possibles du droit à la vie privée.

L'étude a permis de conclure que l'échange d'information entre les différents utilisateurs, ainsi qu'entre le client et la famille, améliorerait les services offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux. La clé de la facilitation du partage des données a été un ensemble normalisé d'éléments et de définitions de données. Il n'y a toutefois pas eu d'entente générale sur les données qu'il faudrait partager, ni avec qui il faudrait les partager. Dans le domaine de la santé mentale, la stigmatisation et la discrimination demeurent répandues et ont de conséquences parfois néfastes, aussi les questions de vie privée, de confidentialité et de sécurité sont-elles prises au sérieux. Plusieurs provinces et territoires ont adopté des lois sur le caractère confidentiel des données personnelles de santé, mais ces lois ne sont pas cohérentes d'une compétence à l'autre. Les efforts de partage ou de transfert de l'information parmi les provinces et territoires peuvent être ardues. Cette étude recommandait la participation active des personnes atteintes de maladie mentale ainsi que des personnes qui, sans appartenir au système de soins de santé, interagissent avec des malades mentaux (p. ex., les policiers) à la planification et à la gestion des systèmes d'information. Comme la régionalisation des soins de santé accroît le risque de fragmentation, l'activité doit être coordonnée et couvrir tout le système. La gestion efficace de l'information a l'important potentiel d'améliorer le système de soins de santé dans son ensemble ainsi que l'état de santé des clients particuliers. Les enseignements tirés de ces études peuvent faciliter nettement le partage de l'information entre fournisseurs de soins, avec les clients et soignants, et entre les secteurs. Les méthodes et outils élaborés peuvent servir à accroître l'accès à des données propres au client et à des informations de nature didactique et, partant, à améliorer la qualité des soins de santé prodigués aux personnes et la qualité du système sur les plans local, régional et national.

## **Formation des ressources humaines / des fournisseurs (15 projets)**

### **Résultats constatés par les équipes de projet :**

- ❑ Un programme de formation appuyé par les technologies de l'information a donné lieu à une hausse de la collaboration entre les diverses parties et disciplines, ce qui a amélioré les soins infirmiers et les pratiques médicales dans la collectivité.
- ❑ La collaboration a donné lieu à l'élaboration de brefs programmes de formation, comme une téléformation permettant aux infirmières d'obtenir la certification nécessaire pour prodiguer des soins dans les communautés isolées.
- ❑ Le personnel de première ligne, bien qu'il soit surmené et mal payé, a indiqué des niveaux élevés de satisfaction professionnelle en raison de la nature gratifiante du travail et du sentiment qu'il lui donne de faire une contribution positive à la collectivité.
- ❑ Le financement des médecins sur une base contractuelle plutôt qu'à l'acte leur a permis de pratiquer leur art de façon novatrice; ils ont fréquemment donné des consultations par téléphone et résolu des questions multiples (parfois jusqu'à huit problèmes au cours d'une même séance).
- ❑ L'information et les séances de pratique guidée ont permis aux fournisseurs de travailler plus efficacement et de subir moins de stress.
- ❑ Dans plusieurs projets, on a indiqué s'en être largement remis au recours aux pairs en tant que formateurs.
- ❑ Dans plusieurs projets, on a souligné le besoin d'assurer une dotation et des ressources suffisantes pour faire face à la hausse de la demande de services résultant des projets fructueux.
- ❑ L'utilisation d'Internet a été efficace dans l'information des fournisseurs quant à l'état des clients.
- ❑ Dans une région, on a pu combler un poste libre depuis longtemps de physiothérapeute à temps plein en introduisant un nouveau modèle de pratique des aides à la physiothérapie afin de rehausser les services limités de réadaptation qui étaient offerts.
- ❑ Les avantages de l'élargissement des rôles professionnels comprenaient un meilleur accès des patients aux soins primaires dans les zones rurales et éloignées, la hausse de la disponibilité de services de santé complets, la qualité améliorée des soins et l'amélioration de la collaboration, qui se sont traduits en des services plus complets, comme la prévention de la maladie et la promotion de la santé.
- ❑ Les fournisseurs tenant un rôle susceptible d'élargissement ont travaillé en autonomie, selon la portée de leur pratique professionnelle, et en interdépendance, fournissant dans les deux cas des aiguillages les uns vers les autres et prenant des décisions en synergie.
- ❑ L'élément de téléformation du projet a suscité l'intérêt des professionnels de la santé et mené à l'établissement d'un programme à long terme d'éducation permanente à distance donné par le centre d'éducation permanente de la faculté de médecine de l'université.

- ❑ Par suite des protocoles et de la formation, le personnel est devenu plus conscient des problèmes de santé mentale.
- ❑ Par suite de la formation, les fournisseurs de soins de santé se sont évalués eux-mêmes, se jugeant plus avancés dans leurs connaissances et dans leur capacité de faire face à des problèmes de santé mentale; la formation et les protocoles ont facilité le maintien en poste du personnel infirmier.

## Difficultés

### Charge de travail et conditions de travail

- ❑ Le personnel des soins à domicile s'estimait mal payé et était souvent prié d'exécuter des travaux extrêmement désagréables.
- ❑ Certains médecins et psychiatres ont été incapables de prendre la direction clinique des projets en raison du manque de temps et de l'insignifiance ou de l'inexistence des incitatifs financiers.
- ❑ Les modifications au système (p. ex., l'approche à guichet unique des CLSC) ont fait que les fournisseurs de soins se sont mis à manifester des symptômes d'épuisement professionnel et se sont trouvés à risque de compromettre leur propre santé, ainsi que la qualité des soins qu'ils prodiguaient, en raison de la surcharge constante de leur fardeau.
- ❑ Certains pharmaciens n'ont pas pris part aux projets en raison des difficultés posées par leur charge de travail ou par leur milieu de travail.
- ❑ Certains participants aux ateliers ont dit n'avoir pas eu le temps ou les ressources nécessaires pour intégrer leurs nouvelles connaissances à leur pratique.
- ❑ Le roulement élevé des travailleurs en intervention à domicile, largement attribuable à la rémunération, a signifié moins d'appui pour les clients et les fournisseurs et des complications au cours de la mise en œuvre des nouveaux programmes.
- ❑ La lourdeur excessive de la charge professionnelle a influé sur la qualité et sur le niveau des soins reçus par les clients; là où les charges de travail étaient lourdes, l'innovation est demeurée plus théorique que réelle.

### Rôles élargis

- ❑ Les obstacles à l'acceptation entière, par les médecins, des fournisseurs dans un rôle élargi ont compris un effet négatif sur le revenu à l'acte et les restrictions actuelles à leur pouvoir dans des domaines comme celui de la prescription.
- ❑ Les obstacles à la mise en œuvre des rôles élargis comprenaient le manque de formation aux pratiques coopératives des programmes de formation actuels et le manque de clarté sur les difficultés médico-légales associées à la prise de décisions interdisciplinaire.

## Recrutement/maintien en poste

- ❑ Le sous-financement marqué des organisations a produit des difficultés de recrutement et de maintien en poste de professionnels qualifiés en raison de la modestie des salaires et avantages sociaux du personnel.
- ❑ Aucun éducateur clinique n'était disponible pour la mise en œuvre des programmes d'enseignement destinés aux clients.
- ❑ Une province a indiqué que l'insuffisance de ressources humaines nuisait à la prestation coordonnée des services et limitait la disponibilité des services de réadaptation, d'où de longues listes d'attente.
- ❑ Le besoin de formation intensive et continue des fournisseurs a parfois été sous-estimé au stade de la proposition de projet.
- ❑ Il existe des pénuries critiques persistantes d'infirmières et de médecins dans six régions inuites; il faut d'urgence du personnel professionnel, technique et para-professionnel supplémentaire dans le secteur des services sociaux et de santé; toutes les communautés ont des services essentiels de soins infirmiers de première ligne mais la pénurie d'infirmières met en péril les services infirmiers dans certaines petites collectivités; pour la plupart, les services professionnels sont encore fournis par des non-Inuits; la hausse de la participation des Inuits à la prestation des services de santé dans leurs propres communautés est une priorité et il est également prioritaire d'obtenir la participation des Inuits à la prise de décisions.
- ❑ La simple solution du grave problème de pénurie de personnel infirmier et médical ne changera pas radicalement, à elle seule, l'état de santé des Inuits; les problèmes sociaux et économiques (comme la violence, l'alcoolisme, la pénurie de logement, le faible niveau de scolarité et le manque de travail) continueront d'avoir des effets négatifs sur la santé des Inuits.

**Exemple 1**    **Formation des ressources humaines / des fournisseurs**  
**NA342**        **Accroître l'efficacité des soins primaires par des modèles reposant**  
**sur la collaboration entre l'infirmière praticienne et le médecin de**  
**famille** (Études parallèles : **AB301-7, NS301, NF301, NA321**)

La rareté croissante des ressources a mené à des pressions à la réduction des coûts et à l'élaboration de nouveaux modèles de prestation des soins primaires. Le docteur Jones est un médecin de famille (MF) qui partage une liste de patients avec une infirmière praticienne (IP) nommée Nancy. Tous deux collaborent à un projet de promotion de la collaboration structurée dans le cadre d'un arrangement efficient et efficace susceptible de fournir des soins primaires plus complets et mieux appropriés à leurs patients. La mise sur pied de leur collaboration IP-MF a compris l'élaboration d'une relation de travail fondée sur sept éléments essentiels servant de cadre à la reconnaissance de l'expérience, des connaissances et des compétences partagées

et distinctes du D<sup>r</sup> Jones et de Nancy : 1) la coopération; 2) l'assertivité; 3) la responsabilité/l'obligation redditionnelle; 4) l'autonomie; 5) les communications; 6) la coordination; 7) la confiance et le respect réciproques. Les grands buts du projet consistaient à élaborer, à instaurer et à évaluer tant une intervention d'éducation visant à améliorer la collaboration structurée entre les IP et les MF qu'un module de formation des résidents en médecine familiale et des étudiantes en pratique infirmière sur la façon de collaborer au sein de telles pratiques ainsi que de juger de l'utilité de la technologie de la télémédecine aux fins de la mise en œuvre des programmes, du suivi et de la formation.

Ayant réussi leur module d'apprentissage, le D<sup>r</sup> Jones et Nancy ont pris part à la conception et à la mise à l'épreuve du projet pilote ainsi qu'à la sélection des mesures pouvant être appliquées pour renforcer leur propre collaboration. Le projet a permis de constater que les modifications se sont produites une fois les efforts faits pour structurer la collaboration. Nancy et les autres IP prenant part au projet ont accepté davantage de responsabilités en matière de services de soins curatifs, de réadaptation et d'appui et se sont chargées de soins plus complexes des patients. Des lignes directrices nouvelles et convenues sur les rôles des IP comme Nancy ont été adaptées avec succès et les aiguillages internes vers les médecins de famille ont augmenté. Nancy et le D<sup>r</sup> Jones ont travaillé chacun de leur côté, selon la portée de leur pratique professionnelle et en interdépendance, se fournissant l'un l'autre des soins et des aiguillages et prenant leurs décisions en synergie; chacun a appuyé le travail de l'autre par la consultation et l'aiguillage. Cette nouvelle façon de pratiquer a reflété une hausse de la confiance du médecin et de l'infirmière praticienne envers le rôle et la compétence de l'IP. Leur modèle de collaboration a promu l'utilisation efficace des compétences d'IP de Nancy et a permis tant à elle qu'au D<sup>r</sup> Jones d'appliquer plus efficacement leurs compétences aux patients les plus susceptibles de profiter de leurs soins.

Les méthodes d'évaluation du projet comprenaient une surveillance détaillée de la mise en œuvre et des progrès du projet ainsi que des sondages et entrevues auprès des fournisseurs, des sondages auprès des patients, des formulaires de rencontre des patients, des sondages auprès des informateurs clés, un questionnaire et une entrevue avec les étudiants.

Comme le nombre d'IP, au Canada, est peu élevé, l'interface où se rencontrent les IP et les MF dépend largement de l'emplacement géographique de l'IP. Au Canada, cela signifie ordinairement une structure appuyée par la collectivité, comme un centre d'accès autochtone aux soins de santé ou un centre de santé communautaire. La consultation significative sur la modification de la pratique générale des soins primaires doit inclure ces structures plus un échantillon aussi vaste que possible de la communauté dès les premières étapes de l'élaboration du programme. On pourrait appliquer un modèle de collaboration partout où des IP et des MF, comme Nancy et le D<sup>r</sup> Jones, travaillent ensemble, et dans le cadre de toute structure d'équipe interdisciplinaire. Ce projet a mis en relief les facteurs nécessaires à l'appui et au maintien d'une pratique coopérative structurée dans la prestation des soins primaires, y compris le retrait d'obstacles comme le modèle conventionnel de rémunération à l'acte, l'absence de formation aux pratiques coopératives dans le cadre des programmes d'enseignement; le manque de clarté

sur les difficultés d'ordre médico-légal associées à la prise de décisions interdisciplinaire et l'absence de partenariats solides avec les parties participant à l'élaboration et à l'instauration de la technologie. Les organismes professionnels nationaux, provinciaux et territoriaux et les commissions sur les politiques en matière de santé ont réclamé une utilisation plus efficace des IP dans les soins primaires. Bien que la collaboration entière ou optimale n'ait pas été atteinte dans le cadre de la présente étude, tout indique que des IP et des MF comme Nancy et le D<sup>r</sup> Jones commenceront à établir un nombre croissant de pratiques coopératives efficaces et efficientes dans tout le pays. Une étude de même nature, menée en Alberta, a démontré que l'introduction des IP augmentait nettement l'accès aux soins, évitait la duplication et favorisait la continuité. Des Lignes directrices concernant la pratique clinique pour dix états courants ont été élaborées dans le but d'aider à faciliter le rôle des IP. Les étudiants en médecine et en soins infirmiers de toutes les compétences commenceront à recevoir, de façon routinière, une formation à ce modèle de soins dans le cadre de leur programme d'études. Il s'agit d'un domaine international de préoccupation et d'intérêt où le Canada a l'occasion de faire montre de leadership.

**Exemple 2    Formation des ressources humaines / des fournisseurs**  
**NB102        Mise en œuvre et évaluation de certaines mesures énoncées dans le**  
**Plan des services de réadaptation du Nouveau-Brunswick**  
(Études parallèles : **NA1007, SK326**)

Quand Gerry a reçu son congé de l'hôpital local après sa convalescence d'un traumatisme médullaire, il s'attendait à pouvoir poursuivre son programme de réadaptation dans le foyer de soins où il s'était installé. Il a été consterné de se rendre compte qu'en raison d'une pénurie de fournisseurs de soins et de financement, il existait des listes d'attente pour les services essentiels dont il avait besoin. Janet, sa physiothérapeute attachée à l'hôpital, lui a tracé un programme personnel, mais elle s'inquiétait que ses progrès ne soient compromis s'il interrompait son programme pendant sa période d'attente. Elle savait que la liste d'attente de services de réadaptation dans la collectivité, comme l'ergothérapie, la physiothérapie, l'orthophonie et l'audiologie, était longue, sans compter le manque de coordination de ces services. Pour cette raison, elle-même et Gerry ont appuyé avec enthousiasme un projet devant mener à la consolidation des ressources communautaires de réadaptation, à l'identification de sources d'aiguillage, à l'élaboration de lignes directrices en matière de prestation des services, à la répartition plus équitable des ressources et à la hausse du financement de l'éducation permanente. Une partie de cette stratégie comprenait une approche de fixation des priorités d'accès aux services reposant sur la fonction, les résultats prévus et le risque couru par suite du retard, plutôt que sur l'âge ou sur le diagnostic. Ces stratégies étaient telles qu'elles faisaient en sorte que les clients de Janet dont les besoins étaient les plus marqués, comme Gerry, recevaient les soins de qualité les plus appropriés, les plus efficaces et les plus efficaces au moment le plus indiqué. Il en a finalement découlé des résultats améliorés pour les clients, plus un recours optimisé aux services limités de réadaptation, comme ceux que fournissait Janet.

Bien que des éléments du Plan des services de réadaptation aient déjà été mis en œuvre dans la collectivité de Janet, au Nouveau-Brunswick, il n'avait jamais existé d'occasion d'évaluer l'impact et les résultats de cette approche. Par le biais du Fonds pour l'adaptation des services de santé, des chercheurs ont recueilli des données auprès de gestionnaires de la réadaptation, de fournisseurs de service (audiologistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes), de sources d'aiguillage (médecins, infirmières de la santé publique, administrateurs de maisons de soins infirmiers, enseignants, coordonnateurs des services aux étudiants, travailleurs sociaux, psychologues) et de clients ayant effectivement profité de services de réadaptation. Une série de sondages auto-administrés, de groupes de discussion, de vérifications de dossiers et d'études de la documentation a été réalisée afin de suivre la mise en œuvre du plan. Bien que les services de réadaptation, dans la province, soient pour la plupart sous-développés, axés sur l'hôpital et peu coordonnés, il y avait aussi plusieurs facteurs qui contribuaient au besoin croissant de tels services, y compris le vieillissement de la population, les progrès des technologies et traitements médicaux, l'évolution vers l'autonomie, une insistance accrue sur la prévention et sur l'intervention précoce et la nature changeante de la famille et de la population active. Le Plan des services de réadaptation a permis l'instauration d'un réseau de service de la réadaptation qui abordait plusieurs de ces facteurs.

En conséquence de cette initiative, les services de réadaptation se sont améliorés de bien des manières pour Gerry et pour Janet : ils sont désormais considérés comme centrés sur le client, les clients sont satisfaits, les clients en maison et en école de soins infirmiers ont accès à une gamme plus étendue de professionnels de la réadaptation, la démarche d'aiguillage s'est facilitée et un nouveau mode d'aiguillage garantit que les clients dont les besoins sont les plus grands sont les premiers servis et que les services hospitaliers et communautaires sont mieux coordonnés. Le centre régional de réadaptation a maintenant pris un rôle de direction dans la province, recourant aux résultats de cette étude pour produire un équilibre plus approprié de traitement, d'éducation et de consultation permettant d'atteindre l'efficacité et l'adéquation dans l'utilisation de ressources modestes de réadaptation. Les problèmes restants comprennent le besoin de ressources humaines suffisantes et d'un financement adéquat à la prestation coordonnée des services et à la poursuite de la formation, le règlement des iniquités d'attribution des ressources selon les régions de santé et l'exigence constante, pour les médecins, d'aiguiller leurs patients vers des cliniques externes de réadaptation, qui tend à compromettre l'efficacité de la démarche d'aiguillage. La présente étude a jeté les bases d'autres améliorations aux services provinciaux de réadaptation en créant un niveau de base contre lequel on doit mesurer l'impact des changements apportés à la prestation des services de réadaptation. Une étude ontarienne a examiné l'impact des interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies en matière de physiothérapie personnalisée et d'ergothérapie visant à aider les fournisseurs de soins de santé à identifier les adultes âgés susceptibles de tirer profit d'une intervention visant à faire cesser le déclin fonctionnel et à optimiser la vie en autonomie. Un manuel d'intervention communautaire en soins de promotion de la santé et de réadaptation et des documents de nature éducationnelle sur la promotion de la santé destinés aux adultes âgés ont été élaborés. Une étude, menée en Saskatchewan, répondait à la crise des ressources humaines en introduisant des assistants en

physiothérapie. D'autres compétences qui vivent le rationnement de services déjà limités de réadaptation pourront tirer des enseignements des constatations de ces études. Un leadership fort, de nouveaux investissements dans les professionnels de la réadaptation et dans les approches substitutives seront nécessaires pour cultiver et mettre à profit les améliorations déjà en cours.



## Aide à la prise de décisions (9 projets)

### Résultats constatés par les équipes de projet

- ❑ Les meilleures LDPC relatives aux médicaments sont celles qu'a récemment élaborées, publiées et produites le secteur privé, et non les organismes de professionnels de la santé.
- ❑ Les outils d'aide à la prise de décisions axés sur Internet ont aidé les fournisseurs de soins à s'instruire des valeurs et pratiques des membres d'équipes d'autres disciplines.
- ❑ Les connaissances acquises ont contribué à une prestation plus intégrée des services, à de meilleurs résultats chez les patients et à l'amélioration de la prise de décisions d'ordre clinique (p. ex., une pratique de prescription formalisée et améliorée).
- ❑ Les outils d'information en direct ont été utiles à l'amélioration de la collaboration et à la résolution des désaccords entre membres de l'équipe.
- ❑ Quand les lignes directrices ont été modifiées afin d'améliorer les tâches spécifiques des fournisseurs de soins, l'efficacité s'est accrue.
- ❑ Dans la plupart des projets, il y a eu une réduction du coût moyen des soins des patients selon des modèles cliniques pendant et après leur hospitalisation; il y a donc lieu de croire que le recours aux LDPC contribuera à une utilisation plus rationnelle et plus économique des ressources de soins de santé.
- ❑ Il n'y a pas eu de transmission du fardeau économique de soins intensifs à la collectivité, aux fournisseurs de soins ou aux patients.
- ❑ Un projet a dégagé des indicateurs de placement en établissement de soins de longue durée : l'adéquation du milieu, l'accessibilité d'appuis communautaires, la complexité des besoins nécessaires et le jugement des fournisseurs de soins de santé quant à la capacité du client de s'adapter aux soins de longue durée.
- ❑ Un projet a validé l'utilité d'un outil d'évaluation de la sécurité des patients atteints de démence vivant chez eux.
- ❑ Un projet a permis de monter un outil de dépistage des risques courus par les soignants, au sens de leur santé mentale et physique, capable d'obtenir des données précises des soignants quant à leurs préoccupations et niveaux de détresse et d'aider les travailleurs à distinguer les soucis et problèmes des soignants.
- ❑ Des méthodes locales de mise en œuvre ont été utilisées afin d'exercer une influence positive sur les pratiques médicales au moyen de la diffusion de lignes directrices endossées par tous les organismes médicaux touchés.
- ❑ Une démarche saine a été élaborée pour l'élaboration et la diffusion de lignes directrices axées sur l'analyse systématique des dernières données scientifiques.
- ❑ La démarche d'élaboration des lignes directrices s'est révélée précieuse dans le réexamen de questions comme celle de l'intégration des services.
- ❑ La collaboration entre organismes participants a été importante car aucune n'a, à elle seule, les ressources nécessaires pour produire des lignes directrices axées sur des données scientifiques.

- ❑ Afin d'appuyer une prise de décisions précise et opportune, il faudrait intégrer à la gestion des pratiques des outils d'analyse de l'information.
- ❑ Des ressources d'information et d'expertise médicales sont nécessaires pour relier les technologies de l'information et améliorer la communication entre les différentes unités et organisations.
- ❑ Des stratégies d'éducation des étudiants en médecine et des résidents relativement récents pourraient améliorer l'adéquation de leurs pratiques d'ordonnance de tests de routine pour les patients hospitalisés; l'ordonnance de tests de routine devrait être découragée en faveur de protocoles spécifiques à la maladie et une justification devrait être nécessaire pour les demandes de tests; la critique intraprofessionnelle et interprofessionnelle a été cruciale aux modifications apportées aux pratiques de tests diagnostiques, ces pratiques influant sur le concept des systèmes d'information.

## Difficultés

- ❑ Les difficultés étaient centrées sur la capacité d'absorption et sur le temps à consacrer aux projets.
- ❑ Les praticiens de première ligne ont d'abord jugé les lignes directrices vagues et ont demandé une orientation plus explicite.
- ❑ Les membres de l'équipe avaient peu de temps à consacrer aux projets en raison de difficultés de remboursement, à cause de leur charge personnelle de travail et en raison des pénuries de personnel.
- ❑ Il a été difficile de trouver des gens disposés à motiver l'équipe ou à en prendre la tête.
- ❑ Le roulement parmi les participants au projet n'a pas facilité la continuité.
- ❑ Les distances physiques entre les membres du groupe de travail ont compliqué le maintien d'un environnement de collaboration.
- ❑ Les professionnels de la santé ont eu besoin d'appui dans l'intégration de la technologie à leur pratique.
- ❑ Les conflits de rôles entre sites, le manque de leadership, les divergences entre philosophies et cultures, les états complexes des patients, le manque de soutien médical et les pénuries de personnel, qui ont réduit le temps qu'il était possible de consacrer aux activités de formation, ont nui à la mise en œuvre des modèles cliniques.
- ❑ Les limites des ressources ont eu pour effet que les fournisseurs de soins de santé ont parfois été incapables de satisfaire à certains besoins identifiés par leur évaluation.
- ❑ L'absorption des lignes directrices pour la pratique clinique a parfois été rendue difficile par le désir d'autonomie professionnelle des fournisseurs de soins de santé, par l'absence de culture axée sur le client et par l'absence de structures des soins de première ligne.
- ❑ On a constaté, dans le cadre d'un projet, que peu de médecins tiraient avantage de l'outil de formation médicale continue; il faut améliorer la compréhension des besoins et des obstacles potentiels.
- ❑ On a exprimé des réserves quant à la nature obligatoire des protocoles.

- ❑ Des recommandations différentes, parfois contradictoires, étaient formulées dans certaines lignes directrices, ce qui a causé de la confusion chez les cliniciens.

**Exemple 1 Aide à la prise de décisions**

**NA203 Évaluation nationale des Lignes directrices pour la pratique clinique (LDPC) (Études parallèles : BC402 – Évaluation des modèles cliniques de soins continus pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque globale; QC303 – Élaboration et application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales : dépistage du cancer de la prostate, traitement pharmacologique de l'angine stable, prescription d'examen d'imagerie médicale, utilisation de l'arthroscopie du genou; AB301-4 – Amélioration des soins de santé primaires aux patients atteints de cancer en soins palliatifs)**

Dans son cabinet très occupé de médecine familiale du centre-ville, le D<sup>r</sup> Marshall a souvent dû faire des choix rapides quant aux médicaments à prescrire pour une multitude d'états. Il avait l'habitude assez bien ancrée de consulter les lignes directrices normalisées de pratique médicale au moment de décider s'il allait ou non ordonner des tests diagnostiques, comme des radiographies ou des examens par IRM. Cependant, quand il consultait les Lignes directrices concernant la pratique clinique (LDPC) en matière d'ordonnance de médicaments, il se rendait compte que les recommandations qui s'y trouvaient étaient souvent divergentes, voire contradictoires, car il y avait des écarts appréciables entre les démarches empruntées par les différents auteurs de LDPC (p. ex., les associations de professionnels de la santé, les universitaires, les chercheurs appuyés par le secteur privé et ainsi de suite).

C'est pour cette raison que le D<sup>r</sup> Marshall a décidé de prendre part à un projet d'évaluation de la qualité des lignes directrices canadiennes concernant la pratique clinique sur les pratiques de prescription des médicaments et visant l'étude de stratégies de mise en œuvre de LDPC valables et fiables dans le milieu clinique. Il savait que les publications suggéraient qu'il était possible d'améliorer les pratiques de prescription au moyen de LDPC de soins pharmacologiques de qualité élevée, axées sur les données probantes, et il appuyait cette initiative, qui, apparemment, élaborerait systématiquement des énoncés qui allaient l'aider à prendre des décisions éclairées en matière de soins de santé. Il espérait que l'initiative aiderait à dissiper une partie de la confusion qu'il avait connue, dans sa pratique, quand il avait tenté de se servir des LDPC comme outil d'aide à la décision.

