



Health Santé
Canada Canada

FONDS POUR LES PROJETS PILOTES LIÉS AUX GARANTIES DE DÉLAIS D'ATTENTE POUR LES PATIENTS

ÉVALUATION SOMMATIVE

Rapport final

Approuvé par le

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

14 mars 2011

Canada 

TABLE DES MATIÈRES

- **Réponse de la direction pour le Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties de délais d'attente pour les patients — Évaluation sommative**
- **Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties de délais d'attente pour les patients — Évaluation sommative — Rapport final**

RÉPONSE DE LA DIRECTION
Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties de délais d'attente pour les patients — Évaluation sommative
De novembre 2007 à mars 2010
Tableau des résultats et des conclusions

Remarque : L'évaluation ne comprend pas de recommandations précises. Ainsi, le tableau présente les résultats et les conclusions de l'évaluation. L'information et les réponses tirées de l'évaluation sont présentées ci-dessous et guideront l'évaluation d'ensemble du Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé (PCPSS) qui sera réalisée en 2012-2013.

Résultats et conclusions	Réponse de la direction	Autres considérations, commentaires et mesures
1. Selon les résultats de l'évaluation, le Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties de délais d'attente pour les patients (le Fonds) a permis de donner suite à la priorité du gouvernement du Canada d'orienter la mise en place de garanties sur les délais d'attente pour les patients.	<ul style="list-style-type: none"> • D'accord. • Aucune mesure immédiate n'est nécessaire, car le Fonds a pris fin. 	La source de données sera utilisée pour appuyer l'évaluation d'ensemble du PCPSS, qui sera réalisée en 2012-2013.
2. En général, les projets pilotes ont donné de bons résultats dans l'essai de nouveaux outils et de nouvelles approches visant à réduire les délais d'attente et à mettre en œuvre des garanties de délais d'attente pour les patients. Les provinces et les territoires ont tiré profit de leurs projets et comptent progresser grâce aux connaissances obtenues et aux systèmes et processus mis en place au cours des projets. Selon les provinces et les territoires qui participent au Fonds, les projets pilotes n'auraient pu aller de l'avant sans le Fonds.	<ul style="list-style-type: none"> • D'accord. • Aucune mesure immédiate n'est nécessaire, car le Fonds a pris fin. 	La source de données sera utilisée pour appuyer l'évaluation d'ensemble du PCPSS, qui sera réalisée en 2012-2013.
3. Résultats à court terme — Deux des trois résultats escomptés du Fonds ont été atteints avec grand succès : a) meilleure compréhension des outils et des approches liés à la réduction des délais d'attente et mise en place de garanties de délais d'attente pour les patients; b) sensibilisation et compréhension accrues des questions stratégiques et opérationnelles liées à la mise en place de garanties de délais d'attente pour les patients. Ces résultats ont été démontrés par la diversité des outils et des approches qui ont été élaborés dans le cadre des projets, lesquels vont des instruments pour gérer les volumes et les déplacements de patients, aux systèmes de TI et autres outils, et par la mise en œuvre de nouveaux outils et de nouvelles approches visant précisément à résoudre les questions stratégiques ou opérationnelles liées à la mise en place de garanties de délais d'attente pour les patients dans les provinces ou territoires.	<ul style="list-style-type: none"> • D'accord. • Aucune mesure immédiate n'est nécessaire, car le Fonds a pris fin. 	La source de données sera utilisée pour appuyer l'évaluation d'ensemble du PCPSS, qui sera réalisée en 2012-2013.