Peu d'efforts formels avaient été faits jusque là pour mesurer la qualité des quelques 2500 LDPC canadiennes et on n'avait jamais disposé d'aucun moyen de superviser leur utilisation dans la pratique clinique ni de mesurer leur impact sur les résultats obtenus par les patients. Dans le cadre du projet, des médecins, des pharmaciens, des spécialistes de la méthodologie, des universitaires, des représentants gouvernementaux, des professionnels de la

santé et des gestionnaires de régimes d'assurance médicaments ont procédé à des études de la documentation, participé à des sondages et entrevues et recouru à un outil d'évaluation largement accepté pour évaluer les procédures d'élaboration des LDPC canadiennes portant sur l'utilisation des médicaments sur ordonnance. Les stratégies de mise en œuvre des LDPC ont aussi été étudiées. En tout, 193 LDPC relatives aux médicaments ont été évaluées au sens de leur rigueur, de leur teneur, de leur contexte et de leur application. L'étude a permis de conclure qu'on recommandait le recours sans changement à 19 % des lignes directrices étudiées, à 56 % avec des changements et que le recours à 25 % des lignes directrices n'était pas recommandé du tout. Les conditions d'instauration fructueuse des LDPC comprenaient la preuve solide de leurs avantages et une démarche coopérative d'élaboration à laquelle participeraient tous les intervenants, particulièrement les médecins.

Le projet a révélé que nombre de lignes directrices ne sont pas valables. L'amélioration de l'élaboration des lignes directrices peut promouvoir la confiance, parmi les cliniciens comme le D<sup>r</sup> Marshall, qui peuvent par la suite être encouragés à recourir aux LDPC dans leur pratique. En plus d'améliorer la prise de décisions d'ordre clinique et les résultats obtenus par les patients, le recours routinier à des LDPC de haute qualité pourrait contribuer à une utilisation plus économique et plus rationnelle des ressources de soins de santé. Il faut faire des recherches plus approfondies pour discerner les stratégies d'instauration des LDPC susceptibles de fonctionner dans les milieux divers des pratiques médicales canadiennes. Les chercheurs ont recommandé la création d'un forum national rassemblant les gestionnaires de régimes publics et privés d'assurance médicaments qui jetterait davantage de lumière sur la mise en œuvre des LDPC, sur les pratiques de prescription et sur les priorités de la recherche et de la collaboration à venir.

L'étude a permis de constater que l'inquiétude la plus marquée quant à l'utilisation des LDPC portant sur la prescription de médicaments touchait leur mise en œuvre, leur diffusion et leurs stratégies de suivi car la cote moyenne d'évaluation dans ces trois domaines précis n'a été que de 5 %. Les responsables des régimes publics d'assurance médicaments de tout le Canada évaluent déjà une vaste gamme de programmes et d'initiatives qui recourent aux LDPC pour formaliser les pratiques de prescription. Des LDPC de qualité élevée ont le pouvoir d'améliorer la qualité et la rentabilité des soins de santé si elles sont diffusées efficacement et correctement dans différents milieux. Elles seront utiles car elles fourniront des données normalisées et à jour pouvant servir de base d'information non seulement aux praticiens comme le D<sup>r</sup> Marshall et aux régimes provinciaux d'assurance médicaments, mais pourront aussi donner une assise à l'éventuelle élaboration future d'une approche nationale de l'utilisation efficace et efficiente des médicaments sur ordonnance par tous les Canadiens.

**Exemple 2 Aide à la prise de décisions**  
**QC427 Application de la méthodologie Autocontrôle pour une utilisation efficace des tests diagnostiques**

D'après des études récentes, il arrive que l'on administre inutilement des tests diagnostiques et il n'est pas rare que les tests diagnostiques soient faits deux fois. Le présent projet, qui s'est déroulé au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Québec), cherchait à améliorer l'utilisation des ressources par l'introduction d'une méthode d'autorégulation à l'usage des professionnels de la santé, afin de juger de leurs besoins d'information diagnostique et de la meilleure façon d'y répondre tout en permettant des changements aux tests diagnostiques, l'élimination de la duplication et la promotion de l'innovation.

Alors qu'il était résident junior, Chris s'est rendu compte qu'il ordonnait souvent, par routine, des tests diagnostiques pour ses patients mais n'était pas certain que cette pratique reposait sur des données probantes empiriques. Il soupçonnait que des tests étaient commandés sans nécessité et que des économies importantes pourraient découler de l'ordonnance, uniquement, des tests nécessaires à l'état présenté par le patient. Il s'inquiétait aussi du fait qu'il n'était pas seul, dans le système, à commander tous ces tests. Bien qu'il se rende compte que la modification de ses pratiques et de celles de ses collègues allait être difficile, il voyait l'importance de faire bon usage des ressources et de donner à ses patients les meilleurs soins possibles. Il a été ravi de pouvoir participer à une étude sur les notions fondamentales de modification des pratiques dans une unité de soins, concentrée sur cinq des tests commandés le plus fréquemment et de la façon la plus routinière pour les patients hospitalisés. Le projet a permis d'élaborer un modèle axé sur la circulation de l'information et de l'intégrer à trois niveaux : une unité de soins où travaillait Chris, le continuum des soins entre l'unité de Chris et les autres unités et un organisme professionnel interinstitutionnel. Chris et les autres chercheurs ont dégagé les tendances des demandes de tests diagnostiques des cas routiniers ainsi que des cas complexes et ont analysé les données tirées du système informatique de l'hôpital sur les tests de routine ainsi que la documentation sur le recours excessif aux tests diagnostiques afin de discerner les domaines préoccupants et la possibilité d'amélioration.

Il a été déterminé qu'une réduction des tests de routine produirait des économies pouvant atteindre 30 % par unité de soins. Chris a découvert que la plupart des tests commandés pour les patients hospitalisés le sont par des étudiants en médecine inexpérimentés et par des résidents relativement récents. Les résultats du projet ont fait ressortir plusieurs facteurs clés pouvant aider à introduire un changement des pratiques d'ordonnance de tests : des stratégies d'information devaient être élaborées pour les étudiants inexpérimentés et les résidents comme Chris afin d'améliorer le caractère adéquat de leurs pratiques d'ordonnance; les occasions de critique intraprofessionnelle et interprofessionnelle seraient cruciales pour les changements aux pratiques de commande de tests diagnostiques, il faudrait décourager les tests de routine pour favoriser les protocoles propres aux affections et exiger une justification pour les

demandes de tests. Bien que Chris et ses collègues se soient rendu compte qu'il est difficile de modifier des pratiques routinières et qu'il faudrait investir davantage de temps et d'efforts une fois qu'aurait pris fin l'ordonnance routinière des tests diagnostiques, le résultat final serait une amélioration des soins prodigués aux patients et une utilisation plus responsable des ressources.

*Autocontrôle*, le modèle de pratique élaboré pour Chris et ses collègues, est devenu une méthodologie de modification de la pratique appuyant l'évaluation concurrente des données cliniques et administratives. Des ressources d'information médicale et d'expertise ont été nécessaires pour relier les technologies de l'information et améliorer la communication entre les divers organismes et unités. L'étape suivante de la démarche de prise de décisions axée sur les données probantes consistait à appuyer la précision et l'à-propos des décisions en intégrant des outils d'analyse de l'information à la gestion des pratiques.

Ce modèle de pratique de la prise de décisions axée sur les données probantes, en matière de commande de tests diagnostiques, est transférable à tout établissement où les fournisseurs de soins de santé exécutent des ordonnances médicales. Il permet également de discerner les types de supports d'informations nécessaires pour apporter des changements dans le domaine de la pratique. Les systèmes d'information deviendront de plus en plus des véhicules d'appui à l'analyse des pratiques, permettant l'intégration des données probantes et de la rétroaction. Il importe que les méthodologies de modification des pratiques s'intègrent à la formation des professionnels de la santé comme Chris et à la culture du système de santé dans son ensemble car il existe un besoin d'enseigner les principes de changement des pratiques dès le début de la carrière afin que le questionnement continu des pratiques complexes s'exerce.

## **Technologie de l'information : a) Outils b) Systèmes (15 projets)**

### **Résultats constatés par les équipes de projet**

- ❑ Une capacité d'analyse et de signalement de données valables et fiables dont peuvent se servir tous les intervenants (fournisseurs, administrateurs, pouvoirs de planification et d'élaboration des politiques); dans un site, on a eu le sentiment qu'une somme importante d'information sur le recours aux soins à domicile et sur les dépenses en la matière pourrait découler de l'établissement de liens entre les données administratives et les données d'évaluation des clients.
- ❑ Réduction du temps consacré aux évaluations et hausse de la disponibilité des ressources par suite de l'automatisation des outils.
- ❑ De meilleurs services et de meilleurs résultats pour la santé dans le cadre des budgets existants par le biais d'une réaffectation des ressources attribuable à l'amélioration de la technologie.
- ❑ Reflet précis des besoins des clients et des soignants et, partant, amélioration des soins et augmentation de l'équité et de l'objectivité en matière d'accès aux ressources.
- ❑ Le projet a aidé les planificateurs de soins de santé à faire l'usage le plus rationnel et le plus efficace possible des ressources communautaires avec l'assurance que toutes les options de soin locales viables avaient été épuisées.
- ❑ Il a aidé les communautés à mieux planifier les services qu'elles offrent.
- ❑ Potentiel d'un degré élevé de prévisibilité de l'utilisation future des ressources.
- ❑ Potentiel de prestation de services de santé dans les communautés nordiques et éloignées; encouragement du maillage et de la communication entre les fournisseurs ruraux et urbains de soins de santé et les familles et fourniture, à ces intéressés, de sources d'information fiable sur les soins à donner aux groupes ciblés.
- ❑ Internet est devenu une source populaire d'information relative à la santé; la technologie des vidéoconférences a gagné en popularité pour les consultations cliniques et la formation médicale.
- ❑ Les patients qui ont été en mesure de consulter des spécialistes des grandes villes grâce à des liens technologiques ont fait l'économie de leur frais de déplacement.
- ❑ Un cadre efficace de collaboration a été élaboré pour relier l'information provinciale sur la santé à une base de données nationale de compétence fédérale, ce qui a permis la formation d'un réseau d'expertise dans les centres universitaires; les liens de données ainsi élaborés permettent la comparaison interprovinciale, proposent des possibilités de recherche sur les effets qu'ont les déterminants de la santé sur le recours aux services de santé et sur les résultats en matière de santé ou sur l'effet des événements de santé et du recours aux soins de santé sur d'autres facteurs (emploi, revenu, statut psychosocial).

- ❑ Les facteurs ayant joué sur le succès des initiatives ont été : la perception, parmi les professionnels de la santé, que leurs rôles se complétaient plutôt que de se faire concurrence; la compétence des partenaires techniques; l'appui officiel du ministère de la Santé; l'opinion générale voulant que l'initiative constitue une réaction constructive aux pressions de rentabilité et qu'elle serve les besoins tant des patients que des professionnels tout en permettant d'épargner du temps, de préciser l'information et d'améliorer les soins donnés aux patients.
- ❑ Les progrès de la technologie de l'information relatifs aux soins de santé sont généralement tributaires de partenariats entre les secteurs public et privé, qui posent des défis auxquels font face les différentes cultures organisationnelles dans leur interaction : dans ce genre d'initiative, le secteur public a besoin de l'expertise du secteur privé et le secteur privé doit comprendre les complexités du système public de soins de santé.

## **Preuve du changement et amélioration du cycle de vie des projets**

### **Difficultés**

Les points soulevés portaient surtout sur la capacité sociale et technique de mise en œuvre de la technologie de l'information.

- ❑ L'utilisation des outils prescrits a ajouté à la charge de travail déjà lourde des fournisseurs.
- ❑ L'instauration s'est trouvée compliquée du roulement fréquent du personnel.
- ❑ Les difficultés inhérentes à l'infrastructure, comme les défauts de câblage, l'espace nécessaire au matériel ou le besoin de mobilité, auraient dû être prévues mais ne l'ont pas été.
- ❑ La formation dépendait largement du recours aux pairs; les fournisseurs de services avaient besoin d'appui et de mentorat pour être plus à l'aise dans l'utilisation des ressources électroniques.
- ❑ Des normes nationales d'encodage des données sont nécessaires pour assurer l'uniformité et la cohérence entre compétences.
- ❑ Des difficultés au chapitre des télécommunications, comme le caractère inadéquat du matériel ou des logiciels, ou leur coût, qui ont été à la source de retards et de frustrations, et le temps passé à réparer et à ajuster l'équipement, qui a parfois dépassé le temps passé à donner des services.
- ❑ Les questions de sécurité et de consentement sont demeurées sans solution.
- ❑ Coût élevé des installations satellitaires et de l'équipement connexe de communication; absence de mécanisme de remboursement des médecins pour leurs consultations en télémédecine.
- ❑ Besoin d'effectuer un suivi des travaux de formation des utilisateurs, de soutien technique, de capacité technique (comme les dispositions de vidéoconférence multipoints); besoin de ressources humaines.



- ❑ La diversité des lois, politiques et procédures permettant d'assurer le respect du caractère confidentiel des renseignements personnels en matière de santé et l'absence de politiques et de procédures d'appui au partage des données entre les provinces ont compliqué la recherche et la comparaison de données sur les services de santé et sur la santé de la population dans les différentes provinces.
- ❑ Les écarts entre provinces au chapitre de l'information recueillie ont rendu difficile le travail de comparaison des données.
- ❑ L'infrastructure du matériel et des accès Internet a requis l'appui de ressources en information électronique, ce qui n'existait pas chez tous les fournisseurs et a posé des problèmes d'accès à l'information.
- ❑ Les médecins ont préféré les moyens conventionnels de communication aux méthodes informatisées de suivi des patients; du point de vue clinique, il n'ont pas jugé cette dernière approche assez utile pour justifier son insertion à leurs pratiques standard.

**Exemple 1 Technologie de l'information - Les systèmes**  
**NA402** **Projet national de recherche sur la télémédecine des Premières nations** (Études parallèles : **NA0128, NA0161, QC323, NA403, NA366, NA0161, QC305, AB301-19, ON121**)

Plusieurs communautés inuites et Premières nations, au Canada, sont isolées, n'ont qu'un accès limité aux services de santé publique et tendent à être en moins bonne santé que la moyenne canadienne. Au cours des dernières années, plusieurs provinces et territoires ont élaboré diverses initiatives, mais la prestation de services dans les réserves sous compétence fédérale dépasse leur mandat. Louise est une fournisseuse de soins infirmiers qui s'inquiète depuis longtemps de la qualité des soins qu'elle prodigue à Jim, son client de santé mentale, car il est très difficile à celui-ci d'accéder à des spécialistes sans parcourir de grandes distances hors de sa collectivité. Elle voudrait être en mesure de donner à tous ses clients de santé mentale des soins infirmiers de qualité mais n'a ni l'expérience, ni l'expertise, ni les connaissances à date de la pratique infirmière auprès de cette population complexe. Ce sont là quelques-unes des raisons pour lesquelles les projets de télémédecine ont été planifiés, mis en œuvre et évalués dans cinq communautés des Premières nations (un par province de l'Ouest et un au Québec. Ces projets recourent à des technologies nouvelles pour la prestation d'une gamme de services, y compris la gestion du diabète, la santé mentale, la réadaptation, la dermatologie, l'oto-rhino-laryngologie et la médecine d'urgence. On a utilisé, dans les sites des projets, diverses technologies comme la vidéoconférence en temps réel pour la consultation de spécialistes, un système d'emmagasinage des données et de transmission des données par Internet, l'éducation permanente du personnel et des administrateurs de la santé par le biais de la télémédecine et une technologie permettant aux membres de la communauté de « rendre visite », au sens virtuel, à des membres hospitalisés de leur famille. Cela signifiait d'importantes améliorations à l'accès aux services car les gens pouvaient désormais être traités directement dans leur

communauté par le truchement de liens électroniques avec des experts de la santé. La nouvelle technologie a aussi accru les possibilités de formation des fournisseurs et du personnel de santé isolé qui pouvait dès lors accéder à la formation, à l'information et à l'expertise propres à leur champ de pratique.

Pour que les communautés inuites et des Premières nations puissent se brancher les unes aux autres et prendre part à des initiatives mixtes, il fallait normaliser et rendre interopérable le matériel de télémédecine. L'adoption fructueuse des technologies de télémédecine a varié selon les communautés. Le principal prédicteur du succès était la stabilité du personnel et, pour cette raison, le roulement de personnel a constitué la plus grande difficulté dans les cinq sites sous étude. La coordination de la télémédecine a exigé un personnel supplémentaire ayant des qualifications médicales pour faciliter la communication avec les fournisseurs éloignés. Cela a représenté un défi pour Louise, qui vivait déjà le stress de constituer la moitié du personnel infirmier de sa modeste collectivité aux prises avec une pénurie chronique d'infirmières. Comme les fonctions de coordination de la télémédecine ont tout simplement été ajoutées à la charge existante de travail infirmier de Louise, l'alourdissement de son fardeau a ralenti la mise en œuvre complète de la technologie.

Les nouveaux projets de télémédecine ont produit une réduction des besoins de transfert de patients de la communauté de Louise ayant besoin de soins spécialisés. Cela a signifié qu'elle pouvait prendre part aux cours d'éducation permanente, qui lui ont donné la confiance nécessaire pour traiter Jim, sans devoir quitter la communauté. La qualité des soins donnés par télémédecine a été équivalente aux normes locales, sinon supérieure, et a mené à une hausse de la confiance de fournisseurs comme Louise, leur sentiment d'isolement s'en trouvant réduit. En général, les plates-formes vidéo interactives ont été considérées comme les plus fiables et les plus faciles d'emploi car les besoins de formation variaient selon la complexité des nouvelles technologies introduites.

Ce projet a démontré que la télémédecine peut être implantée avec succès dans les communautés isolées des Premières nations et qu'elle a un taux de succès très élevé, particulièrement là où il existe des liens bien établis avec les réseaux provinciaux existants de télémédecine. Il peut en résulter un meilleur accès des patients à des soins de qualité et des relations plus solides avec les fournisseurs externes d'éducation et de soins de santé. Dans toutes les communautés, on a senti que l'initiative de télémédecine avait muni le personnel local de nouvelles compétences très bien accueillies, avait nettement amélioré l'accès à l'expertise externe et avait amélioré la qualité des soins prodigués aux patients. Les résultats du projet sont transférables à d'autres communautés éloignées, mais le succès de leur instauration dépend de la stabilité du personnel, de l'acceptation de la communauté, de solides relations avec les fournisseurs éloignés, des systèmes provinciaux de télémédecine, d'une technologie et d'appuis efficaces.

**Exemple 2 Technologie de l'information b) Outils**  
**MB121/122 Système d'information pilote pour les soins à domicile à Winnipeg**  
(Étude parallèle : **ON421**)

Même si les plans de soins à domicile jouent un rôle croissant dans le système canadien de soins de santé, il s'est fait peu d'études systématiques de ce rôle, et il y a eu très peu d'activités d'élaboration de systèmes d'information pour les soins de santé en vue de l'évaluation ou de la surveillance. À une époque où diminuent les ressources de santé et où grandit l'intérêt envers les soins communautaires, il faut disposer d'instruments fiables de mesure de la qualité, de l'efficacité et de l'efficacités des soins dans les collectivités et dans les établissements. La cueillette systématique de données est nécessaire à la planification et à la prestation de services accessibles, complets et intégrés capables d'éviter à des clients comme Peggy d'avoir à sans cesse répéter les mêmes renseignements de santé quand changent les dispositions en matière de santé ou quand de nouveaux fournisseurs de services apparaissent. De tels instruments pourraient aussi garantir l'accessibilité de ses données de santé à tous les membres de l'équipe de soins et la cohérence du niveau de soins qu'elle reçoit, quels que soient le secteur et la compétence. Deux projets connexes, au Manitoba, ont lancé un système informatisé d'information pour les soins à domicile recourant à deux instruments : l'outil informatisé de présélection, d'évaluation et de planification des soins, ou SACPAT (pour *screening, assessment and care planning automated tool*), élaboré par Santé Manitoba en tant que norme provinciale, et l'instrument d'évaluation des résidents aux fins des soins à domicile RAI données minimales (en anglais RAI-HC pour *Resident Assessment Instrument – Home Care*), un outil élaboré par un consortium international sans but lucratif de chercheurs et de cliniciens que tous tenaient déjà en haute estime pour sa validité et sa fiabilité. Ces projets visaient à mener une évaluation comparative des deux outils en mettant à l'épreuve la fiabilité et la validité du SACPAT dans certains sites tout en évaluant le recours au RAI données minimales dans d'autres sites afin de déterminer lequel des deux répondait le mieux aux besoins d'évaluation informatisée des soins à domicile au Manitoba.

Les projets ont posé des problèmes à tous les stades, depuis la mise en œuvre du RAI données minimales, qui s'est faite alors que deux autorités sanitaires fusionnaient, exigeant la création d'une plate-forme matérielle et d'infrastructure pour plus de 300 utilisateurs répartis dans 15 bureaux de soins à domicile. L'instauration et la mise à l'épreuve accélérées des logiciels élaborés à l'appui du recours au RAI données minimales a exigé beaucoup de ressources car il fallait reconfigurer les sites de test dont le câblage était déficient et les liens de télécommunication en plus de donner des séances de formation aux utilisateurs, puisant largement pour cela parmi les pairs en tant que formateurs. L'automatisation, toutefois, a nettement réduit le temps nécessaire à l'exécution des évaluations, ce qui devrait se traduire par une disponibilité accrue des ressources.

Une étude menée en Ontario, qui comportait quatre sous-études, a examiné les divers instruments de RAI utilisés dans des projets pilotes de soins intensifs et post-intensifs, de santé mentale, de soins à domicile et de soins en établissement. Les instruments d'évaluation introduits avec succès comprenaient ceux qui appuyaient les systèmes intégrés d'information sur la santé (SIIS), un ensemble valable, fiable et cliniquement pertinent d'indicateurs de la qualité des soins à domicile (IQSD), un système de classification des cas psychiatriques analogues (RAI-MH) et un système de pointe de classification des maladies analogues aux fins du financement à long terme et de la prestation de soins complexes de longue durée (RUG-III pour *Ressource Utilization Groups III*). L'outil sur les soins de courte durée a dû être étudié davantage avant d'être prêt à l'usage clinique routinier.

Les instruments RAI, qui peuvent s'articuler les uns aux autres pour garantir la continuité des soins et la comparabilité des données dans plusieurs secteurs du système de soins de santé, ont été jugés valables et fiables. Les données fournies à tous les niveaux d'analyse et de signalement, et les protocoles générés par les outils d'évaluation, ont confirmé leur capacité de refléter avec précision les besoins des clients. Les projets ont créé une perspective critique de la faisabilité du réinvestissement dans des systèmes de cueillette des données dans le but de fournir une assise d'information plus détaillée aux politiques et à la planification au Manitoba et en Ontario pouvant s'appliquer dans toutes les compétences. Le Manitoba et l'Ontario ont choisi RAI données minimales en tant qu'outil informatisé commun d'évaluation des soins à domicile pouvant fournir des données à l'attribution des ressources, à la mesure du rendement, à l'aide à la prise de décisions, au contrôle de la qualité, à la référencement et à la planification stratégique. RAI données minimales est le premier élément de la création d'un dossier électronique de santé pour une gamme de soins de santé de longue durée. Les outils RAI pour les soins à domicile, la santé mentale, les soins de longue durée et les soins post-actifs sont assez raffinés pour servir aux pratiques cliniques normales au Canada de nos jours, aux fins du suivi des indicateurs de la santé et pour guider les stratégies de santé de la population. L'utilisation routinière des outils RAI dans de multiples secteurs peut améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins prodigués à des clients comme Peggy, appuyer la prise de décisions axée sur les données probantes des fournisseurs de services et établir des systèmes de financement plus équitables. Les responsables des politiques peuvent, par son intermédiaire, avoir accès à une base de données probantes et fiables susceptible de les aider à déterminer les résultats des interventions en matière de politique et à évaluer les besoins de populations entières, plutôt que de secteurs étroits.

## **Intégration de la prestation des soins / des services (49 projets)**

### **Résultats constatés par les équipes de projet**

- ❑ Accès amélioré aux soins; aspect pratique pour les clients; dans certains cas, un seul point d'accès; abrégement de la période d'attente.
- ❑ Niveau élevé de satisfaction et de confiance chez les clients, les soignants et les fournisseurs.
- ❑ Réduction du fardeau des soignants.
- ❑ Approche interdisciplinaire de la clientèle ciblée; options accrues de suivi systématique de ces groupes.
- ❑ Le système de partage de l'information a accru l'efficacité en rehaussant la disponibilité de l'information; des structures et processus décisionnels centrés sur les médecins de famille ont été élaborés afin de faciliter leur communication avec les autres membres de l'équipe.
- ❑ Les activités clés d'appui à la mise en œuvre ont inclus la formation, la participation des médecins aux comités de planification, la rémunération des activités de gestion du changement.
- ❑ Hausse de la communication et de la collaboration parmi les disciplines et organismes; facilitation et amélioration de la compréhension des rôles des membres de l'équipe; les activités ont été plus productives quand les gens ont dépassé les bornes de leurs propres rôles et organisations et ont utilisé les ressources de projet pour aborder les questions transversales de soins de santé.
- ❑ Réduction du doublement des efforts entre fournisseurs et entre institutions et programmes; plus grande facilité, pour les fournisseurs, à faire des aiguillages et à assurer une meilleure continuité des soins; moins de fragmentation des services; meilleure utilisation des ressources.
- ❑ Programmation multidisciplinaire et normes communes de soins; dans certains cas, montage d'équipes cliniques à expertise spécialisée; partage des connaissances et des habiletés; modification des pratiques professionnelles.
- ❑ Qualité améliorée des soins et efficacité rehaussée par l'élaboration de Lignes directrices concernant la pratique clinique et de plans de soins intégrés.
- ❑ Recours réduit aux ressources hospitalières (moins d'hospitalisations et de visites en salle d'urgence, hospitalisations plus brèves); moins de visites au médecin de famille; davantage d'aiguillages vers les soins à domicile; hausse du recours aux services ambulatoires; baisse de l'utilisation des établissements et meilleure utilisation des installations de soins primaires.
- ❑ Meilleurs résultats pour la santé des clients et meilleure conformité des clients aux soins recommandés; les patients ont fait montre de plus de motivation et d'une meilleure

aptitude à surveiller et à gérer leur état; cela peut, en retour, réduire la durée et le nombre des visites de suivi nécessaires.

- ❑ L'intégration financière a facilité l'élargissement de la portée et la hausse du niveau des services communautaires et a permis, dans nombre de projets, la réalisation d'économies.
- ❑ L'intégration des fonctions de supervision et de gestion de programme a donné plus de structure, une meilleure supervision et davantage de formation aux fournisseurs, ce qui a rehaussé le professionnalisme des services et amélioré la confiance en soi des travailleurs.
- ❑ Reconnaissance d'une gestion plus intensive des cas de clients ayant des besoins complexes.
- ❑ La répartition des coûts entre l'établissement et la collectivité a été modifiée; l'importance des stratégies locales de mobilisation des approches communautaires est devenue manifeste car les environnements propres aux patients jouent un rôle important dans le renforcement des changements de style de vie.
- ❑ La clé du succès se trouvait dans la nature des innovations introduites, qui étaient locales et progressives; la quantité et la qualité des nouveaux services offerts aux patients a été un facteur important de l'influence exercée sur la décision des médecins de prendre part au projet.
- ❑ Les projets ont illustré la coopération interprofessionnelle et interinstitutionnelle dans l'amélioration de la gestion des maladies chroniques; une intégration et une coopération améliorées sont propices à l'établissement de services plus complets pour les malades chroniques.
- ❑ L'appui et la participation de partenaires locaux, régionaux et suprarégionaux (autorités en matière de santé publique) et de partenaires universitaires sont essentielles à l'instauration des services intégrés et des systèmes d'information.

## Difficultés

- ❑ Absence de soutien des décideurs de niveau élevé envers l'intégration; besoin d'une structure de régie pour élaborer une vision stratégique à l'appui de l'intégration clinique.
- ❑ Besoin critique de leadership pour entamer le changement, créer et conserver l'élan.
- ❑ Besoin d'un système d'information intégrée et d'appui pour permettre aux professionnels de la santé d'intégrer la technologie à leur pratique; l'acquisition et l'instauration des outils technologiques ont été difficiles et chronophages.
- ❑ La continuité du nouveau modèle de pratique en vue de l'intégration a souvent été compromise par le roulement constant du personnel participant au projet.
- ❑ La distance physique séparant les uns des autres les membres du groupe de travail a compliqué la collaboration et la planification.
- ❑ L'accès 24 heures par jour, 7 jours par semaine, à des services d'aiguillage était inexistant.
- ❑ Il était difficile d'obtenir des données sur la santé de la population; il faut passer à un financement axé sur la population pour les services de soins primaires, y compris les services des médecins; on a recommandé une formule de financement permettant de rembourser aux médecins leurs modèles substitutifs de pratique.

- ❑ Dans certains cas, la nature de court terme du projet a fait que ses impacts quantifiables sur les services et sur les résultats pour la santé n'ont pas été faciles à discerner.
- ❑ La politique en matière de rémunération (le statu quo) débordait du mandat des projets mais a constitué un important facteur d'influence sur la disposition et sur l'aptitude des professionnels de la santé à travailler en équipe; si les médecins doivent prendre part à la démarche d'atteinte du consensus, il faut élaborer de nouveaux processus de représentation (et de nouveaux incitatifs financiers).
- ❑ La diversité des groupes participants a rendu difficile l'atteinte d'une compréhension et d'une acceptation à base large des approches interdisciplinaires et des principes des soins primaires; il a régné une certaine confusion parmi les rôles et les responsabilités de certains des professionnels des soins de santé.
- ❑ Besoin de modifier la formation des professionnels de la santé, d'en rehausser les occasions de programmation interdisciplinaire et coopérative dans les études de base et la formation continue.
- ❑ Il faut un leadership gouvernemental pour établir les normes et fournir le financement nécessaire à la prise en charge de la gamme complète des services de soins primaires, particulièrement en matière de prévention de la maladie, de promotion de la santé et de services d'appui.
- ❑ Le brouillage des limites entre les niveaux de soins a constitué un défi de première importance, tout comme la fragmentation de la gestion.

**Exemple 1    Intégration de la prestation des soins / des services  
NA404        Système de services intégrés pour personnes âgées en perte  
                  d'autonomie (SIPA) - Simulation per capita**

Depuis qu'Ethel avait atteint ses 83 ans, elle a des moments de faiblesse et de confusion, ce qui ne l'aide en rien dans la gestion de ses médicaments et ne l'aide pas non plus à s'habiller. Son essoufflement, qui découle d'une insuffisance cardiaque globale, et des chutes fréquentes font qu'elle se présente plusieurs fois par mois à la salle d'urgence. Elle veut continuer à vivre seule mais craint que ses chances d'y arriver ne soient fortement limitées, aussi s'était-elle mise à envisager sérieusement la suggestion de sa voisine de s'installer dans un établissement de soins prolongés. Mais par la suite, Ethel a entendu parler du SIPA. Selon ce nouveau modèle de soins, un système exhaustif et axé sur le patient de soins médicaux et sociaux pour personnes âgées en perte d'autonomie, comme Ethel, centré sur la prévention, la réadaptation et les services à domicile réduirait l'utilisation non indiquée et coûteuse des hôpitaux et établissements de soins de courte durée. Dans ce modèle de soins intégrés, Ethel a profité d'une intervention proactive (gestion du risque) visant à éviter les effets cliniques adverses et les coûts accrus de l'intervention en situation de crise. Elle a été en mesure de jouir de services comme une ligne téléphonique de soins infirmiers active 24 heures par jour, des visites à domicile d'infirmières, l'appui d'une équipe médicale (coordonnateur médical, gériatre et

généraliste qu'elle peut joindre au téléphone 24 heures par jour) et l'accès à un médecin de famille qui a accepté de prendre part au projet, plus les services d'un gestionnaire de cas ayant la responsabilité et l'obligation redditionnelle de la gamme entière des services dont elle jouit. Des équipes multidisciplinaires coordonnaient tous les services sociaux et de santé d'Ethel, y compris la promotion de la santé, la réadaptation, les médicaments, les aides techniques, le soins de courte et de longue durées tout au long du continuum. Les thèmes hiérarchisés d'intervention spécifique de cette équipe comprenaient la nutrition, la dépression, la sénilité, l'appui aux corvées, les chutes, la médication, la vaccination contre la grippe et l'intervention en cas d'arrêt cardiaque. Le plan de soins d'Ethel a été élaboré à l'aide de protocoles interdisciplinaires axés sur les données probantes. L'entière responsabilité clinique et financière des services auxquels recourt Ethel relève de ce programme intitulé Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA).

Les soins intensifs à domicile, la rapidité de communication et de réaction et le recours aux centres de jour et à l'aide au logement ont permis d'éviter ou de réduire les coûteuses visites d'Ethel à la salle d'urgence et ses longues hospitalisations. Son infirmière visiteuse lui a parlé des ressources communautaires disponibles et elle a commencé à y recourir. Elle lui a aussi démontré qu'elle n'avait pas à emménager tout de suite dans un établissement, ce qui l'a aidée à éviter une institutionnalisation précoce et injustifiée. Le SIPA visait non seulement les personnes âgées admissibles dans les maisons de soins (comme l'ont démontré d'autres projets canadiens et internationaux), mais aussi les personnes âgées en perte d'autonomie ayant des handicaps, comme Ethel, qui ont besoin d'aide pour demeurer dans la collectivité et qui tirent profit de l'intervention proactive, de la prévention et de la réadaptation. Le projet a prouvé la faisabilité et la rentabilité d'un système intégré d'organisation, de financement et de prestation de services aux personnes âgées en perte d'autonomie, d'une manière apte à préserver leur autonomie et leur capacité de choisir des solutions adéquates. En conséquence, les personnes ayant reçu des soins et leurs soignants ont perçu l'existence d'une qualité supérieure des services et joui d'un plus grand sentiment de sécurité.

Le SIPA constitue pour le système existant de soins de santé un grand défi et un changement profond. Il démontre le potentiel d'un changement de configuration de l'utilisation des ressources et de la réduction des hospitalisations non indiquées en soins actifs tout en maintenant ou en haussant, de façon économique, le degré de satisfaction. Il modifie en partie la répartition des coûts entre les services institutionnels et les services communautaires, modifie la configuration de l'utilisation des services et promeut un modèle de financement et de prépaiement universel, à payeur unique et à gestion publique doté d'un budget per capita. La démarche empruntée par le SIPA pour analyser les soins et services et pour modifier les pratiques et la gestion des cas atteste de l'applicabilité de ce programme de services intégrés. Le fait que le conseil de santé régional de Montréal ait décidé de mettre en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie, en partant du modèle du SIPA, en prouve le succès. Avant qu'une réforme en profondeur du système actuel puisse être proposée, il faut régler les problèmes révélés par le projet. La prochaine étape, en conséquence, consiste à monter des projets de démonstration dans d'autres compétences afin d'enrichir



l'expérience des soins intégrés dans le contexte canadien et d'évaluer le SIPA en tant que modèle efficace et économique. Il en résultera l'intégration de tout le financement public des services sociaux et de santé prodigués, y compris celle des fonds qui, à l'heure actuelle, sont remis aux organismes de soins à domicile, aux établissements de soins de courte durée et de réadaptation, aux établissements de soins de longue durée, aux médecins et aux fournisseurs de médicaments. Par la suite, les personnes âgées en perte d'autonomie comme Ethel n'auront à garder en mémoire qu'un seul numéro de téléphone quand elles croiront ne plus pouvoir reprendre leur souffle. Elles connaîtront la personne avec laquelle elles communiqueront et auront confiance en elle.

**Exemple 2    Intégration de la prestation des soins / des services  
NA305        Projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins  
                  primaires pour la Première nation Eskasoni**

Même si, en sa qualité de membre d'une Première nation, Kim avait depuis longtemps accès à des soins primaires et à des services de santé communautaire, elle s'inquiétait du manque de coordination et d'intégration de ces services. Elle-même et sa famille avaient accès à nombre de services, mais il lui semblait que la main droite ne savait pas ce que faisait la main gauche et qu'elle devait fournir souvent les mêmes renseignements. Il lui a souvent fallu partir de sa collectivité du Cap Breton pour obtenir les soins dont elle avait besoin, ou alors s'en passer. Elle se faisait du souci quant à ses besoins de jeune mère, tout comme au sujet des besoins de sa famille et de sa collectivité, où nombre de ses amis vivaient des problèmes de santé relatifs à la consommation d'intoxicants, au diabète, aux cardiopathies et aux pneumopathies.

Elle a été particulièrement intéressée quand sa collectivité de Nouvelle-Écosse a décidé de mettre en œuvre un modèle holistique de prestation des soins primaires et d'améliorer les installations de fourniture de tels services. Cela signifiait que Kim et sa famille pourraient faire l'objet d'une approche coopérative multidisciplinaire à laquelle participeraient son médecin, des services d'infirmière visiteuse, des services d'éducation en matière de santé et de nutrition et des services pharmacologiques, directement dans son milieu. Il en découlerait également l'intégration de ces soins aux programmes de santé communautaire auxquels elle devait avoir accès, comme les services de santé publique assurant le programme d'immunisation de son enfant de quatre ans et l'aidant dans son régime d'allaitement, fournissant des soins à domicile à sa mère, qui était en perte d'autonomie et, à Kim, des soins prénatals en prévision de l'arrivée de son prochain bébé, ainsi que des services pour son mari, atteint de diabète de type 2.

Le projet lancé dans la collectivité de Kim comprenait : le transfert de l'administration des soins de santé du gouvernement fédéral à la bande, la modification des services des médecins (la pratique autonome et la rémunération à l'acte cédant le pas à une clinique à médecins et disciplines multiples), la construction d'un nouveau complexe hospitalier (services de logement dans la collectivité et visite de professionnels externes), l'utilisation plus avisée des

médecins, hôpitaux et médicaments sur ordonnance, l'intégration des services des médecins aux programmes de santé communautaire et l'établissement de liens avec le centre de santé régional. Le modèle améliorait l'efficacité et l'efficacité des programmes offerts à Kim et aux autres résidents de sa collectivité. Elle était heureuse que sa famille, ses amis et ses voisins puissent avoir accès à une gamme plus étendue de soins primaires sans devoir se déplacer grâce à cette équipe élargie de fournisseurs de services locaux, de services de visite et de programmes spécialisés axés sur la télémédecine.

En conséquence des modifications apportées à la prestation des soins de santé dans sa collectivité, Kim a désormais accès à différents services de soins primaires, sa période d'attente est moins longue et elle fait un usage plus éclairé de son médecin de famille, du service d'urgence et des cliniques externes de son centre hospitalier régional. Elle a remarqué que l'intégration des services s'était améliorée et qu'il régnait désormais une collaboration nouvelle avec un autre centre hospitalier dans plusieurs domaines clés. Des économies appréciables ont résulté de l'utilisation rationnelle des services, de la consommation judicieuse de médicaments sur ordonnance et des transports à des fins médicales. Kim, sa famille et leurs fournisseurs de soins de santé ont été très satisfaits de la nouvelle approche.

Il faut toutefois savoir que, bien que la collectivité de Kim ait généralement fait montre d'enthousiasme envers le projet de soins primaires, elle a vécu une période de « fatigue face à la recherche » par suite de ce qu'elle a perçu comme des enquêtes, études, questionnaires et activités connexes interminables et apparemment stériles au sujet de projets passés. Dans le cadre du présent projet, les chercheurs étaient au courant de cette dynamique et, en tout temps, se sont appliqués à donner de la rétroaction à la collectivité et à l'assurer que ses avis contribuaient à l'amélioration du système alors à l'étude.

Certains des résultats du projet sont propres aux collectivités autochtones, mais nombre d'autres, comme les stratégies de recrutement de médecins de famille, la mécanique d'établissement d'une pratique multidisciplinaire et le comblement de l'écart entre les fournisseurs de soins primaires et le personnel de santé communautaire, sont largement applicables à toute collectivité canadienne désireuse d'instaurer un modèle plus économique et mieux intégré de prestation des soins primaires.

### **Exemple 3    Intégration de la prestation des soins / des services ON428        Stratégie coordonnée pour les accidents cérébrovasculaires**

Quand Ted a senti son bras s'engourdir soudain et s'est mis à avoir de la difficulté à parler, la description des premiers signes d'un accident cérébrovasculaire, qu'il avait récemment entendue à la télévision, lui est revenue à l'esprit. Comme il reconnaissait ces signes, il a immédiatement obtenu de l'aide à l'urgence de son hôpital et en conséquence, s'est épargné grâce à cette intervention précoce, les conséquences d'un accident cérébrovasculaire complet.

Comme la Fondation de l'Ontario des maladies du coeur avait lancé sa Stratégie coordonnée pour les accidents cérébrovasculaires dans la région où vit Ted, il a pu recevoir des soins optimaux en matière d'accident cérébrovasculaire et jouir d'une formation sur la façon d'assainir son mode de vie de façon à favoriser la prévention de tels accidents. Le Fonds pour l'adaptation des services de santé a appuyé la Stratégie coordonnée pour les accidents cérébrovasculaires en finançant la dernière année d'une évaluation de trois ans menée dans quatre régions ontariennes, la mise à l'épreuve de deux cliniques pilotes de prévention des accidents cérébrovasculaires pour personnes à risque et l'examen de l'efficacité de diverses méthodes de sensibilisation du public aux signes avant-coureurs d'un accident cérébrovasculaire.

Quatre grands progrès ont été accomplis dans les pratiques exemplaires en matière d'accident cérébrovasculaire au cours de cette initiative, dans toutes les régions de démonstration : la mobilisation des secteurs des urgences et de la pré-hospitalisation dans la prestation du TPA (le traitement qu'a reçu Ted), l'adoption d'une approche organisée et axée sur les données probantes du soin des accidents cérébrovasculaires, y compris la consolidation des soins, la coordination clinique et la normalisation des outils de soin des accidents cérébrovasculaires (outils normalisés d'évaluation, protocoles, pistes, ententes de transport) et des pratiques tout au long du continuum et, finalement, l'édification d'une capacité future de soins exemplaires en matière d'accidents cérébrovasculaires dans tout le continuum.

L'évaluation comprenait des données quantitatives et qualitatives recueillies au moyen d'entrevues et de sondages réalisés en trois vagues dans le but de produire des profils régionaux et provinciaux de progrès. Trois communautés ontariennes d'expérimentation et une communauté de contrôle ont participé au projet pilote de sensibilisation du public. Le projet pilote Central West Stroke Prevention Clinic était centré sur la fourniture d'un accès rapide à l'évaluation précoce, aux tests diagnostiques et au traitement des personnes présentant un risque élevé d'accident cérébrovasculaire dans la région de Hamilton. Le projet pilote South East Prevention était centré sur la mise en œuvre de normes de soins pour les personnes à risque d'accident cérébrovasculaire à l'usage des fournisseurs de soins des services d'urgence, de soins primaires et de soins à domicile du sud-est de l'Ontario. Les constatations tirées de cette stratégie novatrice d'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'intégration des soins critiques en cas d'accident cérébrovasculaire ont permis de montrer comment une clinique de prévention des accidents cérébrovasculaires secondaires peut améliorer la santé en réduisant les facteurs de risque des patients ayant subi un accident cérébrovasculaire tout en réduisant le besoin de soins coûteux des accidents cérébrovasculaires. L'introduction fructueuse de la stratégie reposait sur la coordination serrée des activités et sur l'élaboration et le maintien de relations de coopération parmi les administrateurs, les cliniciens et les organisations d'ordre local, régional et provincial. Les patients ont été satisfaits des services qu'ils ont reçus et de leur période d'attente radicalement réduite, tandis que la rétroaction des médecins de famille a été favorable. La télévision a constitué un média plus efficace que les journaux au chapitre de la sensibilisation du public aux signes avant-coureurs des accidents cérébrovasculaires.

Il s'est produit une évolution marquée dans la manière dont les accidents cérébrovasculaires sont perçus par les fournisseurs de soins de santé et par le public. Les cliniciens ont désormais bien meilleur espoir d'éviter aux victimes d'accidents cérébrovasculaires les effets débilissants de telles attaques et ils croient que la plupart de ces victimes, à l'instar de Ted, peuvent en être nettement moins diminués, grâce aux nouvelles approches de traitement. L'évaluation peint un portrait des effets d'une approche coordonnée du soin des accidents cérébrovasculaires menant à un accès amélioré aux meilleurs soins possibles en cas d'accident cérébrovasculaire. Les modèles de prévention des projets pilotes sont transférables à d'autres compétences ainsi qu'à d'autres états cliniques et le protocole régional d'appui aux soins en cas d'accident cérébrovasculaire est également transférable à d'autres compétences. On reconnaît que le modèle clinique doit être souple pour tenir compte des différences de disponibilité des ressources financières et humaines. Le présent projet a une pertinence vaste car il fait une contribution de premier ordre au règlement des quatre principales causes de décès au Canada, de la principale cause d'incapacité neurologique adulte et d'un état qui représente des coûts importants pour l'économie canadienne. La Stratégie coordonnée pour les accidents cérébrovasculaires a permis la production de manuels de formation ainsi que d'un manuel sur la gestion des accidents cérébrovasculaires aigus à l'usage des médecins et infirmières qui facilitera le transfert à d'autres compétences de cette approche des soins à prodiguer en cas d'accident cérébrovasculaire.

**Exemple 4    Intégration de la prestation des soins / des services  
NS421        Amélioration de l'identification, de l'intervention précoce et des  
soins chez les personnes atteintes de maladies mentales dans la  
communauté : modèle d'intégration de soins primaires en santé  
mentale**

Des études ont démontré que les modèles de soins primaires qui intègrent les travailleurs et les services améliorent la disponibilité, l'accessibilité et la continuité des soins, ce qui peut améliorer les résultats pour la santé des patients. La réduction progressive des ressources de soins de santé, combinée à la désinstitutionnalisation, a fait monter la pression subie par le système de soins en santé mentale, souvent taxé d'inaccessibilité et d'inefficacité. Le présent projet pilote, intitulé « Shared Care », propose un modèle de partage des soins visant à satisfaire à la demande de nouvelles solutions en matière de prestation des soins en santé mentale par la facilitation de l'identification et de l'intervention précoces, l'offre d'un accès facilité aux services appropriés et l'amélioration des résultats.

Terry voyait un médecin de sa clinique locale de médecine familiale mais se retrouvait souvent aux urgences pour avoir commencé à vivre des épisodes de psychose et parce qu'il craignait le stigmate de la fréquentation d'un psychiatre. Ses médicaments habituels contre l'anxiété ne contrôlaient plus ses symptômes. Le médecin de la clinique a suggéré un aiguillage vers un psychiatre, mais Terry avait de la difficulté à prendre l'autobus et à respecter ses rendez-vous.

Ce qu'il fallait à Terry, c'était un service complet et intégré capable de donner dans sa collectivité une réponse holistique à ses besoins de santé mentale. Quand le FASS a financé un modèle de partage des soins en vue de l'intégration des services communautaires de santé mentale aux soins primaires dispensés dans trois sites de la Nouvelle-Écosse (un centre de santé communautaire du centre-ville, un centre urbain de médecine familiale, un cabinet rural de médecine familiale), Terry a commencé à recevoir les services de santé mentale dont il avait besoin. En conséquence, ses visites à l'urgence ont été moins nombreuses et il a été en mesure de se rendre à pied à ses consultations. Au centre de médecine familiale et à deux autres endroits, il y avait trois médecins de famille salariés (le quatrième site, un site de contrôle, avait des médecins rémunérés à l'acte), une réceptionniste, un psychiatre et un travailleur en santé mentale qui ont aidé Terry à suivre un programme d'habiletés de vie. Les interventions dont Terry a joui étaient généralement brèves et mettaient l'accent sur l'établissement de liens entre lui, sa famille et les appuis communautaires adéquats afin de l'aider à gérer sa pharmacothérapie et ses activités quotidiennes. Terry a aussi suivi des séances régulières de thérapie de groupe. Le personnel de la clinique que fréquentait Terry a reçu des renseignements sur les ressources locales et sur les stratégies de psycho-éducation qui l'ont aidé à mieux servir ses clients de santé mentale comme Terry.

Le projet Shared Care a été évalué tant au sens du processus utilisé pour mettre en œuvre le modèle de partage des soins que de son impact. Des évaluateurs internes et externes ont mené des sondages, animé des groupes de discussion et utilisé des données d'aiguillage, des formulaires d'admission de patients externes, des profils de santé des patients et des plans de soins. Les résultats obtenus ont indiqué que les patients de sites d'intervention avaient eu l'avantage d'un accès amélioré aux services appropriés de santé mentale grâce à l'abrégement (d'environ six semaines) des périodes d'attente, à la réduction du nombre de visites aux urgences et à davantage d'aiguillages vers les consultations en santé mentale du site même. On a aussi relevé un taux élevé de satisfaction des patients et une amélioration des résultats en matière de santé mentale. Les patients satisfaits des soins reçus en vertu du modèle étaient plus susceptibles de revenir à leur fournisseur de soins et de poursuivre leur traitement. Le modèle des soins partagés a facilité l'approche biopsychosociale des soins à laquelle participent toute la famille du patient ainsi que sa collectivité. Les fournisseurs de soins primaires, comme le médecin de famille de Terry, ont été mieux en mesure de repérer et de gérer les désordres mentaux et ont signalé une hausse de la confiance dans le traitement des problèmes de santé mentale. Il faut aussi savoir que les travailleurs en santé mentale ont montré davantage de satisfaction, ce qui ne peut mener qu'à de meilleurs soins de leurs patients, mais aussi au maintien, chez les fournisseurs, d'une meilleure santé, ce qui signifie qu'ils prennent moins de congés de maladie et gardent leur motivation envers la pratique des soins de santé.

L'approche de partage des soins a encouragé les relations de coopération et amélioré la communication entre les médecins de famille, les psychiatres et les autres travailleurs en santé mentale. Les ressources développées comprennent des brochures d'information faisant connaître aux collectivités de nouveau service intégré. La capacité du partage de soins d'améliorer l'accès communautaire aux services de santé mentale pourrait mener à

l'établissement plus rapide du diagnostic et à de meilleurs résultats, tandis que le traitement dans des établissements de soins primaires pourrait aider à réduire le stigmate perçu de la maladie mentale chez des gens comme Terry, favorisant par là une intervention plus hâtive et plus efficace. Cela pourrait accroître à court terme les coûts des soins de santé mais produire à long terme des économies par l'apport d'améliorations à la santé et à la productivité de la population. Le modèle pourrait faire l'objet de projets pilotes dans d'autres domaines de la médecine ou des soins de santé, comme l'oncologie ou la pédiatrie, et pourrait être appliqué à d'autres régions du Canada.

## Continuité des soins (9 projets)

### Résultats constatés par les équipes de projet

- ❑ L'élaboration des Lignes directrices concernant la pratique clinique (LDPC) a aidé à préciser et à faciliter les rôles, à promouvoir la qualité des soins, à réduire le coût moyen des soins et à abréger les hospitalisations.
- ❑ La duplication a été évitée et l'uniformité des soins, favorisée.
- ❑ Un important facteur de la continuité des soins, dans certains cas, a été la présence d'un gestionnaire de cas responsable des habitants d'une zone géographique donnée qui planifiait les services et se chargeait des évaluations.
- ❑ Les services des CLSC ont été davantage utilisés.
- ❑ Les dossiers informatisés des clients ont facilité les échanges cliniques en temps réel entre intervenants dans différents domaines et institutions.
- ❑ La réduction de l'institutionnalisation des personnes âgées et le maintien de leur autonomie dans la collectivité ont facilité les choix de fin de vie (à la maison ou à l'hôpital).
- ❑ Les fournisseurs informels de soins ont vu leur qualité de vie et leur santé physique s'améliorer; il y a eu une dépendance moindre envers les aidants naturels.
- ❑ Les facteurs ayant joué un rôle important dans la prestation des services comprenaient l'identification, la réaction et l'aiguillage.
- ❑ L'accès aux services 24 heures par jour a donné confiance aux clients et leur a apporté la paix de l'esprit; ils ont fait un usage adéquat des services.
- ❑ Tant les professionnels que les clients ont considéré le service à guichet unique et la confiance que ce concept inspire aux clients comme de belles réussites du projet.
- ❑ Les personnes frêles ou risquant de devenir frêles qui n'étaient pas, jusque là, connues des programmes de soins à domicile ont été identifiées; l'identification précoce de telles personnes est importante si l'on veut prévoir et accélérer la réponse à leurs besoins.
- ❑ L'établissement d'un modèle de gestion a révélé l'importance de la collaboration entre organismes.
- ❑ L'élaboration d'un modèle intégré de continuité des soins a permis la création de liens plus étroits parmi les clients, leur famille, les ressources communautaires (y compris les CLSC et les médecins en pratique privée) et les institutions.
  