Résultats et conclusions	Réponse de la direction	Autres considérations, commentaires et mesures
<p>4. L'évaluation a permis de constater des lacunes dans l'atteinte du troisième résultat à court terme : renforcement de la collaboration et échange de pratiques exemplaires entre les provinces et les territoires. La plupart des projets pilotes n'avaient pas collaboré ou échangé les connaissances acquises avec d'autres provinces ou territoires au moment de l'évaluation. Cette situation est le résultat de nombreux facteurs, notamment le fait que les responsables provinciaux ou territoriaux des projets pilotes ne pouvaient pas toujours déterminer qui étaient leurs homologues dans les autres provinces ou territoires et de leurs transmettre l'information. Cette faiblesse en matière d'échange d'information semble indiquer que Santé Canada pourrait avoir un rôle futur à jouer en appuyant la diffusion des connaissances acquises dans le cadre des projets pilotes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • D'accord. • La communication de l'évaluation du Fonds aux responsables des projets pilotes liés aux garanties de délais d'attente pour les patients renforcera ce résultat et favorisera une plus grande collaboration et échange de pratiques exemplaires entre les provinces et les territoires pendant qu'ils continuent de chercher des façons novatrices de réduire les délais d'attente et de mettre en œuvre les garanties. • Un guide du demandeur du PCPSS révisé a été élaboré et mis en circulation en décembre 2009. Il définit plus précisément les attentes de Santé Canada à l'égard des bénéficiaires de financement concernant la diffusion des résultats du projet, ce qui devrait soutenir et encourager les bénéficiaires, y compris les provinces et les territoires, à transmettre les connaissances acquises dans le cadre de leurs projets. • Les leçons tirées de l'évaluation du Fonds seront utilisées pour continuer d'améliorer les efforts visant à favoriser les liens avec les bénéficiaires de financement qui entreprennent des projets semblables et pour soutenir les mécanismes de collaboration et d'échange des connaissances obtenues grâce aux projets du PCPSS. 	<p>La source de données sera utilisée pour appuyer l'évaluation d'ensemble du PCPSS, qui sera réalisée en 2012-2013.</p> <p>La réponse de la direction aux résultats de l'évaluation devrait renforcer la collaboration et l'échange de pratiques exemplaires entre les projets futurs du PCPSS. La réussite de cet objectif sera évaluée lors de l'évaluation d'ensemble du PCPSS.</p>
<p>5. Bien que l'atteinte des résultats à moyen et à long terme puisse prendre plusieurs années, au moment de l'évaluation, le Fonds avait commencé à obtenir certains résultats dans ces secteurs. Les provinces et territoires ont mentionné une meilleure compréhension des façons dont les garanties s'insèrent dans les stratégies d'accès globales et la réforme du système, et ils étaient dans une meilleure position pour réduire les délais d'attente et examiner les garanties de délais d'attente pour les patients. Même si les résultats à long terme du Fonds en matière de réduction des délais d'attente et de garanties d'accès rapide aux soins étaient plus difficiles à évaluer en raison de la durée limitée des projets, quelques exemples de projets ont pu clairement démontrer une réduction des délais d'attente à la suite des activités de projet, et plusieurs d'entre eux ont pu mettre en œuvre d'autres options de recours. En dernier lieu, bon nombre de provinces et de territoires ont décidé qu'ils élargiront, dans l'avenir, la portée des outils et des approches du projet pilote.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • D'accord. • Aucune mesure immédiate n'est nécessaire, car le Fonds a pris fin. 	<p>La source de données sera utilisée pour appuyer l'évaluation d'ensemble du PCPSS, qui sera réalisée en 2012-2013.</p>

Résultats et conclusions	Réponse de la direction	Autres considérations, commentaires et mesures
<p>6. Comme le Fonds a atteint les résultats escomptés ou est en voie de le faire, et que les fonds du programme ont été bien gérés, la conclusion de l'évaluation est que le Fonds a été mis en œuvre de manière efficace et économique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • D'accord. • Aucune mesure immédiate n'est nécessaire, car le Fonds a pris fin. 	<p>La source de données sera utilisée pour appuyer l'évaluation d'ensemble du PCPSS, qui sera réalisée en 2012-2013.</p>
<p>7. Selon les résultats de l'évaluation, le Fonds a permis d'appuyer avec succès trois des résultats immédiats escomptés du PCPSS. Le soutien du Fonds au renforcement des connaissances liées aux outils et aux approches qui contribuent à la réduction des délais d'attente et à la mise en œuvre des garanties de délais d'attente pour les patients, ainsi que la sensibilisation et la compréhension accrues des questions stratégiques et opérationnelles liées à la mise en place de garanties de délais d'attente pour les patients ont contribué à l'atteinte des résultats immédiats suivants du PCPSS : connaissance et compréhension accrues du rendement du système de soins de santé et adoption de modèles nouveaux, d'approches et de pratiques exemplaires. Au sein des provinces et des territoires, le Fonds a également contribué à améliorer la collaboration et la coordination dans le domaine du projet pilote, car il soutenait le résultat immédiat du PCPSS « meilleures collaboration et coordination des réponses aux priorités et aux obstacles ». L'intention de l'ensemble des provinces et des territoires de poursuivre leurs projets pilotes, ou des volets de ceux-ci, indique que les systèmes de soins de santé sont dans une meilleure position pour réduire les délais d'attente et de s'occuper des garanties de délais d'attente pour les patients, ce qui appuie le résultat immédiat du PCPSS « adoption de modèles nouveaux, d'approches nouvelles et de pratiques exemplaires ».</p>	<ul style="list-style-type: none"> • D'accord. • Aucune mesure immédiate n'est nécessaire, car le Fonds a pris fin. 	<p>La source de données sera utilisée pour appuyer l'évaluation d'ensemble du PCPSS, qui sera réalisée en 2012-2013.</p>