- ❑ **Difficultés**
  
- ❑ Les obstacles à la continuité des soins comprenaient : les obstacles de système relatifs aux définitions des rôles et responsabilités et à l'ordonnancement, à la disponibilité et à l'attribution des ressources humaines; les obstacles propres à la famille, aux soignants et aux clients, comme la résistance au changement, le manque d'information ou de conscience des prestations; l'incapacité des soignants de donner de l'appui; les obstacles

géographiques à l'accès aux services, aux appuis, à l'équipement et aux fournitures; les obstacles intercompétences là où la continuité des soins couvrait plus d'une région; la gestion et le contrôle des systèmes, les ressources et les changements constants de système.

- ❑ Les réserves exprimées ont été les suivantes : les patients recevaient trop tôt leur congé de l'hôpital; les appuis à domicile étaient insuffisants; les services n'étaient pas coordonnés; l'appui au deuil était insuffisant; les médecins n'étaient pas assez engagés; il n'y avait pas d'information sur les programmes.
- ❑ Des réserves ont été exprimées par les personnes recevant des soins quant au manque de continuité entre fournisseurs (médecins, infirmières).
- ❑ Des personnes ayant des besoins comparables ont reçu des niveaux de soin différents dans des secteurs et compétences différents.
- ❑ Les besoins des mourants et de leur famille changent constamment et rapidement, ce qui exige une approche souple.
- ❑ Les personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale sont demeurées une population relativement mal servie.

<b>Exemple 1</b>	<b>Continuité des soins</b>
<b>YT421</b>	<b>Programme de jour pour adultes</b>
	<b>et</b>
<b>NT401</b>	<b>Programme visant l'amélioration sur le plan de l'efficacité de la prestation de programmes à l'intention des personnes âgées, des personnes handicapées et des malades chroniques</b>

L'un des buts du système de soins de santé du Yukon consiste à permettre aux gens de vivre dans la collectivité aussi longtemps que possible. M<sup>me</sup> J. trouvait de plus en plus difficile de gérer les soins personnels à donner à son mari, qui avait un handicap cognitif, car il avait subi une amputation par suite d'une neuropathie diabétique. Elle désirait continuer de s'occuper de lui mais craignait de se voir bientôt forcée d'emménager dans un établissement pour soins de longue durée puisqu'elle n'avait ni la force ni l'énergie nécessaires pour satisfaire à ses besoins, même en recourant à des services de soins à domicile. Quand elle a entendu parler de l'ouverture d'un nouveau programme de jour dans un établissement de soins prolongés voisin, elle s'est empressée de demander des soins de relève pour appuyer sa décision de garder son mari à la maison. Sa collectivité avait identifié un besoin urgent d'offrir des appuis, sous forme d'un programme de jour, à des personnes comme M. J car il n'y avait pas de solution de rechange aux soins en résidence pour les gens atteints de handicaps physiques et cognitifs demeurant chez eux à mesure que progressaient leurs besoins de soins.



Ce projet financé par le FASS a élaboré et évalué un programme de jour à base communautaire pour des gens de cultures diverses souffrant de handicaps physiques et (ou) cognitifs lourds en mettant à l'épreuve la faisabilité de servir des clients comme M. J. dans un cadre non résidentiel. La difficulté consistait à satisfaire aux divers besoins de soins avancés des différentes populations dans le cadre d'un même programme, comme l'exige le budget d'une petite compétence. Pour régler ce problème, un programme axé sur les activités récréatives et de réadaptation dans un environnement quasi-résidentiel a été modifié chaque jour tandis que des partenariats avec d'autres organisations ont été mis sur pied pour adapter les activités aux besoins des divers clients.

L'efficacité du programme a été évaluée au moyen de la comparaison des données antérieures à l'admission aux données recueillies au point d'évaluation du projet, après un an d'activité. D'autre part, les clients, les soignants et le personnel ont répondu à des sondages sur la satisfaction. Le degré de satisfaction des clients était élevé, y compris l'appréciation des aidants naturels pour le répit que leur donnait le programme de jour. Des économies ont été réalisées par le report de l'institutionnalisation et par la baisse du nombre d'heures de soins à domicile, en moyenne de 40 %. Des appuis sociaux, personnels et de service de santé ont été fournis tant aux clients qu'à leurs soignants, permettant aux gens ayant des besoins complexes comme M. J. de vivre plus longtemps dans la collectivité, ce qui a prévenu ou retardé le besoin d'institutionnalisation. Un haut degré de succès a été atteint, favorisant l'obtention du financement à long terme nécessaire au maintien du programme.

Un autre projet réalisé dans les Territoires du Nord-Ouest se constituait de l'élaboration et de l'instauration d'une trousse d'évaluation des soins continus (CCAP pour *Continuing Care Assessment Package*) assurant des évaluations normalisées plus objectives, améliorant la planification de la prestation des services, veillant au logement et à d'autres besoins de ressources des clients exigeant des soins continus. Ce projet a évalué une approche de guichet unique du système de soins continus et une démarche uniforme d'évaluation. Il a identifié des facteurs importants dans l'assurance d'une prestation plus équitable, plus efficiente et plus efficace des services. Le recours à l'outil normalisé a aidé à diriger les clients vers des services communautaires, à tempérer la transition des soins hospitaliers aux soins communautaires en garantissant que les clients avaient accès aux services appropriés aussi près de chez eux que possible. Cette action a grandement facilité l'accès des clients au secteur des soins continus, constituant une option de rechange économique à l'institutionnalisation par l'élimination de la confusion, de l'incohérence, du chevauchement et de la subjectivité qu'entraîne la soumission de formulaires multiples pour différents services et par l'intégration des programmes et services communautaires.

Les petites compétences devant satisfaire à des besoins très divers à partir d'un budget modeste peuvent particulièrement bénéficier des connaissances acquises au cours de ces projets. Tous deux montrent que les principaux problèmes posés par la mise en œuvre de tels programmes de continuité des soins dans une petite compétence sont l'insuffisance et le roulement du personnel. Comme la perte d'expertise a des effets graves sur la mise en œuvre des

programmes, un projet a recommandé l'élaboration d'un manuel écrit et d'un programme de formation continue, plus l'appui de la direction afin d'obtenir l'acceptation d'approches nouvelles et normalisées des soins continus pour en assurer l'accès plus équitable et plus efficace.

La population canadienne vieillit et les planificateurs du domaine de la santé devront constamment chercher des manières de faire meilleur usage des ressources communautaires, comme les soins à domicile et les soins de longue durée. Les autres groupes de la population, comme les clients appartenant à la population de la santé mentale ou les jeunes adultes affligés de handicaps multiples, dans n'importe quelle compétence, et particulièrement dans les petites compétences ayant des ressources limitées, pourraient tirer avantage de cette approche.

**Exemple 2    Continuité des soins**  
**NF301        Projet d'amélioration des soins de santé primaires**

Quand on essaie d'introduire des changements à grande échelle, le contexte dans lequel les projets sont mis en œuvre peut présenter des difficultés, voire des obstacles. Certains obstacles culturels et de processus qui ne disparaîtront pas de sitôt peuvent avoir des effets importants sur les résultats des projets. Les politiques de rémunération et de formation des fournisseurs, par exemple, dépassent ordinairement le mandat des projets mais peuvent avoir une influence sur la disposition et sur l'aptitude des professionnels de la santé à adopter de nouvelles approches de pratique, comme la formation des clients/soignants, l'élaboration de lignes directrices de pratique ou le travail en équipes interdisciplinaires. De même, la diversité des groupes prenant part à plusieurs projets peut parfois compliquer l'atteinte d'une compréhension à base large et l'acceptation des approches interdisciplinaires et des principes des soins primaires.

Un projet à être confronté à ces difficultés a été l'initiative sur les soins primaires de Terre-Neuve-et-Labrador qui s'est déroulée en trois ans dans trois sites ruraux. En sa qualité de médecin ayant une clientèle rurale nombreuse et dispersée, le D<sup>r</sup> Ed se sentait depuis longtemps dépassé par les besoins non satisfaits qu'il constatait dans sa collectivité. Il a été soulagé d'entendre dire qu'un projet d'amélioration des soins de santé primaires (un PASSP) allait se concentrer sur trois problèmes urgents posés par les soins de santé en milieu rural : le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé afin de remédier à la pénurie de médecins et d'accroître le recours aux équipes de soins de santé; la continuité des soins et un système plus intégré se concentrant davantage sur le développement communautaire; et un mouvement vers un modèle de soins primaires davantage orienté vers les déterminants de la santé. Les problèmes de recrutement et de maintien en poste étaient abordés par l'introduction de services médicaux multidisciplinaires et d'unités d'enseignement dans chaque site. La

continuité des soins s'est améliorée par suite de l'établissement d'infirmières praticiennes. Les stratégies ayant influé sur les trois problèmes comprenaient le recours à du matériel de vidéoconférence aux fins des consultations cliniques, la diffusion d'information en matière de santé et la création d'occasions de perfectionnement professionnel.

L'évaluation comprenait une phase de cueillette de renseignements de base, une phase d'évaluation intérimaire et l'élaboration d'études de cas illustrant les enseignements transférables sur la mise en œuvre de réformes dans les zones rurales et une évaluation parallèle de l'instauration du rôle d'infirmière praticienne dans la province. Il était critique au succès du projet que les organismes clés de services de santé et de services communautaires, les organisations universitaires et les groupes communautaires collaborent. Des activités spécifiques ont été montées pour satisfaire aux priorités et besoins particuliers du site rural du D<sup>r</sup> Ed et de deux autres sites ruraux, y compris l'enseignement interdisciplinaire et la promotion des équipes interdisciplinaires, le recours accru à la technologie afin d'améliorer la communication et la hausse de l'accès à l'information et à la formation continue des professionnels de la santé en zone rurale comme le D<sup>r</sup> Ed et son infirmière, et l'application de stratégies de promotion de la santé de la population par l'encouragement de l'interaction entre les partenaires des services de santé et des services communautaires.

D'importants enseignements en matière de prestation des soins primaires en ont été tirés; ils peuvent servir d'assise d'information aux autres compétences quant à la démarche de mise en œuvre de changements d'une telle ampleur. Les activités ont mieux réussi quand les gens ont dépassé les bornes de leur rôle propre et de leur organisation et ont usé des ressources du projet pour aborder les difficultés transversales des soins de santé. Les innovations étaient locales et progressives. Il y avait des rouages d'information du public et un processus de rétroaction sur la justification des changements. Comme dans un certain nombre d'initiatives financées par le FASS, la nature brève du projet a fait qu'il a été difficile de discerner les impacts quantifiables sur les services de santé et les résultats, mais il y a eu une évolution positive dans tous les sites quant au fonctionnement du système de soins de santé et quant à sa relation avec la collectivité. Ce projet a souligné le fait que des améliorations supplémentaires pourraient être apportées à la prestation des soins primaires en rehaussant les possibilités de programmation interdisciplinaire et coopérative en formation de base et en formation continue, en passant à un financement des services de soins primaires axé sur la population, y compris les services du D<sup>r</sup> Ed et des autres médecins, en assurant la planification conjointe et le leadership gouvernemental lors de l'établissement des normes et en obtenant un financement de prise en charge de la gamme complète des soins primaires, particulièrement au chapitre de la prévention des maladies, de la promotion de la santé et des services d'appui. La réforme des soins primaires doit être dirigée par la collectivité et reposer sur des données probantes, comme des évaluations des besoins, des profils de santé de la population et des consultations communautaires. Les stratégies devraient prendre assise sur la capacité de la collectivité d'entamer cette évolution, sur la stabilité et la composition des ressources et sur un plan d'intégration des modifications proposées aux orientations actuelles de gestion des sites.

## Soutien social (14 projets)

### Résultats constatés par les équipes de projet

- ❑ Les participants ont connu une amélioration de leur bien-être mental et physique (meilleure structure du sommeil, réduction de l'anxiété, meilleure concentration, meilleure mémoire, moins de problèmes conjugaux).
- ❑ Les activités simultanées des programmes pour enfants et pour adultes en ont facilité l'accessibilité.
- ❑ La dépendance des participants envers les travailleurs culturels a gêné leur intégration à la culture canadienne.
- ❑ Le rôle des travailleurs culturels risque d'avoir confondu la validité des données recueillies auprès des clients.
- ❑ Tous les ordres de gouvernement et tous les fournisseurs de services sont devenus plus conscients des besoins et difficultés vécues par les clients et plus sensibles à ces besoins et difficultés.
- ❑ L'amélioration de l'accès à l'information et aux ressources a aidé à surmonter les sentiments d'isolement social.
- ❑ La proportion de personnes ayant recouru aux services de placement de l'école et aux ressources d'information juridique a augmenté.
- ❑ L'établissement d'un partenariat de plusieurs organismes communautaires a enrichi les résultats (écoles, services communautaires et récréatifs, services de garde d'enfants); les liens de collaboration sont plus susceptibles de demeurer stables quand ils portent sur une quête commune de solutions et que les grands domaines de coopération sont le partage de l'information, la coordination des rôles, l'intervention conjointe et le partage des risques et des responsabilités.
- ❑ Le travail non rémunéré des femmes a largement contribué à la survie économique de leur famille et les activités de bénévolat et de prestation de soins ont aidé à garder ensemble les familles et les collectivités.
- ❑ Une participation accrue aux programmes communautaires de soutien social s'est produite quand les services étaient offerts dans une installation sécuritaire, qu'on avait remis aux participants des titres de transport en commun et que la garde des enfants et l'anonymat étaient garantis.
- ❑ La programmation visant certaines populations à risque élevé a exigé une importante période de développement avant de bien s'établir et n'a obtenu qu'une faible acceptation et de faibles taux d'achèvement dans les limites temporelles du projet, ce qui n'a rien d'anormal.

## Difficultés

- ❑ Suspension de certains projets pendant l'étude des répercussions juridiques et éthiques.
- ❑ La répartition inégale des médecins de famille, des spécialistes et des services de conseil a forcé beaucoup de clients à se déplacer, ce qui leur a personnellement coûté cher, pour obtenir les services nécessaires.
- ❑ Certains fournisseurs ont exprimé des réserves quant à la nature obligatoire de certains protocoles et de l'obligation de confidentialité.
- ❑ Le manque d'argent et le besoin d'équilibrer les responsabilités ont été des contraintes clés pour les jeunes parents désireux d'accéder aux services.
- ❑ L'absence de services de garde et la rigidité du programme conventionnel d'études secondaires ont constitué des obstacles à l'éducation.

**Exemple SK327      Soutien social**  
**Programme de services aux survivants : Modèle de prestation intégrée de services à des femmes qui ont subi des sévices sexuels au cours de leur enfance**

Il existe un mouvement grandissant vers des thérapies complémentaires et substitutives, partiellement parce que les organismes évaluent leurs avantages potentiels pour des clients qui n'ont pas toujours été bien servis par le système médical officiel. La réaction positive à ces types de traitements de guérison, par des femmes ayant survécu à des sévices sexuels subis pendant l'enfance, permet de croire que le système conventionnel de soins de santé a peut-être besoin de se faire plus conscient des possibilités des thérapies complémentaires et substitutives. Le présent projet d'évaluation a été mis en œuvre pour voir si les thérapies complémentaires données par un organisme communautaire profitent aux survivants des sévices sexuels remontant à l'enfance.

Enfant, Bonnie a été enlevée à sa famille et forcée de vivre dans un pensionnat où elle a subi des violences physiques et sexuelles, Bien qu'elle ait maintenant atteint le milieu de la quarantaine, elle souffre, en tant que survivante de sévices sexuels perpétrés pendant son enfance, de répercussions durables, y compris la dépression, la tendance suicidaire, les rappels d'image, les désordres de l'alimentation et du sommeil et une tendance à abuser des intoxicants et d'elle-même. La conseillère de Bonnie a constaté que les interventions médicales conventionnelles, comme la pharmacothérapie et le traitement de choc, n'ont pas adéquatement aidé Bonnie à vivre avec les suites des malheurs de son enfance. Elle savait que plusieurs études avaient suggéré que des clients comme Bonnie pouvaient tirer profit de soins holistiques et habilitants s'ils étaient offerts dans un environnement sûr et protégé, comme un centre de guérison ou un programme de soins en résidence intégré au système général de soins de santé. Ainsi, quand un petit centre de guérison communautaire sans but lucratif de la

Saskatchewan a demandé au FASS d'appuyer l'impact de trois thérapies complémentaires de guérison (l'arôme-massage, le reiki et le Psychodramatic Bodywork®) destinées aux survivantes de sévices sexuels subis dans l'enfance maintenant âgées d'au moins 16 ans, la conseillère de Bonnie a demandé qu'elle figure parmi les 76 survivantes à prendre part à l'étude.

Après une série de traitements, Bonnie a indiqué que d'avoir profité de thérapies holistiques, qu'il se soit agi d'arôme-massage ou de reiki, lui donnait le sentiment d'être moins isolée, moins vulnérable, moins méfiante et moins coupable. Elle mangeait et dormait mieux et avait moins de douleurs physiques. Cet effet perdurait, bien qu'avec moins d'intensité, deux mois plus tard. D'autres femmes qui ont profité de thérapies substitutives ont constaté que la participation à la démarche Psychodramatic Bodywork® avait « changé leur vie », leur donnant une meilleure image d'elles-mêmes, avait amélioré leurs relations et rehaussé leur fonctionnement. Toutes les participantes étaient enthousiastes à l'idée de poursuivre les thérapies et d'essayer d'autres formes de traitement complémentaire. Elles étaient également disposées à recourir aux services communautaires offerts dans une installation protégée pour autant qu'on leur fournisse des titres de transport en commun et des services de garde d'enfants et que leur anonymat soit garanti. Plusieurs des participantes à l'étude n'ont pas choisi ces interventions en guise d'option de rechange au counseling mais voulaient enrichir leur guérison de thérapies corporelles holistiques complémentaires. Les résultats inattendus de ce projet ont inclus : l'élaboration d'un cours complémentaire de praticien des soins sur les sévices sexuels subis pendant l'enfance accessible à l'échelle de la province, l'établissement d'une coopérative sans but lucratif de guérison dans l'une des collectivités pour proposer un processus sécuritaire et accessible de guérison à tous et des ateliers destinés aux étudiants en psychologie et aux autres chercheurs, où sont décrites et tracées à grandes lignes des méthodes sûres et appropriées de recherche auprès des populations sensibles.

Ce projet de recherche a démontré que les organismes communautaires ont un important rôle à jouer dans la réforme des soins de santé. Il visait à combler une lacune des services de santé, de justice, d'éducation et sociaux existants en aidant à promouvoir la prestation intégrée de services auprès des survivantes de sévices sexuels subis pendant l'enfance. À l'heure actuelle, plusieurs survivantes comme Bonnie, qui luttent avec des difficultés découlant de la violence sexuelle, ont besoin de trouver un endroit sûr où aller et doivent souvent se présenter au service psychiatrique de l'hôpital local parce qu'il n'existe pas de services spécialisés actifs 24 heures par jour conçus pour satisfaire à leurs besoins. Toutes les personnes participant à la prestation de services à des victimes de violence, y compris les organismes gouvernementaux, les services communautaires et les professionnels doivent garantir l'état complet, la continuité, l'uniformité et la qualité de la prestation de ces services en élaborant et en établissant des normes nationales de prestation de services adéquats. La présente recherche contribue à l'élaboration et à l'établissement de telles normes qui assureront la qualité des services aux survivants adultes des violences sexuelles subies pendant l'enfance.

## **Modification des pratiques a) Généralités (40 projets)**

### **Résultats constatés par les équipes de projet**

- Un diagnostic plus précoce, plus précis et plus complet des difficultés; plus de confiance des médecins envers le diagnostic et le traitement des clients présentant des états complexes et peu familiers; passage de l'approche « prescrire et réparer » à l'approche « habiliter et faciliter ».
- Degrés élevés de satisfaction des clients quant aux soins reçus et au système de soins de santé.
- Résultats améliorés pour les clients (fonction, qualité de vie).
- Réduction des durées d'attente et continuité améliorée des services.
- Les clients et les soignants en savent davantage sur les ressources qui leur sont accessibles, se sentent plus connectés aux services et participent davantage à leur propre traitement; l'infirmière coordonnatrice de congé a constitué un lien vital entre le service des urgences et les ressources communautaires.
- Compréhension accrue de la part des fournisseurs quant au milieu et à la culture du client, aux difficultés rencontrées et à l'état ou au handicap.
- Connaissance, confiance et habiletés accrues des membres de l'équipe, qui travaillent avec plus d'efficacité et moins de stress; hausse de la satisfaction face à l'emploi; travail plus intéressant.
- Aiguillages plus adéquats vers des organismes externes.
- En comblant l'écart entre les soins hospitaliers et communautaires, l'infirmière coordonnatrice de congé a aidé à réduire les retours imprévus à l'hôpital et aux urgences et aux médecins.
- On a évité la fragmentation des soins en optimisant l'accès aux services et leur intégration.
- Réduction du fardeau de soins incombant à la famille.
- Économies et meilleure efficience (dans l'une des études, économie de plus d'un million de dollars par an).
- Recours à la technologie pour améliorer la précision, l'accessibilité, l'à-propos et la coordination de l'information partagée sur le client.
- Engagement accru de la famille et des membres de l'équipe dans les décisions en matière de soins.
- Les LDPC élaborées ont mis à jour des modèles de pratique inadéquats, amélioré la mise en forme des rapports, amélioré la communication entre les divers fournisseurs.
- Les fournisseurs se sont sentis plus en confiance au moment de diagnostiquer et de gérer des états peu familiers.
- La participation aux projets de modification des pratiques a accru la conscience qu'a le personnel des principes de gestion du changement (élaborer le projet, s'attacher la

participation du personnel, fournir une formation et des outils adéquats, établir un mécanisme de suivi, faire une évaluation au terme de chaque stade).

- ❑ Les projets relativement simples visant une seule maladie ou un seul état ont été les plus faciles à mettre en œuvre et ont produit des résultats relativement rapides.
- ❑ Avec l'avènement d'une infirmière coordonnatrice de congé, il s'est produit une augmentation importante du degré de satisfaction des clients grâce à la clarté de l'information fournie au moment du congé, y compris la préparation tant du patient que de la famille au congé, des suggestions sur le soulagement des symptômes, de l'information sur les signes avant-coureurs, des dispositions de transport vers la maison.

## Difficultés

Les difficultés identifiées ici touchaient la clarté du rôle et de la fonction parmi les fournisseurs de services et l'engagement de temps, de l'organisme et des ressources envers l'introduction de changements dans la façon de prodiguer les soins.

- ❑ Manque de financement et réticence à prendre des risques.
- ❑ Les services ou activités élaborés sans attention adéquate au développement durable seront vulnérables.
- ❑ Débats prolongés sur les rôles.
- ❑ Les attentes du public dépassaient ce que le nouveau modèle avait à offrir.
- ❑ Opposition des médecins à la prolongation des heures de service et perception, de leur part, que la prestation de services médicaux par d'autres membres de l'équipe entraînait en concurrence directe avec leurs propres services.
- ❑ Bien que la connaissance qu'ont les médecins des approches efficaces de traitement (du diabète) s'améliore, elle n'est pas encore bien intégrée à leur pratique quotidienne; presque tous les médecins ont utilisé un outil clinique axé sur les lignes directrices canadiennes et plusieurs d'entre eux ont signalé des changements survenus en conséquence de cette utilisation dans leur pratique.
- ❑ Dans certains cas, les structures organisationnelles et les bassins géographiques ont constitué des obstacles à l'élaboration du modèle.
- ❑ Pas assez de temps et des incitatifs financiers insuffisants pour amener les médecins et psychiatres à participer; certains barèmes d'honoraires découragent les soins à la maison.
- ❑ Ressources humaines et temps nécessaires pour élaborer et gérer le nouveau modèle de pratique; échéancier d'achèvement du projet donnant à peine le temps nécessaire à la cueillette des informations, à la prise de décision et aux efforts de mobilisation nécessaires à la mise en œuvre des initiatives.
- ❑ Quand les charges de travail étaient lourdes, l'innovation demeurait plus théorique que réelle.
- ❑ Les projets simples, bien qu'ils n'aient pas posé de difficulté au moment de la mise en œuvre, ont produit des résultats limités et n'ont pas abordé les problèmes structurels fondamentaux du système de soins de santé.



- ❑ Les projets très complexes ayant une vaste gamme de répercussions ont été plus difficiles à mettre en œuvre mais avaient un meilleur potentiel de changement.
- ❑ Les projets qui exigeaient des changements substantiels ne pouvaient que se heurter à des « zones d'inertie »; les gestionnaires sont attachés à leurs institutions et les fournisseurs de soins, à leurs styles cliniques; l'injection de sommes supplémentaires contribue à la capacité d'apporter des changements mais ne garantit pas le succès.
- ❑ Les efforts ont été ralentis par des changements survenus au sein de l'administration municipale, par des coupures budgétaires et par les fusions municipales survenues pendant le déroulement du projet, par suite des élections locales; cela a rompu la continuité des activités de familiarisation des communautés avec l'initiative et avec ses outils d'appui à la prise de décisions.
- ❑ Dans les petites collectivités, il n'est pas rare que les mêmes gens fassent partie de plusieurs comités et en conséquence, on arrive vite au bout de leurs capacités.

**Exemple 1    Modification des pratiques - Nouvelles pratiques de prestation des services**  
**BC122        Projet pilote de soins regroupés**

Joe est depuis 20 ans travailleur d'appui à domicile, aidant les malades chroniques et les personnes handicapées de la collectivité dans leurs soins personnels et leurs activités de tenue de maison. Depuis un certain temps, il lui semble qu'il perd son temps et que son impact sur la prestation des soins n'a pas la qualité qu'il souhaite. Quand Joe a entendu dire que l'organisme de Colombie-Britannique qui achète ses services à contrat cherchait une nouvelle façon d'organiser et de donner les services d'appui à domicile à l'aide d'équipes multidisciplinaires de préposés à domicile, plutôt qu'au moyen de travailleurs seuls, pour servir des « grappes » de clients dans des sites choisis de logement pour personnes âgées, il s'est senti heureux de pouvoir prendre part à l'élaboration et à la mise en œuvre de nouveaux modèles de prestation des soins.

L'instauration du nouveau modèle comprenait une période de préparation de six mois pendant lesquels il a fallu former des équipes cohésives de soins et informer les clients et les fournisseurs de la nouvelle approche. Le groupe cible vivait dans des bâtiments résidentiels densément peuplés et beaucoup de ces clients jouissaient déjà d'un grand nombre d'heures de soutien de la vie à domicile. L'équipe (un gestionnaire de cas et un fournisseur-superviseur des services d'appui) a fait des évaluations à date des clients afin de juger des soins réels et d'organiser un horaire de service qui allait au-delà de l'habituelle approche axée sur la tâche pour se concentrer sur le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des clients. Une seule agence d'appui au maintien à domicile était utilisée dans chaque bâtiment et ce nouveau programme faisait l'objet d'une promotion auprès du gestionnaire des bâtiments, des résidents, des soignants et du personnel de maintien à domicile. La même approche était utilisée pour

tous les clients d'un bâtiment donné, sauf pour ceux qui recevaient des services d'intensité très faible ou très élevée (p. ex., des soins 24 heures par jour ou une fois par mois). Il fallait revoir les procédures usuelles de facturation, orienter le personnel de maintien à domicile au sujet de la modification de l'approche des soins et de la façon de remplir les relevés de temps, et aborder les questions syndicales. Des rencontres hebdomadaires des équipes ont largement contribué à assurer l'uniformité de l'approche, la collaboration et le suivi des progrès des clients ou de l'évolution de leur état.

Le concept, nommé « Cluster Care », constituait une approche économique, efficiente et bien coordonnée de la prestation des services d'appui au maintien à domicile fournis à des communautés vulnérables et il a bien réussi pour plusieurs raisons. Le modèle a permis à Joe de faire reposer les services qu'il fournissait sur les besoins précis de ses clients puisqu'il pouvait être en contact constant avec eux et poser au jour le jour des jugements directs sur l'intensité des soins dont ils avaient besoin. Cela signifiait que les visites de Joe étaient ordinairement plus brèves mais plus fréquentes et plus souples car il participait beaucoup plus aux soins immédiats de ses clients. Il était visible dans le bâtiment et ses clients savaient comment le joindre s'ils avaient besoin de lui. Sa réaction était rapide dans le cas des incidents imprévus et il était capable de suivre attentivement les clients à risque ou d'identifier les nouveaux clients potentiels car il était plus connu dans le complexe. Il travaillait plus longtemps et il y a eu une amélioration dans la continuité des soins. Il a assisté aux rencontres hebdomadaires de l'équipe avec les gestionnaires régionaux des cas qui ont souligné les évaluations initiale et continues permettant de jauger les besoins changeants des clients. Peu après l'instauration de ce nouveau mode de prestation des services, Joe a commencé à avoir le sentiment de vraiment faire une différence dans la santé et dans la qualité de vie de ses clients. Il était aussi plus sûr de lui en raison de la formation qu'il avait eue pour acquérir les compétences supplémentaires qu'il lui fallait.

Cluster Care a démontré un modèle de prestation intégrée des services fournissant des services à domicile de manière efficace et efficiente au moyen d'équipes multidisciplinaires visant à améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie des clients de la collectivité. En faisant reposer les services sur le temps réel nécessaire à la satisfaction des besoins des clients plutôt qu'en les divisant en blocs de temps rigides, ce mode de prestation a le potentiel d'améliorer la qualité des services en accroissant la disponibilité des soins appropriés au bon moment et l'accès à ces soins, en améliorant la relation entre les clients et fournisseurs de soins et en fournissant un service plus économique. Avec le vieillissement de la population canadienne, les citoyens sont de plus en plus susceptibles d'avoir besoin de services de maintien à domicile, aussi s'attend-on à voir augmenter la demande de ce type de services au cours des prochaines années. Il sera important d'envisager la mise en œuvre de solutions créatives afin de satisfaire aux exigences de service grandissantes que devront fournir des ressources limitées et rationnées. Le modèle Cluster Care est une initiative très simple capable de produire des économies appréciables permettant de satisfaire à une demande croissante de services tout en améliorant la qualité et l'uniformité des soins prodigués dans les communautés à forte densité de personnes âgées en perte d'autonomie de malades chroniques de tout le Canada.

## **Modification des pratiques : b) Consommation de médicaments / Information à l'intention des clients et des prescripteurs (11 projets)**

### **Résultats constatés par les équipes de projet**

- ❑ Les médecins ont donné un appui net aux initiatives axées sur l'information visant à améliorer les pratiques de prescription mais se sont opposés à tout mécanisme de réglementation exigeant pareille amélioration.
- ❑ La base de données pharmaceutiques en ligne d'une province a fourni avec efficacité une rétroaction sur les prescriptions pour certaines affections.
- ❑ Un système de rapport axé sur Internet utilisé pour la cueillette des données s'est révélé efficient.
- ❑ La mise en œuvre d'un « PharmaNet Alert System » a été efficace, a eu l'appui de la plupart des pharmaciens (malgré la perturbation du milieu de travail qu'il a causée) et a eu pour effet que les gens ont su le nom de leur médicament, ont su quoi faire s'ils oubliaient une dose, ont acquis une mesure de confiance envers le caractère approprié de leur régime pharmacologique et ont accepté les répercussions, sur la protection de leurs renseignements personnels, de la communication aux pharmaciens de leur régime d'ordonnances.
- ❑ Des documents éducatifs de haute qualité qui reflétaient l'expertise et l'expérience cliniques, plus des données probantes tirées de la documentation et la participation des cliniciens et patients ont été essentiels.
- ❑ Le partenariat avec les unités régionales de santé publique a été plus efficace quand il allait de pair avec l'information des professionnels au moyen de méthodes éprouvées, comme la couverture média locale et des stratégies adaptées à la collectivité.
- ❑ L'élaboration d'un prototype de dépôt national des données de consommation des médicaments promettait de conférer la capacité d'établir des comparaisons, d'une compétence à l'autre, qui seraient utiles à l'analyse des politiques en matière d'assurance médicaments et de leurs résultats; les compétences déjà familières avec l'analyse des données nationales sur les médicaments sur ordonnance ont déclaré que l'expertise provinciale leur serait plus utile que l'expertise centralisée.
- ❑ À long terme, il sera possible de relier les données pharmaceutiques à d'autres données de santé afin de déterminer en quoi les politiques en vigueur influent sur les coûts des soins de santé.
- ❑ Le retrait du coût des médicaments peut produire, dans les familles à faible revenu, une meilleure gestion de la santé.
- ❑ Les guides d'information sur les médicaments ont aidé les clients à saisir les difficultés de l'ordonnance de médicaments et ont eu un effet important sur le type de conseils qu'ont reçus les patients dans le traitement des maux de gorge et des brûlures d'estomac (des moyens non médicamenteux leur ont été suggérés).

- ❑ Les feuillets en pharmacie ou dans les cabinets de médecin et l'information affichée sur Internet constituent des façons utiles de diffuser une information conviviale sur les médicaments.
- ❑ Une politique d'établissement de prix de référence a réduit les coûts provinciaux des médicaments mais ces économies ont été partiellement éclipsées par la hausse des dépenses en visites de médecins ambulants.
- ❑ Les variantes de la portée de la couverture d'assurance médicaments publique et privée entre les Canadiens ne semblent pas avoir d'effet sur la consommation de médicaments chez les gens de niveau socio-économique moyen; l'élargissement des subventions à la médication au moyen d'un programme national d'assurance médicaments n'encouragerait pas la plupart des Canadiens à consommer davantage de médicaments.
- ❑ Un système de classification des anti-infectieux et de suivi de leur usage est la clé de l'assurance de leur efficacité continue.
- ❑ Les mesures de contrôle des coûts des médicaments comprennent les listes positives et négatives, l'établissement de prix de référence et les lignes directrices de pratique.
- ❑ La publicité directe auprès des consommateurs constitue un domaine de controverse car il y circule beaucoup de prétentions sur les avantages et les risques sans qu'une somme valable de recherche empirique les appuie.

## Difficultés

Les difficultés qui ont émergé des projets étaient centrées sur l'aptitude des praticiens à apprendre des éducateurs, sur les difficultés techniques et problèmes d'accès aux données associés aux bases de données et sur la mesure dans laquelle les interventions ont réellement mené à des modifications des modèles de prescription.

- ❑ Les divergences entre les pratiques de prescription recommandées dans les documents éducatifs et les lignes directrices professionnelles issues de consensus atteints lors de conférences et provenant de spécialistes ont compliqué la tâche des prescripteurs devant décider de la meilleure façon d'appliquer les documents d'apprentissage.
- ❑ La complexité d'un système en direct de base de données pharmaceutiques a limité son potentiel immédiat d'amélioration des pratiques d'ordonnance.
- ❑ L'activité bourdonnante d'une pharmacie ne laisse guère au pharmacien le temps de conseiller les clients sur la gestion de leur affection.
- ❑ Il n'est pas facile à tous de se rendre à la pharmacie.
- ❑ Il est difficile de recruter des gens recevant des soins, des médecins et des pharmaciens en vue de la participation aux études.
- ❑ Il est difficile de s'assurer les services de formateurs.
- ❑ Il est difficile de persuader les médecins d'observer les recommandations des éducateurs.
- ❑ Le but de l'établissement de liens entre les données pharmaceutiques et les autres données de santé, bien qu'on l'accepte en principe, peut n'être jamais réalisable, pour des raisons

de compatibilité des données, d'intégrité et du besoin de protéger les renseignements personnels.

- ❑ Certaines interventions bien acceptées ont eu peu d'impact, ou pas du tout, sur la conformité aux pratiques de prescription.
- ❑ Niveau inégal de préparation du système canadien d'enseignement de la médecine à répondre au besoin d'interventions à grande échelle d'assurance de la qualité en matière d'ordonnance de médicaments.
- ❑ Le financement gouvernemental, et le leadership des professeurs de médecine, peuvent être nécessaires pour accroître la capacité du Canada d'optimiser la consommation de médicaments.
- ❑ Le prix des médicaments constitue un obstacle au soin des personnes à faible revenu car il fait passer les coûts des consommateurs au gouvernement; des médicaments subventionnés pourraient encourager un usage plus répandu de la médication dans ce segment de la population.
- ❑ Le recours aux anti-infectieux varie nettement d'une province à l'autre en raison des croyances et pratiques des médecins, de la demande de la population quant aux anti-infectieux et des pratiques de remboursement de l'assurance médicaments.
- ❑ La concurrence en vue de l'obtention du financement de la recherche-développement pharmacologique produira des lois plus rigoureuses sur les brevets, l'inscription plus rapide des médicaments à la liste des avantages assurables et l'établissement plus libre du prix des produits.
- ❑ Il faut une démarche plus intégrée et plus complète d'établissement des politiques pharmaceutiques; ces politiques doivent se concentrer sur la fixation des priorités, sur l'augmentation de la transparence, sur l'avis des intervenants, sur la gestion du formulaire axée sur le client, sur les paramètres guidant l'établissement de la liste des médicaments assurés, sur le rôle du partage des coûts avec les consommateurs, sur le rôle de la profession médicale dans la gestion de la consommation des médicaments, sur les stratégies d'attraction des investissements dans l'industrie pharmaceutique, sur les questions de brevet et sur les études menées après la mise en marché sur l'efficacité, l'innocuité et le coût des médicaments.

**Exemple 2    Modification des pratiques – Consommation de médicaments / Information des clients et des prescripteurs**  
**ON221        Essai sur une base aléatoire visant à évaluer le rôle élargi des pharmaciens à l'égard des aînés qui bénéficient d'un régime provincial d'assurance médicaments en Ontario**  
(Étude parallèle : **ON 223**)

Bien qu'elles ne forment que 12 % de la population canadienne, les personnes âgées reçoivent de 20 % à 40 % de tous les médicaments prescrits et il peut résulter de ce rapport un impact important sur les budgets consacrés aux soins de santé et sur les assureurs privés. En moyenne, les personnes âgées comme Faye, qui a 70 ans, ont de trois à cinq médicaments sur ordonnance par année et ce nombre devrait augmenter nettement au fil du vieillissement. Le risque que court Faye de rencontrer des problèmes attribuables à sa médication augmente également en proportion du nombre de médicaments qu'elle prend. Faye se trouve sous la supervision médicale de différents médecins qui ne se transmettent pas régulièrement ses plans de soins. C'est pourquoi un modèle a été élaboré pour que des pharmaciens à rôle élargi (PRE) formés à la prestation de soins cognitifs et cliniques axés sur le client puissent collaborer avec les médecins de famille (MF) à l'optimisation des régimes pharmacologiques des personnes âgées.

Le projet Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART) a recouru à un devis d'étude sur échantillon aléatoire contrôlé en grappes. Faye et près de 900 autres patients âgés y ont pris part, chacun d'entre eux prenant cinq médicaments ou plus, dans 48 cabinets de médecine familiale de l'Ontario rural et urbain. Les pharmaciens ont été jumelés aux médecins de famille du groupe d'intervention, les politiques de partage de l'information ont été modifiées pour donner aux PRE l'accès aux dossiers médicaux et aux entrevues des patients, les PRE ont facilité les recommandations sur les problèmes identifiés relativement aux médicaments et les MF ont décidé des recommandations qui allaient être mises en œuvre.

Quelque trois problèmes relatifs aux médicaments ont été identifiés chez 88 % des patients du groupe d'intervention de Faye. Les deux problèmes les plus courants ont été le fait de ne pas obtenir le médicament requis et celui de prendre un médicament non nécessaire. Les médecins ont consenti à mettre en œuvre 84 % des recommandations reçues des pharmaciens et, après cinq mois, 57 % de des modifications avaient été instaurées avec succès. Tant les MF que les PRE ont recommandé ce nouveau mode de collaboration à leurs collègues. Le MF de Faye a apprécié l'appui de son PRE dans la recherche de l'équilibre de son régime pharmacologique complexe. Le PRE de Faye s'est senti mieux en mesure d'évaluer son profil entier de médication quand il a eu accès au dossier médical monté pour elle par son MF et est très heureux de sa relation renforcée avec ce dernier. Faye a exprimé un degré élevé de satisfaction quant au service fourni par son PRE.

Un autre projet (ON223) a amené des médecins, pharmaciens, patients, décideurs en matière de soins de santé et autres intervenants clés à élaborer et à mettre à l'épreuve un rôle élargi pour les pharmaciens visant à améliorer la pharmacothérapie et à réduire la morbidité et les coûts relatifs aux médicaments. Les rôles élargis possibles que pourraient jouer les pharmaciens ont été identifiés : fournir des renseignements détaillés sur les médicaments aux médecins et aux patients; réaliser des évaluations complètes de la médication; vérifier les lignes directrices sur l'ordonnance de médicaments; prendre des décisions en matière de médicaments en tant que praticiens autonomes. Les trois groupes ont donné leur accord général aux principes de la pratique coopérative et à un rôle plus intégral pour les pharmaciens mais les médecins se sont montrés plus conservateurs que les patients et les pharmaciens quant

aux rôles acceptables. Ils n'étaient guère à l'aise face à la possibilité que les pharmaciens aient accès aux antécédents et dossiers médicaux puisqu'ils ne sont pas certains du degré de formation des pharmaciens, ni de la structure exacte de la relation médecin-pharmacien. Ni les médecins ni les patients n'ont appuyé avec chaleur l'idée du pharmacien comme praticien autonome et seulement un tiers de patients a appuyé la structure de rémunération à l'acte pour la prestation des services quand ceux-ci comprenaient un rôle élargi du pharmacien.

Ces modèles de coopération entre le MF et le PRE visant à optimiser la pharmacothérapie de personnes âgées comme Faye, qui ont besoin de médicaments multiples, se sont révélés productifs, efficaces et reproductibles puisque les programmes de formation des pharmaciens de tout le Canada comprennent une formation en soins cognitifs, cliniques et axés sur le patient. Ces projets financés par le FASS ont mené à des conclusions qui permettraient aux planificateurs des politiques de mieux s'assurer que les patients tirent des avantages optimaux de leur pharmacothérapie, pendant qu'il se fait l'usage le plus efficient possible des rares ressources disponibles. Cette approche pourrait influencer sur la façon dont les médecins de famille prescrivent des médicaments à leurs patients et sur la qualité des soins qu'ils leur prodiguent, sans pour autant avoir d'effets sur les dépenses en matière de santé, et elle pourrait très bien réduire les coûts d'ensemble. Comme la collaboration entre ces deux groupes de fournisseurs de soins de santé travaillant traditionnellement dans un isolement relatif s'est améliorée, le modèle offre une stratégie viable de réforme des soins primaires pouvant être instaurée dans n'importe quelle compétence.

## Rentabilité (16 projets)

### Résultats constatés par les équipes de projet

- ❑ Pour la plupart, les études ont permis de constater que les interventions produisaient des économies de coûts (de l'ordre de 32 % à 114 %, plusieurs études ayant signalé des économies de plus d'un million de dollars par année).
- ❑ Les résultats pour la santé ont été comparables ou supérieurs (hausse de la satisfaction envers les soins, hausse de la fonction, amélioration des taux de guérison, amélioration de la qualité de vie, niveaux supérieurs de participation aux soins, moins d'hospitalisations/de retours à l'hôpital, congé de l'hôpital obtenu plus tôt).
- ❑ Baisse du fardeau de soins porté par la famille.
- ❑ Les soins formels et informels sont complémentaires; ils ne se substituent pas les uns aux autres.
- ❑ Les soins communautaires sont nettement moins chers que les soins à domicile.
- ❑ Les clients et les soignants informels font une contribution importante aux coûts des soins des clients de la collectivité (50 %) et des clients des établissements de soins prolongés (33 %).
- ❑ Certains projets ont produit des données pouvant être utiles à la modification des politiques ou pratiques organisationnelles, ce qui permettrait des économies importantes sur les coûts des programmes; certains rapports produits ont amélioré la capacité de surveiller les coûts et, partant, de les contrôler.
- ❑ La capacité de rendre accessibles les données nationales a facilité les comparaisons entre compétences pouvant être utiles à l'analyse de diverses politiques fédérales, provinciales et territoriales.
- ❑ Certaines études ont fait état de stratégies de mise en œuvre d'interventions d'intensité supérieure tout en maintenant le niveau des coûts.
- ❑ Les plans provinciaux d'assurance médicaments varient largement dans leurs politiques et procédures, notamment dans leurs approches d'approbation des médicaments, une démarche qui a des répercussions profondes sur les coûts des programmes.
- ❑ Il faudrait mettre sur pied un Comité national d'étude scientifique qui évaluerait les coûts comparatifs, l'innocuité et l'efficacité des médicaments sur ordonnance.

### Difficultés

- ❑ Plusieurs études ont mentionné un facteur désincitatif systématique aux modèles économiques de pratique (p. ex., une grille d'honoraires des médecins et psychiatres favorisant l'intervention institutionnelle plutôt que communautaire).
- ❑ Les contraintes en matière de ressources humaines et la brève période de participation des professionnels ont nettement limité l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies d'économie.



- ❑ Certaines études n'ont relevé aucune différence entre les coûts ou les résultats car les échantillons étaient trop petits.
- ❑ La brièveté des évaluations a restreint la capacité des chercheurs de tirer des conclusions définitives en matière de rentabilité.
- ❑ Il a été difficile d'évaluer le caractère approprié des décisions provinciales en matière de rentabilité au chapitre de l'inscription de nouveaux médicaments à la liste en raison des divergences d'approche, tant dans les provinces qu'entre elles, et parce que l'information fournie par les établissements pharmaceutiques était généralement incomplète et disparate.
- ❑ Dans plusieurs projets, on a signalé que les pratiques courantes de cueillette des données ne permettaient pas la réalisation de l'analyse coût-efficacité.

**Exemple 1    Rentabilité**  
**NA246        Évaluation des pratiques provinciales concernant l'établissement des listes de médicaments - avec une attention particulière aux approches rentables** ( Études parallèles : NA201, NA235, NA 222, NA 227)

Pour la plupart, les gouvernements provinciaux subventionnent le coût des médicaments sur ordonnance d'au moins une partie de leur population (ordinairement les personnes âgées et les prestataires d'aide sociale) et le coût croissant de ces programmes constitue un grand souci. Le financement gouvernemental des médicaments sur ordonnance a augmenté de 87 % pendant les années 1990, dépassant de loin les hausses connues dans les autres secteurs de la santé. Le FASS a financé plusieurs projets visant à juger de la faisabilité et de la valeur de l'élaboration d'un système uniforme d'analyse des données nationales sur la consommation de médicaments et sur les résultats afin d'aider les gestionnaires des régimes publics d'assurance médicaments à créer des politiques de contrôle des coûts et des approches normalisées d'inscription des médicaments aux listes de produits assurés. Des clients comme Sarah, qui doit s'en remettre aux régimes provinciaux pour financer sa médication, se préoccupaient également du manque de transférabilité et de transparence de leurs régimes d'assurance médicaments. Sarah s'est étonnée de découvrir qu'elle ne pouvait pas avoir accès à la couverture des médicaments nécessaires au contrôle de la rare affection cutanée dont elle souffre après avoir emménagé dans une autre province pour y vivre avec sa fille. Les régimes provinciaux d'assurance médicaments se distinguent nettement les uns des autres par leurs politiques et procédures, y compris leurs approches d'approbation des médicaments, une démarche ayant de grands effets sur les coûts des programmes et sur l'accès des patients à la couverture.

La présente étude a permis d'évaluer les processus actuels d'inscription des médicaments à cinq formulaires provinciaux (Alberta, Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick, Ontario et Québec), en portant particulièrement attention à la rentabilité du médicament dans son

application à la démarche d'acceptation de cinq nouveaux médicaments de marque dans ces provinces. Selon l'hypothèse de base, on visait à fournir ces médicaments au meilleur coût possible, avec le plus d'avantages et le moins de risques possible. L'évaluation a pris la forme d'une étude d'observation en coupe transversale de représentants des gouvernements fédéral et provinciaux et de représentants d'une société canadienne de recherche pharmaceutique qui ont répondu à quatre questionnaires dans deux catégories : objectifs généraux des structures organisationnelles, procédures, expertise, obligation redditionnelle, méthodes et données de surveillance d'une part, et d'autre part des questions propres au médicament portant sur l'expérience des médicaments inscrits afin d'identifier les fondements de la décision d'inscrire ou de ne pas inscrire à la liste, ou de rayer de la liste, le médicament.

Bien que les cinq provinces aient exécuté une évaluation scientifique systématique des nouveaux médicaments avant de les inscrire à la liste, l'approche d'inscription des médicaments aux formulaires provinciaux n'était pas scientifique, n'était pas axée sur des données probantes, n'était pas transparente et n'était pas uniforme d'une province à l'autre. Les évaluations des médicaments dépendent largement des données économiques fournies par les fabricants, deux seulement des cinq provinces ayant mené leur propre évaluation économique et cela, à de rares occasions seulement. Les établissements pharmaceutiques différaient beaucoup par leurs méthodes et par leur estimation du coût des médicaments. Il était rare de trouver des renseignements sur les coûts indirects et sur l'impact du médicament sur la qualité de vie du patient. Les provinces ont généralement constaté l'absence de données importantes dans la présentation des produits, y compris l'efficacité et l'innocuité du médicament relativement aux produits substitutifs, la rentabilité de traitements particuliers et le coût total porté par le régime provincial de soins de santé.

L'étude NA246 a démontré que les méthodes actuelles d'évaluation de la rentabilité des médicaments en vue de leur inscription aux formulaires provinciaux ne reposaient pas sur des données probantes et n'étaient pas uniformes d'une province à l'autre. La diversité interprovinciale, au sens des processus décisionnels et du degré de dépendance envers des sources externes d'information et d'analyse (fabricants), des critères d'évaluation et des priorités provinciales, signifiait que certains médicaments étaient inscrits au formulaire de certaines provinces, mais pas des autres. Cela risque de ne pas servir les intérêts de la population canadienne et des personnes touchées, comme Sarah, qui s'en remettait aux régimes provinciaux d'assurance médicaments pour l'obtention de ses médicaments assurés. Les coûts pris en compte tendaient à être des estimations de l'impact sur le budget du régime provincial plutôt qu'une évaluation d'ensemble des coûts imposés au système provincial de santé et aux patients. Des critères d'évaluation clairs et un comité national d'examen scientifique servant à évaluer l'innocuité et l'efficacité comparées des médicaments sur ordonnance afin d'instaurer une concentration sur le client dans la gestion du formulaire, et davantage d'études après la mise en marché sur l'efficacité, l'innocuité et le coût des médicaments seraient avantageux. Une trousse normalisée de présentation et davantage de transparence dans le processus décisionnel provincial/territorial aideraient à rendre la démarche de décision sur l'inscription à la liste plus acceptable pour tous les intéressés. Les projets NA201 et NA235 ont produit une

base de données des pratiques et coûts nationaux en matière de consommation de médicaments et compilé des données sur les demandes de remboursement dans cette base de données (projet OPUS). Ces projets ont fourni des exemples d'analyse des données dont les assureurs ont dit qu'elles pourraient être utiles à la modification des politiques ou des pratiques et dont pourraient résulter des économies appréciables sur les coûts des programmes tout en produisant des rapports aptes à améliorer la capacité de l'assureur de surveiller et de contrôler les coûts.

**Exemple 2  
BC421**

**Rentabilité  
Projet d'évaluation de l'initiative des niveaux de soins de  
remplacement (Programme Carelinks)**

**NA0101-1 à 14**

**et  
Évaluation nationale de la rentabilité des soins à domicile  
(Études parallèles : NA0132, QC123, SK124, NA201)**

La plupart des provinces, récemment, ont fait ressortir leurs difficultés financières, citant parmi les grands facteurs de ces problèmes l'escalade des soins de santé. Les promoteurs des projets du FASS ont envisagé divers types de transition des soins de santé, dont l'un se constituait d'une manière plus économique de fournir les services. Un grand nombre d'analyses des coûts réalisées dans une multitude de circonstances, qui portaient sur toute une gamme d'états et de stades de la vie a été financé par le FASS. Certaines d'entre elles touchaient les conséquences financières de la fourniture de services intégrés de soins à domicile, des niveaux substitutifs de soins hospitaliers, de l'administration à domicile de thérapies antibiotiques par voie intraveineuse et des coûts des médicaments sur ordonnance tandis qu'un vaste programme de recherche à volets multiples s'intéressait à l'évaluation nationale de la rentabilité des services de soins à domicile

En Colombie-Britannique, on a évalué un programme de congé rapide instauré dans deux hôpitaux d'une région de santé, qui visait à améliorer la coordination en utilisant le personnel des soins communautaires (plutôt que le personnel hospitalier) pour améliorer les liens entre les soins continus et les soins hospitaliers. Des clients comme M. P., qui s'était fracturé une hanche et n'avait plus besoin d'occuper un lit en soins actifs, ont eu plus tôt leur congé de l'hôpital et ont reçu les soins appropriés chez eux, dans la collectivité, ou en établissement de soins prolongés. Ce programme, nommé « Carelinks », était financé dans le cadre d'une restructuration qui comprenait la fermeture d'une aile de 30 lits et l'élimination de certains des postes du personnel afin de réaffecter des ressources à des services comme la coordination des clients, les unités de soins transitoires et l'amélioration des ressources de soins communautaires. La réaffectation des ressources au programme Carelinks a été économique, produisant une économie de presque un million de dollars pendant l'année qui a suivi la restructuration et la mise en œuvre du programme. Des clients comme M. P ont fait état d'une amélioration de leur état de santé et d'un niveau supérieur de satisfaction tandis que les

médecins et le personnel se sont montrés positifs et satisfaits du programme. Une autre étude, qui évaluait les soins hospitaliers relativement aux soins à domicile pour les personnes âgées (SK124), a aussi mené à la conclusion que le coût de la fourniture de soins à domicile était inférieur au coût de la fourniture d'un niveau substitutif de soins en milieu hospitalier.

L'Évaluation nationale de la rentabilité des soins à domicile (NA101) se constituait de 15 sous-études du coût des soins à domicile relativement à celui des soins en établissement. Six études ont porté sur les soins à domicile en tant que substitut aux soins de longue durée et neuf études, sur les soins à domicile en tant que substitut aux soins hospitaliers ou aux services de soins actifs. Les études ont permis de constater que dans l'ensemble, les soins à domicile étaient généralement moins chers à tous les niveaux de soins que les soins en établissement et que la qualité des soins était au moins équivalente. Le coût d'ensemble, pour une province, du soin à domicile des clients était inférieur au coût des soins en établissement, les principales économies étant réalisées aux échelons inférieurs des soins pour les personnes dont le type de soins était stable avec le temps. Plusieurs études, toutefois, ont jugé que les coûts informels de la vie dans la collectivité et de la vie en établissement étaient considérables, les soignants informels représentant environ la moitié du coût des soins prodigués aux clients vivant dans la collectivité et environ un tiers du coût des soins des clients vivant en établissement. Une étude évaluant les avantages économiques d'un hôpital gériatrique de jour, reposant sur l'évolution de l'autonomie fonctionnelle (NA0101-10), y a trouvé un avantage de 114 %. Le coût des soins à domicile, dans le cas des traitements antibiotiques intraveineux des personnes atteintes de cellulite (NA0101-11) était inférieur à celui des soins hospitaliers, même en présence de visites multiples aux urgences. Le coût des soins à domicile relativement à la gestion hospitalière des problèmes d'alimentation des nouveau-nés (NA0101-12) n'a montré aucune différence dans les coûts directs pris en charge par la famille, les coûts de la prestation en milieu hospitalier ou les coûts totaux du système mais le groupe ayant reçu ses soins à domicile affichait un taux nettement plus élevé de bébés nourris exclusivement au sein et de satisfaction des mères. Un programme de réaction rapide instauré en Saskatchewan (NA0101-14) a confirmé que les coûts de la fourniture de services communautaires entamée par le programme de réaction rapide étaient inférieurs aux coûts de la prestation de soins hospitaliers.

La comparaison de l'administration à domicile et en milieu hospitalier de la chimiothérapie des enfants atteints de cancer (NA0132) a montré des coûts plus élevés de personnel, de fournitures et de médicaments dans le groupe des soins à domicile mais une réduction des frais connexes de déplacement, de stationnement et de garde d'enfants, et une très nette amélioration de la qualité de vie des enfants et de leur famille. Une étude dans le cadre de laquelle on a mis en œuvre un réseau de services intégrés de soins à domicile (QC123) a permis de constater que dans l'ensemble, les coûts publics relatifs aux clients jouissant d'une gestion enrichie de leur cas et de services psychosociaux dans la collectivité étaient comparables, avec le temps, aux coûts relatifs aux soins de longue durée. Toutes les études montrent que des clients comme M. P sont plus satisfaits et jouissent d'une meilleure qualité de vie quand ils reçoivent leurs soins dans la collectivité plutôt qu'en établissement, quand c'est possible. Ces données probantes cumulatives soulignent le fait que les soins post-actifs à domicile et les soins

communautaires de longue durée sont essentiels à l'amélioration de la qualité et de l'aptitude à réagir des services et au recours judicieux aux ressources mais qu'à moins de fermer des lits d'hôpital, plusieurs services communautaires constituent simplement un coût supplémentaire. Ces études fournissent des exemples de la façon de restructurer les processus organisationnels existants plutôt que d'en instituer de nouveaux afin d'en tirer des économies appréciables et un continuum de soins mieux intégré.

## Qualité des soins (4 projets)

### Résultats constatés par les équipes de projet

- ❑ Le succès des projets d'évaluation dépendait de la participation active du personnel clinique, de la présence sur place d'un champion de projet, de l'appui de personnes compétentes en méthodologie, de l'étude de la documentation, de l'animation des groupes de discussion, de la cueillette et de la manipulation des données, de la planification et de la gestion financière.
- ❑ Les indices importants d'évaluation de la qualité des soins comprenaient : la durée de l'intervalle entre l'aiguillage et le premier contact, la somme de temps que consacraient les fournisseurs à leur intervention, l'information reçue sur le programme et le motif de prestation des services, la compréhension du plan de service et des services nécessaires, l'appui à la gestion des états de santé, l'appui à la vie autonome dans la collectivité.
- ❑ Les indices relatifs aux soins de qualité en milieu clinique comprenaient les paramètres de premier contact des soins primaires, le caractère longitudinal, l'état complet et la coordination.
- ❑ Les clients avaient le sentiment que les personnes qui fournissaient ou administraient les services étaient déterminées à combler les lacunes identifiées de la prestation des services.
- ❑ Des services spécialisés de consultation faisant appel à des interprètes, à des intermédiaires culturels et à des experts de la psychiatrie culturelle ont nettement amélioré la qualité des soins fournis aux communautés ethnoculturelles, aux immigrants, aux réfugiés et aux Autochtones.
- ❑ Il est plus aisé de répondre aux besoins des groupes d'intérêt spécial en élaborant des services supplémentaires, et par le biais de la formation continue et de l'appui aux institutions cliniques et au personnel.
- ❑ La démarche de consultation serait facilitée par une compréhension réciproque claire de la demande d'aiguillage et par la fourniture d'un rapport de suivi lisible.
- ❑ Les améliorations potentielles suggérées en vue d'une meilleure consultation comprenaient : des formulaires normalisés d'aiguillage; de meilleures possibilités de consultation téléphonique; le transfert informatisé de l'information; le recours aux infirmières pour aider à la communication avec toutes les parties; l'amélioration de la communication entre le médecin orienteur et le patient afin d'aider ce dernier à comprendre l'objet de l'aiguillage.

### Difficultés

Peu de difficultés ont été explicitement identifiées par le personnel des projets. Les deux à l'être touchaient la nature même du projet et les perceptions des clients y ayant pris part.

- ❑ Les cliniciens (médecins et infirmières) se sont dits inquiets que le temps consacré à la cueillette de données n'empiète sur le temps disponible pour le soin des clients.
- ❑ Les clients ont indiqué qu'il y avait lieu d'améliorer la communication.
- ❑ Dans le cadre conventionnel de la santé mentale, les obstacles linguistiques et les complexités culturelles peuvent empêcher l'évaluation et le traitement adéquats des désordres psychiatriques; il demeure d'importants besoins insatisfaits en matière de santé mentale chez les peuples autochtones, les immigrants, les réfugiés et les revendicateurs du statut de réfugié; il règne un besoin clair d'équipes ou de services multidisciplinaires spécialisés permettant de joindre l'expertise aux connaissances culturelles et aux compétences linguistiques.
- ❑ Les programmes universitaires en santé mentale devraient être étoffés, particulièrement au chapitre de la formation des praticiens en santé mentale qui seront appelés à communiquer par le biais d'interprètes avec des patients de culture différente; les interprètes ont besoin d'une formation supplémentaire pour enrichir leur expertise du travail avec des patients de santé mentale.
- ❑ Les normes d'assurance de la qualité et d'homologation de compétences culturelles générales et spécifiques doivent être poussées plus avant et appliquées tant à la formation qu'aux programmes de services des professionnels de la santé mentale et des fournisseurs de soins primaires.
- ❑ Il faut créer d'urgence un réseau national transculturel sur la santé mentale apte à servir de centre national d'échange de modèles d'intervention, de ressources cliniques et de matériel de formation.

### **Exemple 1    Qualité des soins**

#### **QC428        Évaluation des services de consultation psychiatrique externe pour les personnes âgées**

On compte parmi les conséquences du vieillissement de la population le fait que les médecins de premier recours traitent un nombre croissant de désordres psychogériatriques. Ces médecins s'en remettent souvent à la consultation de psychiatres, mais l'interaction entre les médecins de premier recours et le psychiatre consultant, dans le cas des patients âgés, peut être problématique. Rita avait remarqué que sa vieille mère, Mary, se faisait de plus en plus léthargique et perdait tout intérêt pour les activités sociales. Elle avait également noté chez elle des signes de perte de mémoire à court terme. Quand Rita a fait part de ses observations à son médecin de famille, celui-ci lui a recommandé d'amener sa mère voir un psychiatre gériatrique à la clinique externe de l'hôpital local. Rita a quitté le bureau du médecin avec un sentiment de confusion et d'incertitude quant à l'objet d'une telle consultation et elle n'était pas certaine de vouloir se plier à cette recommandation. C'est en réaction à ce genre de situation qu'un groupe

de fournisseurs de soins de santé de la clinique de gériatrie de l'hôpital St. Mary's, à Montréal (Québec), a décidé d'évaluer la démarche de consultation en psychiatrie pour les personnes âgées ainsi orientées pour leur dépression ou pour d'autres plaintes psychogériatriques courantes du point de vue du patient et de sa famille, du médecin orienteur et du consultant.

Rita et sa mère ont été invitées à prendre part à la présente étude, qui vise à enquêter sur ce qui se passe quand un médecin de premier recours aiguillonne un patient vers une consultation avec un psychiatre gériatrique. L'objet de l'étude était d'aider à préciser la façon dont les spécialistes et les médecins de premier recours peuvent en venir à la meilleure collaboration possible dans le traitement des personnes âgées vivant des problèmes de santé mentale. La démarche de consultation en gériatrie comprenait les vues du patient et de sa famille, du médecin orienteur et du psychiatre consultant. Rita et sa mère ont été reçues en entrevue avant la consultation afin que l'on détermine leurs attentes, et immédiatement après afin que l'on juge de leur niveau de satisfaction. Le consultant a aussi rempli un questionnaire, immédiatement après leur visite, évaluant les renseignements fournis par le médecin orienteur et exposant le plan de traitement. Un mois après la consultation, le médecin orienteur a été interrogé sur son degré de satisfaction quant à la consultation.

Bien que pour la plupart, les patients et les médecins de premier recours soient satisfaits de la démarche de consultation, l'acceptation n'est que modérée parmi les médecins de premier recours et les consultants quant au type de consultation demandé, au motif de la consultation et à la responsabilité du traitement ultérieur. Certains des problèmes rencontrés dans la démarche de consultation comprenaient le fait que plusieurs patients n'avaient pas d'attentes claires quant à la consultation et ont été moins satisfaits de la profondeur de la relation pendant la consultation (trop superficielle) et de la durée de la consultation (trop brève). Il y avait entre les deux groupes de médecins des différences qui semblaient rendre moins facile à atteindre le but des soins en santé mentale.

L'étude indique que cette démarche peut être améliorée si des méthodes particulières d'amélioration de la communication et, partant, de la qualité des soins prodigués au patient, sont mises en œuvre, notamment : une compréhension réciproque claire de la demande d'aiguillage entre le médecin orienteur et le psychiatre; la remise d'un rapport de suivi lisible (dactylographié); des formulaires d'aiguillage normalisés; de meilleures possibilités, pour le médecin orienteur, de consulter le psychiatre au téléphone; le transfert informatisé de l'information; le recours aux services d'une infirmière pour aider à la communication avec toutes les parties; une meilleure communication entre le médecin orienteur et les patients, comme Rita et Mary, afin de les aider à comprendre l'objet de l'aiguillage.

La situation des soins de santé, ailleurs au Canada, est très semblable à la situation actuelle du Québec : baisse des services hospitaliers, hausse des services ambulatoires et coupure des lits en psychiatrie, sinon fermeture des installations. Une nouvelle répartition des responsabilités du soin des personnes âgées atteintes de maladies mentales, comme Mary, fait partie d'un effort de meilleure utilisation des ressources hospitalières et des spécialistes (psychiatres



gériatriques) en tant que ressources expertes pour les médecins de premier recours dans leur nouveau rôle de « gestionnaires » de la santé des personnes âgées. Le modèle élaboré devrait améliorer la démarche et les services de consultation dans d'autres cadres, comme les centres locaux de soins de santé et d'autres organismes qui fournissent des services gériatriques dans la collectivité. La même approche d'évaluation pourrait être appliquée aux consultations de spécialistes autres que les psychiatres afin d'instaurer une meilleure qualité de soin des Canadiens âgés.

**Exemple 2    Qualité des soins**  
**SK121        Examen des programmes de soins palliatifs**

La réticence qu'ont certains fournisseurs de soins de santé à qualifier leurs patients de « malades en soins palliatifs » et le stigmate des expressions « mort », « mourant », « hospice » et « soins palliatifs » sont reconnus depuis longtemps comme des obstacles à la prestation de soins aux personnes en fin de vie. Les fournisseurs spécialisés dans les soins aux gens en fin de vie ont relevé le besoin urgent de rendre les services de diagnostic, d'appui, de soulagement de la douleur et des symptômes, d'hospice, de relève et de deuil visibles, intégrés, complets et accessibles dans leurs collectivités. Les soins palliatifs constituent un domaine important et grandissant car le vieillissement de la population et la prévalence croissante de maladies chroniques comme le cancer et le sida accentuent le besoin de soins holistiques, empreints de compassion, des mourants et de leur famille. Quand un lymphome a été diagnostiqué chez Frank, qui avait 89 ans, il a refusé le traitement et il s'est passé un certain temps avant qu'il parle à qui que ce soit de son diagnostic, préférant le garder pour lui. Des mois plus tard, s'étant finalement rendu compte de l'état de Frank, son fils Ben était au bord de la panique car il n'était pas au courant de l'existence de ressources communautaires ou de traitements pouvant assurer à son père le confort et le soutien. Il avait entendu dire qu'un hospice communautaire existait mais craignait que son père ne croie qu'il l'« abandonnait » s'il demandait l'aide de cet établissement. Il s'y perdait dans les nombreux médicaments, traitements et médecins contribuant au soin de son père, savait que Frank ne serait bientôt plus en mesure de se soigner lui-même et devrait emménager dans un établissement mais ne savait pas vers qui se tourner. Les difficultés vécues par Frank et par Ben figurent parmi les raisons pour lesquelles le Conseil de santé du district de Moose Jaw-Thunder Creek a approuvé une proposition de programme complet de soins palliatifs permettant d'intégrer les soins à domicile, les soins actifs et les soins de longue durée. Le programme visait à monter des services coordonnés et efficaces et à garantir qu'ils seraient connus et acceptés de personnes comme Ben et son père ainsi que de la collectivité.

On a décidé qu'avant de mettre la proposition en œuvre, il importait de discerner les lacunes et chevauchements des services existants ainsi que les ressources nécessaires pour fournir un programme ininterrompu de soins aux mourants à l'échelle du district. Les chercheurs voulaient savoir si la population était au courant des services de soins palliatifs disponibles

dans la collectivité, si les ressources et services existants étaient adéquats et si les familles, le personnel et les autres parties ayant recouru à ces services en avaient été satisfaits. Des entrevues et sondages ont été réalisés auprès d'un échantillon de clients des soins palliatifs qui avaient recouru aux services et des soignants, fournisseurs de services et travailleurs communautaires connexes (clergé, personnel des salons funéraires, travailleurs de la santé et travailleurs sociaux). L'approche était largement qualitative, quelques raffinements quantitatifs ayant été greffés aux résultats des entrevues et sondages au moyen de la cueillette de données statistiques sur les aspects démographiques, le budget, le recours à des services comme les soins de relève de longue durée et les procédés de programme. Une étude complète de la documentation a également été réalisée.

Frank et Ben ont été satisfaits, dans l'ensemble, des services de soins palliatifs obtenus. Ils jugeaient le programme bien coordonné, d'un coût raisonnable, et estimaient qu'il avait aidé Frank à se faire à la douleur, à la maladie et à ses difficultés d'ordre spirituel et affectif. La plupart des membres du personnel ayant prodigué des soins palliatifs, ainsi que les membres associés de la collectivité, ont indiqué que les soins rejoignaient le groupe cible voulu et qu'ils étaient bénéfiques pour les clients et leurs soignants. Ils ont indiqué le besoin d'adopter une approche interdisciplinaire de l'élaboration de nouveaux systèmes et politiques et désigné une lacune considérable dans les communications et dans l'insatisfaction quant à l'information disponible mise à la disposition de la population, du personnel et des médecins.

Certains soignants se sont dits inquiets que leurs proches aient eu trop tôt leur congé de l'hôpital ou des installations de soins de relève et ont mis en doute la disponibilité de l'appui aux soins à domicile. Certains membres du personnel et intervenants ont souligné les carences du programme existant, dont les services n'étaient pas coordonnés, auquel il manquait du personnel ou des lits de soins de relève, dont les dispositions de soutien dans le deuil étaient insuffisantes et qui ne comptait pas de participation des médecins. Il existait aussi un manque perçu d'information disponible sur le programme. À l'instar de Frank, les répondants étaient pour la plupart peu au fait de l'existence du programme avant d'en avoir besoin (40 % du personnel et 53 % des intervenants n'étaient qu'« assez » conscients de la gamme des services accessibles). Les résultats de cette étude ont indiqué que l'efficacité de ces services communautaires de soins palliatifs pourrait s'améliorer s'il existait des stratégies d'instauration d'une meilleure coordination, d'une meilleure intégration et d'une plus grande sensibilisation de la population quant aux services disponibles dans chaque région. Il en résulterait un accès opportun, positif et complet aux soins palliatifs et de relève dont jouiraient des gens comme Frank et Ben afin d'améliorer la qualité de vie de Frank ainsi que la qualité de sa mort.

## Leçons apprises

Dans le document de synthèse *Pour l'avenir d'un système canadien de santé reposant sur des données probantes*, l'auteur indique que « [d]es projets couronnés de succès ont permis de faire des constatations en rapport direct avec des milliards de dollars de dépenses de santé et la vie et la santé de millions de Canadiens » et que « [b]eaucoup de projets ont, en fait, transformé les politiques et les pratiques ». Mais il y a aussi eu des projets que l'auteur qualifie d'« échecs nobles », qui ont apporté « de précieuses informations sur les obstacles au changement ». Nous joignons sept exemples de projets ayant rencontré différents problèmes et formes d'opposition soit dans les méthodologies employées pour les mener à bien, soit dans la façon dont les nouveaux modèles de pratique ont été mis en œuvre.

On a relevé dans le cadre de certains des projets un « ensemble impressionnant, complexe et chronophage d'approbations, d'autorisations, d'ententes contractuelles et de politiques auxquelles il fallait se plier avant que le projet puisse démarrer ». D'autres ont fait état de difficultés considérables et d'une certaine résistance à la définition des rôles, responsabilités et philosophies des membres de l'équipe de soins dans leurs efforts pour mettre en œuvre des modèles de soins plus intégrés. D'autres encore ont rencontré de nombreux problèmes technologiques complexes résultant d'une planification inadéquate, de la connaissance limitée des exigences et de la réglementation changeante régissant l'utilisation de la technologie dans la prestation des soins de santé.

La présente évaluation appuie la prémisse voulant que la capacité de changement soit liée au mode de gestion du changement et au mode de mise en œuvre des nouveaux modèles. Nous avons choisi de donner aux vignettes qui suivent le titre de « Leçons apprises » afin de faire ressortir le fait que des perspectives précieuses apparaissent et que des résultats inattendus sont obtenus devant des difficultés insurmontables : de fait, que ces perspectives et résultats découlent parfois directement des difficultés.

**Exemple 1**    **Leçons apprises**  
**NA369**        **Différences socio-économiques dans l'utilisation des soins de santé : pourquoi y a-t-il des obstacles autres que financiers aux services « médicalement requis »?**

Alors qu'elle entreprenait une étude des différences socio-économiques dans l'accès aux soins de santé au Canada, une équipe de chercheurs universitaires de cinq provinces (Colombie-Britannique, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Nouvelle-Écosse) a mis à jour un système profondément vicié et fractionné de tenue des données provinciales-fédérales en matière de santé qui a posé un obstacle majeur au regroupement des données aux fins de la recherche. Ce projet visait à créer un réseau pancanadien d'analystes et de chercheurs en santé qui allait

monter une base de données fédérale-provinciale et une structure organisationnelle apte à préciser les relations complexes unissant les facteurs démographiques, l'accès aux services de santé et les résultats pour la santé. L'objectif consistait à abattre les obstacles provinciaux à l'analyse découlant des différences des concepts et définitions des bases de données provinciales ainsi que des différences des politiques en matière d'accès aux données et de partage des données. Les données reliées de ce projet combinaient les meilleures données fédérales et provinciales en matière de santé qu'il était possible de trouver sur les caractéristiques démographiques, socio-économiques, de ménage, d'emploi et de santé des Canadiens (ENSP 1994, 1996) avec les renseignements les meilleurs et les plus détaillés disponibles sur l'utilisation des soins de santé (bases de données administratives sur les soins de santé, 1992-1998). Nombre d'obstacles découlant des politiques et de la logistique, toutefois, ont retardé l'élaboration de la base de données.

Les chercheurs se sont trouvés devant un ensemble impressionnant, complexe et chronophage d'approbations, d'autorisations, d'ententes contractuelles et de politiques auxquelles ils ont dû se plier avant que le projet puisse démarrer. Ils ont fait face à des différences provinciales de législation, de politiques et de procédures visant à assurer la protection des renseignements personnels et du caractère confidentiel des données en matière de santé, ont eu peu d'appui au chapitre du partage interprovincial des données et ont dû trouver des solutions à des conflits de priorités bureaucratiques. La tenue des données était en soi difficile, différents renseignements étant recueillis et différents systèmes d'encodage étant utilisés selon les provinces pour les demandes de remboursement des médecins, les données sur les congés de l'hôpital (recueillies selon des normes élaborées par l'Institut canadien d'information sur la santé) et d'autres bases de données, ce qui a dressé un obstacle appréciable à l'utilisation et aux résultats de la recherche interprovinciale. Cette étude a jeté de la lumière sur les pratiques non efficaces de cueillette des données et sur les systèmes de protection des données au Canada, pour la résolution desquelles il faudra faire montre de volonté politique et administrative.

Il est remarquable qu'en dépit de cette difficulté et des obstacles rencontrés, le projet ait pu produire un cadre coopératif efficace – un réseau pancanadien de chercheurs, d'analystes, de centres de recherche provinciaux et d'organismes fédéraux – reliant l'information en matière de santé de cinq bases de données provinciales à une base de données nationale de compétence fédérale dans le but d'étudier les effets des déterminants de la santé sur le recours aux services de santé et sur les résultats pour la santé. Les liens de données de la présente étude créent d'extraordinaires possibilités de recherche auparavant inaccessibles au Canada et généralement inaccessibles à l'échelle internationale. La gestion et l'expansion de la base de données requerront d'importants nouveaux appuis organisationnels, y compris le soutien explicite des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, de nouvelles politiques sur le partage des données et des procédures harmonisées d'examen relatives au droit à la vie privée et à la confidentialité. La promotion d'efforts de recherche fructueux dans ce domaine exigera la mise sur pied de partenariats de recherche combinant l'expertise du gouvernement fédéral, des provinces et des établissements universitaires.

La détermination et la ténacité des participants à l'étude ont mené au succès et les chercheurs ont formulé des recommandations précises qui aideront les futurs chercheurs à obtenir les données nécessaires aux études à venir. Il serait bon que Statistique Canada s'applique à donner plus de souplesse à ses contrats avec des chercheurs externes en élargissant sa définition du « produit » attendu des employés réputés. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pourrait continuer d'accorder une priorité élevée à l'élaboration de normes de données et à la recherche de solutions aux différences de code. L'ICIS et le gouvernement fédéral devraient insister fortement sur la vaste diffusion des technologies aptes à faciliter la recherche interprovinciale et longitudinale en matière de santé, comme le système de groupement national et le système de groupement des cas analogues. Les avantages produits par cette étude dépassent l'étude de l'accès aux services de soins de santé. Les leçons apprises, les défis organisationnels surmontés et les données produites constitueront une ressource importante pour une gamme entière de recherches sur les services de santé et sur la santé de la population.

**Exemple 2    Leçons apprises**  
**AB301-22    Projet de soins de santé primaires pour le secteur d'Elnora**

Le FASS reconnaissait que les communautés rurales avaient des difficultés particulières au chapitre de l'accès aux services de santé, du transport et de la disponibilité des ressources tant matérielles qu'humaines. Les communautés éloignées ont peine à recruter et à maintenir en poste du personnel, à accéder aux soins primaires et aux spécialistes et à faire en sorte que les fournisseurs qu'elles ont déjà se tiennent au fait des dernières données probantes. Ces facteurs peuvent avoir des effets sérieux sur la santé des personnes qui habitent ces collectivités peu densément peuplées. Le FASS a financé plusieurs projets d'exploration des façons de résoudre les difficultés vécues par les habitants des zones rurales dans l'accès aux soins de santé, dans le redressement des pénuries de praticiens des soins de santé et dans le développement d'un meilleur système de prestation des services de santé. Dans le secteur d'Elnora du Conseil régional de santé de David-Thompson, la fermeture de l'hôpital local et l'absence de services de médecins a poussé les résidents à envisager des manières de créer une collectivité plus saine. Le projet des soins de santé primaires pour le secteur d'Elnora faisait partie d'une vaste initiative d'ensemble des Collectivités en bonne santé touchant cinq sites de la région et visant à élaborer, à instaurer et à évaluer un modèle de soins primaires destiné aux zones rurales où seraient combinés les soins primaires et les principes de développement communautaire. Le projet avait pour point de concentration la fourniture de services médicaux et d'urgence directement dans la collectivité, de concert avec des programmes d'information publique sur la santé et la sécurité.

Le projet comptait trois grands volets. Le premier portait sur l'établissement d'une équipe multidisciplinaire de soins primaires au centre de santé et sur l'addition clé d'une infirmière praticienne. Il cherchait à donner aux résidents du secteur d'Elnora des services de soins de

santé abordables, accessibles, efficaces et acceptables par l'introduction, au Centre rural de santé, de la fonction d'infirmière praticienne (IP), sa titulaire devant exercer des fonctions étendues de soins infirmiers, comme l'ordonnance de médicaments, la suture, les examens physiques, la commande et l'interprétation des tests de laboratoire, en plus d'assurer le maintien des fournitures d'urgence de base, de l'équipement et des médicaments connexes. Les services de l'IP ont été utilisés et acceptés et les gens n'avaient pas de difficulté à voir la différence entre une maladie ou une blessure nécessitant l'attention d'un médecin et celles que pouvait voir l'IP. Ils ont donc fait état d'une confiance accrue envers la gestion des urgences. Le deuxième volet se constituait de l'établissement de services accessibles, efficaces et abordables de soins primaires et le troisième, d'une action communautaire passant par la participation des résidents à une démarche de consultation visant l'identification des services à fournir. Ce dernier élément, issu des initiatives plus vastes Collectivités en bonne santé, était essentiel au projet.

Un cadre d'évaluation a été élaboré afin d'identifier les mesures et les méthodes de cueillette des données associées à quatre grandes questions de recherche sur des points comme la qualité des soins, l'accès aux soins et la participation communautaire. Les méthodes employées comprenaient des sondages auprès des clients, l'étude des documents et des groupes de discussion avec l'équipe du projet.

Le projet a dû vaincre d'importants obstacles dans l'élaboration et la mise en œuvre de ce modèle de pratique novateur. Il y a eu la difficulté d'intégrer des médecins au reste de l'équipe et de préciser le rôle des infirmières praticiennes et la nature de leur collaboration avec les médecins. La participation de la collectivité à l'instauration du projet a été inégale en dépit des structures établies dans le but de faciliter l'élaboration du projet. Pendant son déroulement, le sentiment d'appui de l'équipe a décru, tout comme le partage du leadership et la prise de décisions par consensus. Tant les professionnels que les représentants communautaires ne voyaient pas clair dans la tâche d'intégrer des principes de développement communautaires à l'amélioration des soins primaires.

Les chefs du projet ont identifié les facteurs clés à prendre en compte dans les futures initiatives d'élaboration de modèles de soins primaires dans les zones rurales : il faut réfléchir souvent aux rôles, notamment à la communication officielle constante et efficace entre tous les participants, tant fournisseurs de soins de santé que membres de la collectivité; il faut modifier la réglementation professionnelle pour permettre aux infirmières praticiennes d'exercer plus facilement dans le contexte du changement des cadres et des fournisseurs. La viabilité de ce genre de projet doit être assurée car la crainte de perdre les services à la fin de la période de financement constitue souvent une grande inquiétude au sein des collectivités de soutien.

**Exemple 3    Leçons apprises**  
**QC322        Un système d'optimisation de la planification et de la prestation**  
**des soins de première ligne - la pratique médicale de l'avenir**  
**(PMA) - Phase II**

De plus en plus, les systèmes de prestation des soins de santé reconnaissent les avantages potentiels à tirer de la technologie de l'information dans l'amélioration de la qualité des soins et des résultats pour la santé ainsi que dans la réduction des coûts administratifs et de la duplication des services. Comme le FASS reconnaissait l'importance du développement de ce domaine des soins de santé, il a appuyé de multiples projets provenant d'une gamme de fournisseurs et visant une gamme d'applications. Ce projet du Québec visait à rehausser la qualité des soins dispensés par les médecins de premier recours au moyen de l'instauration d'un système de dossiers électroniques en réseau permettant d'accroître l'accès aux données cliniques, comme les ordonnances antérieures et les résultats des tests de laboratoire, et à produire des alertes et rappels informatiques en matière de soins préventifs, de gestion des maladies chroniques et de problèmes possibles au chapitre des ordonnances. Le recours à une telle technologie a surtout été réservé aux établissements de soins de santé, sans songer beaucoup aux médecins de premier recours, bien qu'ils constituent les fournisseurs de première ligne du système de soins de santé. Le projet pilotait également un mécanisme que pourrait utiliser l'unité de santé publique pour surveiller la santé de l'ensemble de la population en tirant des données des dossiers des médecins.

Le plan original prévoyait l'évaluation de l'impact du modèle dans le cadre d'un essai aléatoire contrôlé. Cependant, au vu des difficultés rencontrées, l'évaluation a largement porté sur les problèmes de procédé. Comme le modèle n'a jamais atteint la fonctionnalité complète, l'évaluation du projet a porté sur les leçons apprises au sens des obstacles et complexités d'utilisation des dossiers électroniques de santé et sur les perspectives acquises quant aux solutions axées sur la réalité pour les élaborations à venir.

Non seulement les problèmes technologiques se sont-ils posés en grand nombre, mais encore le modèle a-t-il été jugé impropre à répondre aux besoins réels des médecins. Les exigences tant matérielles que logicielles étaient nettement supérieures aux prévisions. L'instauration, par exemple, du système de rappels électroniques dans un cabinet médical exigeait au moins un ordinateur supplémentaire, un branchement réseau entre la réceptionniste et le médecin et des outils logiciels de gestion de bureau. Les mises à niveau matérielles des postes de travail des médecins n'avaient pas assez de mémoire pour les logiciels du projet et il fallait de nouveaux ordinateurs. Les logiciels étaient mal adaptés aux besoins quotidiens des médecins de premier recours. Les difficultés posées par la sécurité des données et le consentement du patient ont été complexes et chronophages. L'entreprise ayant à l'origine reçu le mandat de fournir des dispositifs de sécurité des données n'a pas pu arriver à un produit satisfaisant, ce qui a amené le passage, plus tard, à un nouveau fournisseur. Les télécommunications ont été ardues pendant

tout le projet, ce qui a causé nombre de retards et de frustrations. Les visites des patients étaient nettement plus longues lorsque le dossier électronique de santé était utilisé (leur durée a parfois doublé), ce qui a instantanément créé un désincitatif financier pour les médecins. Un effort d'intégration d'outils d'aide à la prise de décisions comme les algorithmes et les LDPC a échoué car le produit de base du système de dossiers électroniques de santé n'avait pas été entièrement intégré à la pratique avant l'introduction de l'aide avancée à la prise de décisions. Jusqu'à ce que des composantes à valeur ajoutée viennent renforcer le déploiement des dossiers électroniques de santé et à l'aide avancée à la prise de décisions, les efforts visant à aider les médecins de premier recours à intégrer les lignes directrices canadiennes actuelles à leur population de pratique demeurent vains. Ces composantes comprennent des outils électroniques comme l'information sur les médicaments distribués, des manières plus faciles de fournir une aide avancée à la prise de décisions par la détection des interactions médicamenteuses, des contre-indications relatives aux maladies et médicaments, des allergies aux médicaments et par la fourniture électronique des résultats des tests de laboratoire visant à réduire les frais administratifs fixes et à abréger la période de récupération des résultats des tests.

Bien que les résultats de l'étude s'éloignent quelque peu des attentes, il ne faut pas croire qu'ils ont moins de valeur car les enseignements qui en ont été tirés sont critiques pour l'orientation future des politiques de santé dans ce domaine. Sur le plan régional, le projet a été le premier à aborder directement les politiques relatives à la réglementation de l'intranet provincial de la santé (Réseau de télécommunication sociosanitaire ou RTSS), qui relie entre eux les établissements publics de soins de santé. Les résultats de son recours aux communications du Service-T de Bell pour le branchement au RTSS peuvent mener à des révisions de la politique sur l'accès par les médecins et d'autres fournisseurs n'appartenant pas aux établissements publics officiels. Le projet a aussi été le premier à mettre à l'épreuve la transmission en direct de renseignements personnels de santé sur l'intranet de la santé entre la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et des cliniques privées. Le projet a lancé des méthodes d'évaluation de la protection de la vie privée, de la confidentialité et du consentement des patients à la transmission électronique de données sur leur santé. Les résultats sont suivis par SOGIQUE, le groupe de gestion de l'information du gouvernement du Québec, et seront intégrés aux délibérations sur les plans d'avenir dans le domaine. Les méthodes utilisées pour aborder les problèmes technologiques complexes rencontrés au fil de l'étude peuvent servir de prototype facile à reproduire ailleurs dans la province et dans tout le Canada, moyennant des incitatifs financiers appropriés pour le secteur des technologies de pointe ainsi que pour les professionnels en cabinet, et l'appui des gouvernements provinciaux et fédéral.



**Exemple 4**    **Leçons apprises**  
**BC402`**      **Évaluation des modèles cliniques de soins continus aux patients atteints d'insuffisance cardiaque globale**  
**QC303**      **Élaboration et application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales**

L'introduction de modèles cliniques ou de Lignes directrices concernant la pratique clinique (LDPC) dans le but de guider et d'orienter les soins de santé a été reçue de manières diverses depuis leur conception. Cet accueil va de l'approbation entière de la part de certains professionnels et administrateurs des soins de santé, qui considèrent les LDPC comme un modèle efficace de normalisation des pratiques divergentes et de facilitation des transitions des patients au fil du continuum des soins, à de dures critiques d'autres intervenants qui n'y voient qu'un moyen de capitation des niveaux de service et de dictature des pratiques au moyen d'une approche unitaire qui interdit la créativité et l'autonomie professionnelles. Le FASS a financé plusieurs projets de mise à l'épreuve et d'évaluation de nouvelles stratégies d'élaboration, de diffusion et d'acceptation des LDPC axées sur des données probantes élaborées par des scientifiques, des décideurs et des cliniciens.

Ces projets ont servi à l'élaboration et à la mise en œuvre de modèles cliniques – des directives pas à pas de gestion des soins en milieu hospitalier et dans la collectivité – permettant de garantir que les patients reçoivent des soins systématiques, axés sur des données probantes et qu'ils peuvent accéder aux services correspondant le mieux à leurs besoins. Dans le cadre de l'un de ces projets, des modèles cliniques ont été élaborés et instaurés pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque globale (ICG) dans des hôpitaux de la région de Vancouver et dans la collectivité. Les modèles cliniques se constituaient d'un diagramme normalisé décrivant et guidant les soins à prodiguer aux patients souffrant d'ICG depuis leur séjour à l'hôpital jusqu'à leur retour dans la collectivité. On espérait que ces modèles cliniques garantiraient l'utilisation adéquate des ressources dans ces deux milieux tout en améliorant les résultats obtenus par le patient. Dans le cadre d'une autre étude, réalisée celle-là au Québec, on a entrepris d'élaborer des LDPC sur le dépistage du cancer de la prostate, sur le traitement pharmacologique de l'angine stable, sur l'ordonnance d'examen d'imagerie médicale et sur l'utilisation de l'arthroscopie du genou. Les progrès limités accomplis dans tous ces domaines, sauf un, n'ont pas permis au projet de déterminer si les lignes directrices peuvent modifier la pratique médicale ni de définir la meilleure façon d'élaborer et d'instaurer des lignes directrices.

L'évaluation s'est faite par la réponse à des questionnaires par les membres du personnel du projet et par des médecins, par des entrevues avec le personnel hospitalier et dans la collectivité et par l'étude des dossiers hospitaliers et des bases de données provinciales sur la santé dans le but d'évaluer l'impact des modèles cliniques sur les résultats obtenus par les

patients, comme les taux de réadmission, la durée des séjours et la qualité de la vie. Les résultats des modèles en matière d'ICG indiquent des hospitalisations nettement réduites et la diminution des coûts, sans hausse du fardeau des soignants ou des clients ni transmission du fardeau financier du secteur des soins actifs au secteur communautaire. Les lignes directrices de dépistage du cancer de la prostate ont semblé réduire les tests de laboratoire inutiles. Les ressources élaborées comprenaient deux modèles cliniques pour l'ICG, du matériel didactique destiné au personnel et aux médecins et du matériel d'enseignement pour les patients, dont une brochure traduite en panjabi et en chinois et des LDPC sur le dépistage du cancer de la prostate.

D'importantes difficultés de mise en œuvre des modèles cliniques ont surgi au cours des deux études. De la résistance a découlé de conflits sur les rôles et philosophies de divers fournisseurs de soins de santé et entre les sites, des difficultés relatives à la complexité des patients, du manque de leadership et des cultures enracinées. La mise en œuvre réussie des modèles a aussi subi les impacts du manque d'appui du personnel médical et des pénuries de personnel, qui ont réduit le temps qu'il était possible de consacrer aux activités de formation. L'un des projets a permis de constater qu'il était souvent difficile de monter des équipes multidisciplinaires fonctionnelles de soins de santé en raison des alliances et du souci d'autonomie régnant dans les divers groupes professionnels. Bien que les modèles cliniques structurés puissent relier les fournisseurs de soins de santé de tout le continuum des soins et les appuyer dans une prestation de soins uniforme et axée sur des données probantes, il faut, pour que ces modèles atteignent leurs buts, que se forment des équipes respectueuses des contributions de toutes les disciplines disposées à partager la responsabilité de la qualité des soins prodigués au patient. Avant d'élaborer des LDPC, il faut définir la nature exacte du problème et les besoins perçus par les fournisseurs, tirer des directives claires des connaissances existantes et juger de la possibilité d'influer sur la pratique médicale. La démarche requiert le leadership des collègues de médecins, l'appui ferme des associations professionnelles, la participation de groupes d'experts et des bases de données fiables et pertinentes. Un élément critique du succès se situe dans la planification de toutes les étapes de la démarche, de la création des lignes directrices, au départ, jusqu'à la production de la modification réelle des pratiques, par leur achèvement. La diffusion et l'acceptation des LDPC constitue un souci sérieux qui exige que l'on s'y intéresse davantage car on ne sait trop si les modèles déjà élaborés sont toujours utilisés avec constance et correction.

**Exemple 5    Leçons apprises**  
**AB301-19    Évaluation de l'utilité de la télésanté dans la prestation des soins de santé primaires dans les collectivités nordiques géographiquement isolées de Trout Lake, Peerless Lake et Red Earth Creek**

Le recours aux communications et aux technologies de l'information dans le but de surmonter les distances lors de la prestation des soins de santé a pris de plus en plus d'importance pour l'amélioration de la prestation des services dans les régions rurales et éloignées où les ressources et l'expertise en soins de santé sont souvent rares, voire inexistantes. Dans cette vaste région peu peuplée dont la population est culturellement diversifiée, on a lancé un projet d'amélioration de la prestation des services de santé offerts à quatre communautés par la fourniture des services d'une infirmière dans les centres locaux de santé et par la mise en œuvre de nouvelles technologies permettant la prestation de services de télémédecine, comme l'orthophonie, l'audiologie, la promotion de la santé et les examens dentaires, en plus de la formation dispensée via satellite par des fournisseurs et clients. Le projet visait à évaluer l'efficacité d'un service existant de télémédecine dans la prestation de soins primaires dans trois collectivités éloignées. Les services de télémédecine sont jugés utiles car ils peuvent accroître la quantité, la continuité, la disponibilité et l'accessibilité des soins dans les communautés isolées.

Les buts du projet étaient les suivants : recourir à la télémédecine pour améliorer la prestation des soins de santé dans la région, accroître l'accès aux services de santé, fournir plus équitablement les services, enrichir les programmes de promotion de la santé et de l'information en matière de santé et réduire les frais de déplacement des patients et des soignants. Le projet comprenait des éléments de démonstration et d'évaluation. Un coordonnateur de la télémédecine a été embauché pour mettre en œuvre la technologie (et discerner les problèmes, le cas échéant), pour promouvoir son utilisation dans les trois collectivités ciblées, soit Red Earth Creek, Trout Lake et Peerless Lake, et pour gérer le projet. Quarante-deux séances de télémédecine ont eu lieu pendant la période d'évaluation. Pour la plupart, elles étaient de nature éducative (50 %) ou constituaient des consultations cliniques (28 %). Une seule collectivité a recouru à la technologie pour des consultations cliniques.

L'évaluation était centrée sur le succès du projet dans l'atteinte des buts énoncés. Les méthodes de cueillette des données comprenaient la base des données de télémédecine, le registre des séances et le registre d'évaluation, un questionnaire sur le degré de satisfaction des clients et des entrevues avec les informateurs clés.

Le projet a produit une mine d'exemples des différents obstacles qui se posent aux initiatives de télémédecine pendant les phases d'élaboration et d'instauration, y compris divers problèmes techniques et organisationnels, dont les difficultés techniques posées par le matériel informatique et la technologie satellitaire, les ressources en personnel et la définition des rôles et, finalement, les problèmes de formation. Plusieurs informateurs avaient le sentiment d'avoir passé plus de temps à réparer et à ajuster l'équipement qu'à fournir des services. En raison des difficultés rencontrées dans ce projet, les participants avaient des conseils précis à donner à quiconque veut s'y risquer. Ils ont recommandé que les initiatives de télémédecine soient plus élaborées et plus stables avant leur mise en œuvre dans des collectivités éloignées. Dans le cadre du projet, les chercheurs ont constaté que la technologie n'était pas suffisamment avancée et qu'elle était relativement instable, ce qui a mené à une période d'instauration

prolongée et semée de problèmes. Ils ont indiqué que les initiatives de télémédecine ne peuvent être « ajoutées » au système existant de soins de santé. Leur intégration à des formes plus conventionnelles de prestation des services doit être planifiée avec soin. Un membre du personnel du projet et certains participants n'ont pas eu une formation suffisante en fonctionnement de la télémédecine et les participants ont estimé qu'il n'y avait pas eu assez d'interactions de télémédecine pour tirer une conclusion sur la capacité de la télémédecine de donner des soins de qualité, sur son rapport coût-rendement ou sur la hausse de l'accès. Très peu de données statistiques ou perceptives ont été produites, ce qui n'a pas permis aux chercheurs de répondre à la question originale de l'utilité, ou de l'inutilité, du recours à la télémédecine quant au succès du projet dans l'atteinte de ses buts énoncés.

En dépit de ces problèmes et des coûts substantiels du lancement du projet, la plupart des informateurs de ce projet et d'autres projets financés par le FASS avaient le sentiment que la technologie de la télémédecine avait démontré qu'elle leur conférait le pouvoir de fournir des services de santé aux collectivités éloignées. Cette approche était vue comme un moyen d'améliorer la prestation des services de santé en milieu rural par la réduction des déplacements et par l'offre des services de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de formation directement dans les zones rurales et éloignées. La fourniture d'éducation continue aux praticiens ruraux augmenterait l'expertise et réduirait le sentiment d'isolement professionnel. Les chercheurs croyaient que dans des conditions favorables et si elle est bien guidée, la télémédecine peut être profitable non seulement aux communautés sous étude, mais aussi aux zones rurales et éloignées du Canada où les soins et la formation en matière de santé sont restreints ou moins accessibles. Il n'est toujours pas clair, toutefois, que les avantages réalisés l'emportent sur les dépenses encourues dans l'établissement des services de télémédecine.

**Exemple 6    Leçons apprises**  
**QC421        De l'innovation au changement - Les leçons tirées des projets**  
**québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de**  
**santé (FASS)**

Cette méta-évaluation visait principalement à dégager les enseignements agrégés tirés des 40 projets québécois financés par le FASS et à en tirer profit pour l'amélioration du système de santé et, par conséquent, des soins et services fournis à la population.

L'évaluation s'est déroulée en trois étapes : d'abord, elle a caractérisé les projets; ensuite, elle a identifié les caractéristiques qui semblaient faciliter le changement dans le but d'améliorer les services, processus et pratiques et finalement, elle a identifié les conditions propices à l'application du changement au niveau du système. Dans l'ensemble, l'évaluation a permis de conclure que les projets du FASS avaient créé des occasions de renforcer les capacités du système de soins de santé et avaient encouragé la collaboration parmi les membres du milieu

universitaire, les administrateurs du système de santé et les fournisseurs de soins mais a admis que l'institution de pratiques interprofessionnelles et multidisciplinaires est soumise aux limites de l'approche actuelle de rémunération des médecins.

Les facteurs relevés par cette équipe de chercheurs pourront contribuer à l'assise d'information des futures recherches et faciliter l'obtention de résultats positifs en réduisant ou en éliminant les obstacles à l'élaboration et à la mise en œuvre d'approches nouvelles et novatrices de la prestation des soins de santé. Les chercheurs ont constaté que les études relativement simples visant une seule maladie ou un seul état (plutôt que d'emprunter une approche plus générale de la population) étaient les plus faciles à mettre en œuvre et donnaient des résultats assez vite. Mais ils ont aussi constaté que, bien que ce type de changement soit important et relativement prévisible, il était limité et n'abordait pas les problèmes structurels fondamentaux du système de soins de santé. Pour leur part, les projets très complexes à répercussions vastes sont plus difficiles à instaurer mais ont un potentiel supérieur de changement à moyen et à long termes.

Les caractéristiques dégagées en tant que facteurs déterminants et facilitateurs d'une meilleure capacité de changement et d'innovation ont été les suivants :

- faire fond sur l'expertise professionnelle et organisationnelle existante en enrichissant la participation active des intervenants (viser les personnes réceptives au changement);
- permettre l'émergence d'une gamme d'initiatives dans un contexte de décentralisation;
- appuyer les structures souples afin d'augmenter la collaboration entre professionnels et entre organismes;
- adopter une vision du changement et de l'innovation acceptée non seulement par les fournisseurs de soins de santé, mais également reconnue par des leaders capables d'intéresser d'autres intervenants et d'encourager la collaboration;
- faire en sorte de disposer d'un nombre adéquat de ressources humaines qualifiées ayant accès à l'information pertinente;
- attribuer des ressources financières suffisantes aux activités de transition;
- s'attacher l'appui des pouvoirs ministériels et régionaux qui aideront à relever les défis et à surmonter les obstacles;
- donner des échéanciers adéquats à toutes les activités (plusieurs projets du FASS n'ont pas duré assez longtemps pour démontrer leur potentiel).

La méta-évaluation a démontré que les projets du FASS avaient donné des occasions de créer des capacités de changement au sein du système de soins de santé, de réfléchir à la réforme des soins de santé et d'encourager la collaboration. Dans certains projets, on a combiné les rôles d'exploitant et de concepteur, réduisant ainsi la distance entre ces rôles et mobilisant des intervenants ayant des acquis et des qualifications variés dans le but d'améliorer le rendement organisationnel. La capacité de changement est liée à la façon dont la démarche de changement

est gérée et à la façon de mettre en œuvre les nouveaux modèles. Dans l'ensemble, ces projets du FASS ont produit une riche base de connaissances, tant en quantité qu'en qualité. Une partie de l'importance des projets du FASS tenait au fait que plusieurs d'entre eux ont tiré parti de l'expertise de professionnels variés et ont renforcé la synergie entre les sphères du milieu clinique et de la gestion.

## **ANNEXE B**





# Méthodologie détaillée

## Étude des documents

L'étude des documents définit le cadre de la cueillette de données empiriques. Nous avons systématiquement examiné la documentation accessible et recueilli des observations clés centrées directement sur le transfert de connaissances et sur l'impact relativement à chacun des éléments de la hiérarchie.

Nous avons parcouru les documents suivants :

- évaluation intérimaire (y compris les rapports techniques de 2000, le rapport d'évaluation de 2002 et la note de service au Comité de développement, de vérification et d'évaluation);
- dossiers de projet du FASS, y compris les rapports de projet et les rapports supplémentaires de diffusion;
- programme et ateliers régionaux du FASS;
- feuillets de documentation des projets;
- stratégies de synthèse et de diffusion;
- série de synthèse.

Les documents fournissaient des renseignements sur l'histoire, la philosophie, les résultats attendus, les objectifs du FASS, les constatations quant aux processus de niveau programme et, dans une certaine mesure, sur l'« impact » proprement dit. Nous avons porté une attention spéciale aux évaluations soumises pour *chaque* projet, car elles reflètent non seulement la qualité des preuves, mais aussi l'adoption prévue et réelle des constatations. La revue, pour l'essentiel, a porté sur :

- des documents de nature stratégique (p. ex., l'évaluation intérimaire et les rapports techniques connexes);
- des documents de rapport sur les activités clés (p. ex., rapports de projet, rapports d'atelier);
- des documents relatifs à la production de connaissances (p. ex., rapports de synthèse, feuillets de documentation).

La démarche d'étude des documents a fait appel à plusieurs stratégies. Lors de la première rencontre en personne des chercheurs et de Santé Canada, un certain nombre de documents a été fourni. Par la suite, un cédérom a été produit pour les rapports de projet accessibles sur plate-forme électronique. Il a fallu une autorisation de sécurité pour accéder aux documents emmagasinés dans Iron Mountain.

Pour faire en sorte que l'étude des documents soit complète, il a été nécessaire de tenir différentes activités. Santé Canada a fourni une liste des documents et de leur emplacement. Les documents accessibles sur le site Web du FASS ont été téléchargés. Des documents ont également été consultés sur des sites Web qui avaient affiché des renseignements supplémentaires sur les projets (p. ex., Alberta Health and Wellness).

La revue initiale a indiqué que quelque 27 caisses de documentation sur le FASS étaient accessibles pour étude. Après des discussions plus poussées, on a déterminé que Santé Canada détenait les rapports de projet sur papier qui n'étaient pas accessibles par voie électronique et le Ministère les a fournis aux chercheurs. Les cartables de plusieurs ateliers ont aussi été rendus accessibles, ce qui a réduit le nombre de caisses de documents nécessaires à celles qui contenaient les rapports de diffusion. Les documents ont été étudiés et une visite sur place, à Santé Canada, a été faite en vue de l'obtention de renseignements confidentiels permettant l'étude opportune de la documentation.

Santé Canada a facilité l'accès aux documents dont les chercheurs avaient besoin. La logistique de cet ensemble de documents à étudier était à facettes multiples : il y avait une collaboration continue et sérieuse du personnel de Santé Canada, qui a aidé l'équipe de recherche à accéder aux documents nécessaires. Les échanges téléphoniques, par courrier électronique, par messenger, et les versions sur papier, sur cédérom et sur support électronique des documents ont tous contribué à enrichir la cueillette et l'étude de la documentation.

Les dix rapports de synthèse et le rapport intérimaire d'évaluation (y compris les trois rapports techniques) ont été étudiés sur papier. Les rapports de projet ont été étudiés soit sur papier, soit à partir d'une version électronique. Tous les rapports de diffusion accessibles ont été étudiés sur papier. Certains rapports étaient dépourvus de passage sur la diffusion (p. ex., NA101). Quelques projets avaient inclus à leur rapport un passage sur la diffusion et fourni une mise à jour entre octobre 2000 et janvier 2002, et d'autres avaient fait l'un ou l'autre. Des cartables étaient accessibles pour deux des trois conférences nationales financées par le FASS et chacun d'eux a été étudié.

L'équipe de recherche a lu la documentation et en a discuté pendant toute la durée de la revue. Des responsabilités principales ont été attribuées pour des types particuliers de rapport et le dialogue constant a garanti l'uniformité de l'approche de la démarche d'étude. Pour assurer cette uniformité, nous avons étudié le même rapport et comparé nos évaluations.

## **Entrevues**

Trente entrevues téléphoniques semi-structurées ont été réalisées auprès d'une gamme d'intervenants, tous considérés comme représentatifs des intervenants et décideurs clés. Les données ont été triangulées afin de pondérer les attentes du FASS et les vues sur son impact global. Les entrevues ont été menées auprès de personnes représentatives des décideurs

engagés dans le FASS, d'auteurs de documents de synthèse et de chercheurs du projet (voir ci-dessous l'échantillon d'identification). Cette approche est conforme aux vues de Becker (1993), pour qui il est naïf de croire que les chercheurs entreprennent une étude sans idées préconçues sur le sujet, et avec les vues de Corbin et Strauss (1990:15), qui soulignent que l'on peut atteindre plus de généralisabilité, de précision et de capacité prédictive au moyen du recours initial à l'*échantillonnage théorique* systématique et répandu. Les concepts et les thèmes qui ont émergé de notre échantillon varié nous ont permis de saisir la nature et la portée, en plus de détails, de l'impact du FASS.

Une lettre présentant l'objet de l'étude, demandant la participation à l'entrevue et expliquant les conditions de confidentialité a été expédiée, par courrier électronique, aux participants potentiels aux entrevues. Elle a été suivie, au besoin, d'appels téléphoniques de confirmation des heures d'entrevue. Le plan d'entrevue comptait treize questions, dont douze étaient ouvertes. Nous avons classé en cinq catégories les grands thèmes et sujets :

- transfert de connaissances;
- continuum de l'impact;
- renforcement des capacités;
- viabilité;
- contribution d'ensemble.

Nous avons collaboré avec Santé Canada à l'identification des intervenants clés. Nous avons souhaité tenir notre entrevue avec plus que les trente répondants de l'échantillon final, mais nous avons eu beaucoup de difficulté à trouver et à joindre les participants potentiels, ce qui a épuisé nos ressources (notamment en raison des nombreux reports et annulations) et le processus a été compromis par le calendrier et la nature séquentielle des méthodes utilisées ainsi qu'en raison de la date de remise prévue de l'évaluation des impacts. Certains répondants potentiels, par surcroît, étaient réticents à répondre à nos questions, en partie parce qu'ils croyaient leur participation trop périphérique et parce qu'il s'était écoulé trop de temps pour qu'ils puissent se souvenir avec précision de la nature et de la portée de leur engagement qui, dans certains cas, remontait à plusieurs années. La taille d'échantillon de trente répondants suffit normalement car à ce point, la *saturation* est atteinte; autrement dit, peu d'information ressort d'entrevues supplémentaires.

Les entrevues ont duré, en moyenne, entre une heure et une heure et demie. Nous nous sommes concentrés sur les aspects d'*utilité* et d'*impact* du FASS. Les membres de l'équipe de recherche ont collaboré constamment pendant toute la démarche des entrevues, discutant des diverses perspectives soulevées par les répondants, identifiant les besoins et les possibilités d'approfondissement et d'élucidation des nouveaux thèmes et modèles à avoir émergé.

Le critère clé de sélection des répondants consistait à créer un vaste échantillon représentatif d'intervenants capables de participer à une discussion approfondie de l'impact perçu.

L'échantillon a été prélevé parmi les groupes suivants :

- Groupe de travail FPT : représentation de tout le Canada, une considération spéciale étant donnée aux provinces et territoires ayant lancé un nombre important de projets et à un territoire ou province qui n'avait pas de proposition financée (n=3);
- comité directeur de Santé Canada (n=2);
- personnel ancien et actuel du FASS : un échantillon de commodité fondé sur la recommandation de Santé Canada au sujet de la durée de la participation de chaque membre du personnel au projet et sur leur accessibilité (n=6);
- chercheurs des projets : échantillon représentatif des projets nationaux, provinciaux et territoriaux sur les différents thèmes (n=15);
- auteurs des rapports de synthèse : des entrevues ont été menées auprès de quatre auteurs de rapport de synthèse (n=4).

L'analyse des entrevues était centrée sur l'identification des thèmes et modèles dégagés pendant les entrevues et sur leur exploration en plus de détails au fil du déroulement de l'étude. Les notes d'entrevue ont été revues de façon autonome par deux membres de l'équipe du projet qui ont alors intégré leurs remarques au rapport sur les constatations clés.

## **Sondages par voie électronique**

Nous avons exécuté deux sondages par voie électronique :

- Sondage électronique 1 : chercheurs du projet;*
- Sondage électronique 2 : promoteurs et décideurs (intervenants externes, Groupe de travail FPT, comité directeur de Santé Canada et personnel du FASS. Les répondants prévus aux entrevues ont été exclus des sondages électroniques).*

Les critères de sélection des promoteurs et décideurs ayant participé au sondage électronique étaient les suivants :

- intervenants externes : l'échantillon comprenait une représentation de tous les territoires et provinces; les répondants ont été choisis en consultation avec Santé Canada.
- Groupe de travail FPT : la sélection reflétait une représentation pancanadienne;
- comité directeur de Santé Canada : la sélection constituait un échantillon représentatif des intérêts par politique, pratique et recherche; le choix final des répondants s'est fait en consultation avec Santé Canada;

- personnel actuel et ancien du FASS : cet échantillon a été monté à partir de la liste de personnel ne figurant pas à la liste des répondants aux entrevues; le choix final des répondants a été fait en consultation avec Santé Canada.

## **Points accessoires**

Recourant surtout à l'échelle de Likert, les questions fondamentales des sondages électroniques étaient regroupées selon les domaines de contenu suivants :

- le transfert de connaissances;
- l'impact du FASS;
- le renforcement des capacités;
- la viabilité;
- l'impact global.

## **Administration**

Nous avons employé la même approche pour les deux sondages : nous avons communiqué avec toute la population de répondants possibles (p. ex., pour le sondage électronique sur les projets du FASS, il y en avait 141). Du point de vue des ressources, cette approche est applicable car les sondages électroniques réduisent de beaucoup les coûts d'administration des questionnaires. Nous avons surtout utilisé une approche Dillman modifiée pour l'élaboration et l'administration des sondages (Dillman, 1978, 2000, nd), dont voici les étapes précises :

- élaboration de l'instrument de sondage – élaboration des articles (questions);
- revue par Santé Canada;
- traduction française du sondage;
- élaboration du cadre analytique;
- obtention de bases de données de Santé Canada pour en tirer les adresses électroniques des répondants et les numéros de téléphone des personnes ressources (au cas où il en aurait fallu davantage après l'assemblage initial de données de communication, lors de la phase de préparation);
- essai pilote du sondage et révisions (y compris une revue par Santé Canada);
- montage du sondage axé sur le Web et de la base de données;
- premier envoi électronique des questionnaires;
- deuxième envoi électronique des questionnaires aux participants n'ayant pas retourné le premier envoi;
- envoi de « cartes » de rappel aux participants n'ayant toujours pas répondu;
- (nombreux) suivis téléphoniques;
- nettoyage des données de sondage et saisie dans la base de données (en continu au fil de l'arrivée des questionnaires);

- analyse;
- rapport des éléments.

Les données ont été saisies dans une base de données Access et, par la suite, importées dans SPSS 11.0 pour l'analyse. Celle-ci a été réalisée à l'aide de SPSS 11.0. Les données recueillies au moyen du sondage ont surtout été analysées selon le thème du FASS, selon le financement et selon un certain nombre de variables clés.

Malgré la petitesse de l'échantillon (n=50), le profil des répondants au sondage se comparait favorablement à la population plus vaste des projets du FASS. Les deux tableaux ci-dessous illustrent la comparabilité entre les répondants et l'ensemble des projets.

	Répondants au sondage	Tous les projets du FASS
Thème	% du financement	
Soins à domicile	21 %	12 %
Prestation intégrée des services	19 %	43 %
Assurance médicaments	8 %	5 %
Soins primaires	52 %	40 %

Somme (\$)	Sondage N=48*	%	Projets du FASS N=141	%
< 100 000 \$	7	14 %	24	17 %
100 000 \$ - 199 000 \$	10	21 %	38	27 %
200 000 \$ - 499 000 \$	17	35 %	36	26 %
500 000 \$ - 999 000 \$	6	13 %	19	13 %
1 000 000 \$ - 4 000 000 \$	6	13 %	17	12 %
> 4 000 000 \$	2	4 %	7	5 %

Remarque : \* Nous avons aussi analysé, par niveau de financement, les données présentées dans le présent rapport. Même en tenant compte de la petitesse des cellules de données, aucune tendance ni différence marquante n'a été observée dans les données.

## **Difficultés posées par les communications**

Une somme considérable d'effort et de temps a été investie tant dans le repérage des participants au FASS que dans l'encouragement de ceux que nous avons trouvés à réagir aux demandes de réponse au sondage électronique ou de participation aux entrevues téléphoniques sur leur expérience du FASS.

Le sondage électronique a été expédié et suivi peu de temps après par un autre message électronique, car la réponse à la première distribution a été faible. Au moment de la deuxième distribution, on s'est rendu compte qu'environ la moitié des adresses électroniques figurant à la liste maîtresse d'envoi n'étaient plus valables (54 sur 123). Les principales raisons de ce nombre élevé de changements d'adresse comprenaient le fait que nombre des participants avaient changé d'emploi ou, dans certains cas, que la structure organisationnelle de l'organisme n'était plus la même car l'évaluation de l'impact a eu lieu très longtemps après la fin des projets (dans certains cas, près de cinq ans plus tard). Il faut aussi compter avec l'évolution des technologies informatiques, dont a résulté un raffinement et une normalisation constants des adresses électroniques au cours des dernières années. Au même moment, la tendance, chez les particuliers, à changer de fournisseur Internet de temps à autre s'est aussi manifestée, ce qui a produit des changements fréquents des adresses électroniques personnelles. La technologie fait également que des personnes dont l'horaire est chargé et qui sont inondées de demandes de réponse à des sondages, peuvent éliminer le courrier superflu au moyen de filtres. Une fois ces problèmes identifiés, nous avons tenté de situer les intéressés et de communiquer avec eux par téléphone pour obtenir leur adresse électronique active.

Les contacts téléphoniques ont constitué un nouvel ensemble de défis. En cette ère de technologie, il est rare que l'on entre en communication vocale directe avec des gens, car les répondeurs téléphoniques abondent. Au cours d'une période de six semaines, chaque personne qui n'avait ni rempli un sondage ni participé à une entrevue téléphonique a été appelée (n=100) et des rappels vocaux ont été laissés, demandant que les sondages soient remplis et retournés. Soixante des personnes jointes au téléphone ont fait l'objet de six contacts. Dans les quelques cas où il a été possible de parler directement aux intéressés, ceux-ci ont dit que le sondage axé sur le Web posait des problèmes et ont demandé des copies sur papier qu'il leur serait possible de retourner par télécopieur. Les rappels électroniques subséquents comprenaient donc une version Word du sondage et des directives indiquant qu'il pouvait être rempli à l'aide de la version Web en joignant le document Word à un message électronique ou en remplissant une version imprimée et en la transmettant par télécopie au bureau de recherche. Dans bien des cas, quand les chercheurs ont réussi à parler aux intéressés, ceux-ci ont dit n'avoir jamais reçu le message électronique initial au sujet du sondage ou l'avoir perdu. Dans ces cas, l'information a été transmise à nouveau, les intéressés ayant accepté d'y répondre. Dans nombre d'autres cas, la boîte de courrier vocal des intéressés était toujours comble, aussi n'a-t-il pas été possible de leur laisser un message.

Quarante pour cent des appels téléphoniques sont restés lettre morte, la boîte de courrier ayant été transférée à une autre personne, ou la personne jointe ne connaissant pas la personne recherchée ou ne disposant pas de ses nouvelles coordonnées. Il est arrivé que l'intéressé ait pris sa retraite ou soit en congé parental et, en raison des principes de respect de la vie privée, les chercheurs ont été dans l'impossibilité d'obtenir leurs numéros de téléphone à la maison. Dans d'autres cas, il s'agissait de numéros de télécopieur, ou le numéro n'était plus en service. L'un des intéressés est mort depuis la fin du projet. Bien que l'on ait déployé des efforts considérables pour trouver des numéros valables, le succès à ce titre a été mince. Là où il était possible d'identifier du personnel administratif et de communiquer avec lui, on lui a demandé son aide pour faciliter la réponse au sondage. Toutes les avenues possibles de recherche de l'information correcte ont été utilisées, y compris la recherche sur Internet et la consultation des bases de données des répertoires gouvernementaux et universitaires, l'assistance-annuaire et ainsi de suite. Une personne a admis, de fait, après le cinquième message laissé dans sa boîte vocale, qu'il était coutumier pour elle de ne pas prêter attention aux demandes par courrier électronique et message vocal sur des choses comme la réponse à des sondages en raison du manque de temps et parce que parfois, certaines gens donnent sciemment une adresse électronique erronée pour s'épargner un flot de requêtes de cette nature. Cette personne a félicité les chercheurs de leur persévérance et a, par conséquent, accepté de remplir le questionnaire.

Des difficultés comparables ont surgi lors des efforts déployés pour communiquer avec les chercheurs principaux, les auteurs de rapport de synthèse, les membres du Groupe de travail FPT et ceux du comité directeur de Santé Canada. Les chercheurs se sont considérablement inquiétés du fait que certaines personnes n'aient aucun souvenir de leur participation à l'initiative du FASS et aient refusé de prendre part au sondage comme aux entrevues auprès des intervenants clés. Plusieurs entrevues ont été placées au calendrier et déplacées plusieurs fois, dans un cas à cinq reprises, en raison de la lourdeur des charges de travail des intéressés. Dans d'autres cas, on a convenu du moment de l'entrevue avec une personne, on a confirmé ce rendez-vous avec une autre et une autre encore, pour finalement l'annuler. Un chercheur principal n'a pas répondu à l'entrevue parce que son supérieur lui avait dit que sa participation n'était pas appropriée car la requête ne semblait pas s'adresser à son service. Il faut dire, toutefois, que certaines personnes interrogées ont été très créatives quant à la façon d'inscrire l'exigence de temps de l'entrevue à un horaire de travail déjà surchargé : l'une d'entre elles y a répondu au volant entre une réunion et son domicile, situé dans une autre ville; une autre y a répondu tout en prenant son repas du midi et une autre encore, entre les arrêts nécessaires à ses emplettes en rentrant chez elle, ayant indiqué que si l'entrevue se faisait pendant qu'elle était au travail, il ne se passerait pas deux minutes sans interruption.

De toute évidence, l'essentiel des difficultés rencontrées quant aux contacts avec les participants aux projets du FASS découlait de la période séparant le début de la fin du projet. Il est ressorti clairement pour les chercheurs que les participants ne comprenaient guère qu'ils soient appelés à contribuer, des années plus tard, à une évaluation de l'impact du FASS, et ne s'y attendaient pas. Les chercheurs recommandent qu'à l'avenir, tous les participants soient



avisés de l'existence d'une composante d'évaluation du projet comprenant non seulement l'évaluation des projets individuels, mais aussi l'évaluation de l'initiative en tant que démarche entière, qu'ils s'engagent à y répondre et qu'ils soient avertis du décalage. À titre de recommandation supplémentaire, l'évaluation de l'impact aurait dû avoir lieu bien avant quatre ou cinq ans afin que les participants aient des souvenirs récents du projet et qu'ils se soient engagés à participer au suivi.

## Thèmes des projets et vignettes

La méthode s'est concentrée sur les récits de succès en tant que « données objectives » (Kibel, 1999). Nous avons appliqué les grands principes de la *mise en correspondance des résultats* pour donner une base d'information détaillée aux récits de succès et aux *enseignements tirés* des projets du FASS. Nous avons collaboré avec Santé Canada à l'élaboration de critères explicites depuis lesquels créer des vignettes particulières en tant que récits de succès du FASS.

Pour permettre au lecteur de comprendre clairement et de faire l'expérience, dans une modeste mesure, de la profondeur et de la portée de l'initiative du FASS, trente vignettes ont été créées. Il s'agit de récits sur les succès, les difficultés et, dans certains cas, les échecs, qui montrent les impacts des projets sur la personne à l'échelle locale, sur les organismes à l'échelle régionale et sur les systèmes de soins de santé aux échelles provinciale et nationale. On a convenu des critères de sélection suivants pour le choix des projets à décrire sous la forme de vignettes :

- preuves d'un impact suggérant l'atteinte de l'un ou de certains des grands résultats attendus du FASS;
- preuves de meilleurs résultats, chez les patients/clients, en matière de santé;
- modifications apportées au mode de prestation des soins;
- modifications apportées aux politiques (organisation, niveaux régional, provincial et (ou) national) et directement attribuées aux projets du FASS;
- viabilité;
- production de matériel élaboré dans le cadre d'un projet du FASS (p. ex., documents de formation, manuels, équipement, directives de mise en œuvre, logiciels, etc);
- rapport clair de cause à effet entre le FASS et l'acquisition de connaissances dans d'autres organisations ou d'autres compétences (transférabilité).

Les autres facteurs à avoir influé sur le choix des projets aux fins des vignettes comprenaient la mention des projets dans les entrevues avec les intervenants clés comme étant les plus mémorables, de ceux qui ont démontré chacun des thèmes transsectoriels identifiés lors de l'étude de la documentation de tous les projets, de ceux qui représentaient une gamme de provinces et de territoires, une gamme de questions culturelles et de santé et une gamme de

disciplines ou d'approches. Un mélange de projets vastes, nationaux, multisectoriels et interprovinciaux et de petits projets à un seul site et à chercheur unique a été monté pour illustrer la fourchette.

Les vignettes ont été élaborées afin de « donner un visage » à l'initiative du FASS et de démontrer l'impact particulier des projets par la création de personnages fictifs aidant au déroulement du récit. Toute ressemblance avec des personnes réelles pouvant avoir pris part à l'un ou l'autre des projets est entièrement fortuite. On a tenté de refléter avec justesse les résultats des projets et de ne pas laisser l'interprétation individuelle les dorer. Les « récits » ont été élaborés au moyen de l'étude des feuillets de documentation du FASS axés sur le Web, des rapports de recherche des projets, des documents de synthèse et, dans certains cas, de conversations directes avec le chercheur attaché au projet. Les participants aux projets n'ont pas revu eux-mêmes les vignettes terminées. Six vignettes ont aussi été créées pour illustrer les difficultés parfois insurmontables auxquelles ont été confrontés certains des projets et les enseignements qu'il a été possible d'en tirer.

## **E-Delphi**

La méthodologie E-Delphi sert à obtenir des renseignements et des jugements des participants afin de faciliter la résolution des problèmes, la planification et la prise de décisions. L'échange de renseignements se fait par courrier électronique. La méthodologie E-Delphi a pour objet :

- d'en venir à un sentiment d'accord sur le message initial faisant état des constatations de l'évaluation de l'impact de l'initiative du FASS;
- de discuter de la nature de l'héritage laissé par le FASS.

Nous avons obtenu la participation de quinze informateurs clés ayant la connaissance de divers niveaux du FASS. On compte parmi ces informateurs clés des décideurs, des auteurs de rapports de synthèse, des chercheurs des projets et du personnel du FASS. La démarche entière a été menée dans l'anonymat. Il n'est jamais arrivé que certains participants puissent identifier les commentaires d'autres participants.

### **Exécution de la démarche E-Delphi**

Il n'est pas rare de recourir à cette fin au courrier ordinaire, mais le courrier électronique abrège la période et réduit les coûts d'exécution de la technique Delphi, qui tire profit de la créativité des participants ainsi que des effets facilitateurs de l'engagement et de l'interaction du groupe.

## La démarche E-Delphi comprenait les étapes suivantes :

- ❑ *envoi, aux informateurs clés, d'un message initial sur les constatations de l'étude. Ce message s'accompagnait d'une demande, à chaque participant, de commentaires sur les constatations. Nous avons posé aux informateurs clés des questions axées sur les constatations présentées dans le message initial et des questions sur l'héritage du FASS;*
- ❑ *réponse au premier message électronique. Chaque participant a dressé une liste brève et concise de ses idées et l'a expédiée aux chercheurs sans s'identifier;*
- ❑ *les chercheurs ont colligé toutes les réponses brutes et ont fait la synthèse des constatations;*
- ❑ *création et envoi du questionnaire 2. Tant la synthèse que les données brutes ont été envoyées aux participants. Un deuxième questionnaire (de trois ou quatre questions) leur a également été transmis. Il portait sur des domaines d'accord et de désaccord et posait des questions supplémentaires qui ont affiné et approfondi notre compréhension des données tirées de l'étude. Au besoin, nous avons demandé aux participants de préciser leurs commentaires;*
- ❑ *réponse au deuxième questionnaire. Les participants ont enregistré anonymement leurs réponses au questionnaire 2 et les ont retournées aux chercheurs;*
- ❑ *création et envoi du questionnaire 3. Création et transmission d'un troisième questionnaire résumant les intrants de l'étape précédente et demandant des précisions supplémentaires, l'identification de forces et de faiblesses et requérant des idées nouvelles;*
- ❑ *poursuite de la démarche. Au besoin, des itérations de la démarche ci-dessus ont été faites jusqu'à ce qu'il soit clair qu'il ne ressortait plus d'idées nouvelles et qu'il y avait consensus sur les constatations et sur l'héritage du FASS;*
- ❑ *consensus/accord.*

Les chercheurs ont réalisé la démarche entière sur une période de deux semaines à la fin de juin et au début de juillet. La rétroaction des participants à la démarche E-Delphi comprenait le commentaire suivant :

*« J'ai apprécié l'occasion que donne cette synthèse de réfléchir aux vues de plusieurs répondants clés. Après avoir lu la synthèse et la rétroaction des autres répondants, je me réjouis de constater que le petit échantillon à avoir répondu à la démarche Delphi a brossé un tableau très clair de ce qui a fonctionné, de ce qui n'a pas fonctionné et des enseignements à tirer du FASS. La petitesse de l'échantillon de répondants n'a nullement constitué une limite à cette démarche globale d'évaluation ».*



## ANNEXE C



# **Évaluation des incidences du Fonds pour l'adaptation des services de santé**

## **Protocole d'entrevue**

### **Intervenants du FASS**

- Objet :** Obtenir des renseignements sur les effets des projets du FASS.
- Les renseignements que vous fournirez nous aideront à évaluer l'efficacité globale de l'initiative du FASS.
- Entrevue :** L'entrevue téléphonique se constitue de plusieurs questions sur les incidences du Fonds pour l'adaptation des services de santé. Elle devrait durer environ 60 minutes.
- Importance de votre participation :** Votre participation est essentielle à la compréhension complète des répercussions du FASS et elle sera utile à l'élaboration de projets comparables.
- Utilisation des renseignements fournis :** Les réponses données lors de l'entrevue produiront une documentation précieuse qui nous aidera dans l'ensemble de notre projet, qui consiste à évaluer les répercussions du Fonds pour l'adaptation des services de santé.
- Tous les renseignements que vous fournirez demeureront strictement confidentiels. Les données recueillies dans le cadre de l'entrevue ne seront jamais révélées d'une manière permettant de les attribuer à des participants ou à des organismes particuliers. Le rapport final présentera des données agrégées.
- Des questions?** Si vous avez des questions au sujet de l'entrevue ou de l'ensemble de l'étude, veuillez communiquer avec Susan Donaldson, chargée de projet, au (613) 331-3946.

**Merci beaucoup de votre temps et de votre coopération.**

**Titre et/ou code du projet du FASS auquel vous avez été associé(e) (le cas échéant) :**

\_\_\_\_\_  
Votre rôle associé au FASS :

Chercheur (chercheuse) principal(e)

Coordonnateur (coordonnatrice) de projet

Membre du personnel du projet

Décideur (décideuse) (local(e))

Décideur (décideuse) (provincial(e))

Autre (veuillez préciser)

---

## Partie 1. Transfert de connaissances

*L'une des considérations importantes du FASS se constituait de la nature et de la portée du transfert de connaissances parmi la vaste gamme de projets financés.*

1. Selon votre propre expérience des projets du FASS, les activités de transfert des connaissances ont-elles été productives? Aurait-on pu faire mieux? Si oui, quelles autres activités proposeriez-vous?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Partie 2. Impact du FASS

*Le FASS comptait parmi ses thèmes fondamentaux l'élaboration et (ou) l'évaluation d'approches novatrices des soins de santé. La conviction que les nouvelles connaissances élaborées pourraient être aisément diffusées en faisait partie intégrante. La présente partie porte sur la mesure dans laquelle le savoir nouveau a été appliqué. Les exemples d'impacts peuvent comprendre l'un ou quelques-uns des éléments suivants :*

- utilisé directement par les consommateurs de soins de santé;*
- cité ou donné en référence, de quelque manière que ce soit, par les décideurs;*
- transféré aux utilisateurs;*
- a influé sur les décisions stratégiques;*
- a influé sur les décisions de prestation des services et sur les décisions en matière de pratique;*
- cause directe de modifications à la politique;*
- cause directe de modifications à la prestation des services et à la pratique.*

2. Croyez-vous que les projets du FASS ont entraîné des améliorations aux soins de santé (p. ex., par les fournisseurs, au sein de votre organisation, de votre collectivité, à l'échelle de la province, du pays)? Si oui, pouvez-vous donner des exemples?

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Avez-vous le sentiment que le FASS a encouragé une culture de prise de décisions fondées sur des données probantes en matière de services de santé?

---

---

---

---

---

---

---

---

4. Avez-vous le sentiment que le FASS a comblé une lacune dans la recherche?

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Avez-vous le sentiment que le FASS a produit des informations utiles et pertinentes au public cible?

---

---

---

---

---

---

---

---

6. Avez-vous le sentiment que le FASS a produit des économies à long terme?

---

---

---

---

---

---

---

---

### Partie 3. Renforcement des capacités résultant des projets du FASS

*L'expression 'renforcement des capacités' renvoie à la mesure dans laquelle les projets du FASS ont atteint divers buts. L'un de ces buts était le renforcement des capacités financières, au sens où les projets donnaient un effet de levier à l'engagement financier continu.*

7. D'après votre expérience, les projets du FASS ont-ils mené au renforcement des capacités financières des organisations, leur permettant de continuer de réaliser les résultats attendus de leurs projets?

---

---

---

---

---

---

---

---

8. Avez-vous le sentiment que les projets du FASS ont mené à la formation réelle de partenariats ou de réseaux au sein des organisations et entre elles?

---

---

---

---

---

---

---

---

9. Avez-vous le sentiment que les projets du FASS ont enrichi la carrière des membres des équipes de projet?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Partie 4. Viabilité du FASS

*La 'viabilité' a plusieurs dimensions clés. Les résultats attendus sont les moteurs des nouveaux projets et ils visent ordinairement le changement ou l'amélioration aux yeux des utilisateurs ultimes. Les exemples de viabilité comprennent...*

... le changement culturel au sein d'une organisation :

- les partenariats;*
- l'embauche de personnel clé;*
- des pratiques nouvelles, et désormais routinières, dans votre organisation;*
- le financement;*
- les valeurs nouvelles;*
- l'intérêt pour l'élaboration d'approches novatrices de la santé et des soins de santé;*
- les résultats attendus du projet du FASS;*
- les résultats améliorés, au chapitre de la santé, pour les patients/clients.*

10. En partant de votre expérience du FASS, pourriez-vous parler de la mesure dans laquelle le FASS a contribué à la viabilité à long terme?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Partie 5. Impact global

11. Quelle cote, dans l'ensemble, donneriez-vous à l'impact global du FASS en ce qui a trait à l'amélioration de la santé et des soins de santé des Canadiens?

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Absolument aucun impact | <input type="checkbox"/> |
| Très peu d'impact       | <input type="checkbox"/> |
| Un impact léger         | <input type="checkbox"/> |
| Un certain impact       | <input type="checkbox"/> |
| Un impact appréciable   | <input type="checkbox"/> |

12. Dans l'ensemble, quelle est, d'après vous, la grande contribution du FASS?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

13. Croyez-vous que le FASS a eu des effets négatifs?

---

---

---

---

---

---

---

---

**Voilà qui met fin à l'entrevue. Nous apprécions vivement vos opinions et le temps que vous nous avez consacré. Si vous désirez recevoir un exemplaire des conclusions, veuillez nous fournir les coordonnées suivantes :**

Nom : \_\_\_\_\_  
Organisation : \_\_\_\_\_  
Adresse électronique : \_\_\_\_\_