Health Santé
Canada Canada

**FONDS POUR LES PROJETS PILOTES LIÉS
AUX GARANTIES SUR LES DÉLAIS D'ATTENTE
POUR LES PATIENTS**

Évaluation sommative

Novembre 2007 à mars 2010

Février 2011

Canada

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	iii
1. Introduction et profil du Fonds	1
1.1 Contexte.....	1
1.2 Profil du Fonds	2
2. Méthodologie de l'évaluation	8
2.1 Contexte et but de l'évaluation	8
2.2 Questions de l'évaluation et enjeux	8
2.3 Approche de l'évaluation.....	9
2.4 Considérations méthodologiques et limites	10
3. Principales constatations	12
3.1 Pertinence	12
3.2 Rendement et efficacité dans l'atteinte des objectifs	15
3.3 Rendement – Efficacité, économies	24
3.4 Conception et exécution	27
4. Conclusion	29
Annexe A – Critères de Sélection	31
Annexe B – Descriptions de projet pilote	33
Annexe C – Modèle d'évaluation	35
Annexe E – Outils et démarches mis en œuvre dans le cadre des projets pilotes	39
Annexe F – Collaboration et échange de pratiques exemplaires	43
Annexe G – Diminution documentée des délais d'attente dans les secteurs d'intervention privilégiés	44
Annexe H – Activités liées aux recours dans les projets pilotes	46
Annexe I – Répercussion future sur la réduction des délais d'attente et sur l'établissement des GDAP	49
Annexe J – Guides d'entrevue (projets financés et personnel de Santé Canada)	52

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CGRR	Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats
DAMR	Délais d'attente maximum recommandés
DSSS	Division du système de soins de santé
EF	Exercice financier
ELGS	Établir le lien entre les généralistes et les spécialistes
GC	Gouvernement du Canada
GDAP	Garanties sur délais d'attente pour les patients
ID	Imagerie diagnostique
PA	Pontage aortocoronarien
PART	Patient Access Registry Tool
PCPSS	Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé
PE	Protocole d'entente
PT	Gouvernements provinciaux et territoriaux
SC	Santé Canada
SCG	Services conseils du gouvernement
SO	Salle d'opération
TI	Technologie de l'information

RÉSUMÉ

Le présent rapport contient les constatations de l'évaluation du Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties de délais d'attente pour les patients (le Fonds), qui a été en place de novembre 2007 à mars 2010. L'évaluation a été réalisée pour Santé Canada par les Services conseils du gouvernement (SCG) de novembre 2009 à septembre 2010.

Les résultats de l'évaluation devraient être intégrés à l'évaluation sommative du Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé (PCPSS), dont le Fonds fait partie, qui doit prendre fin durant l'exercice 2012-2013.

Contexte et profil du Fonds

Dans le plan décennal pour consolider les soins de santé, annoncé en septembre 2004, les gouvernements se sont engagés à réduire les temps d'attentes dans cinq domaines cliniques prioritaires : les soins cardiaques, les soins aux personnes atteintes de cancer, le remplacement des articulations, la restauration de la vue et l'imagerie diagnostique. Pour que le plan puisse être mis en œuvre, le gouvernement fédéral a affecté 5,5 milliards de dollars sur dix ans (actuellement 250 millions de dollars par année jusqu'en 2013-2014) dans un fonds de réduction des temps d'attente, afin qu'on puisse réduire de façon notable les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires.

En avril 2007, s'appuyant sur le travail en cours pour réduire les temps d'attente, le premier ministre a annoncé que chaque province et territoire s'était engagé à établir une garantie de délais d'attente pour les patients (GDAP) dans au moins un domaine clinique, de son choix, pour 2010. Ces engagements ont été confirmés dans des protocoles d'entente avec l'ensemble des provinces et territoires, sauf le Québec, qui s'était déjà engagé à une garantie d'accès.

Les garanties devaient être offertes sous deux formes : un délai maximal acceptable sur le plan médical dans lequel le traitement garanti doit être fourni ou, si ce temps d'attente est dépassé, l'accès à des solutions de rechange (recours des patients). Ces garanties ont pour but d'apporter des certitudes aux patients, de susciter la confiance de la population à l'égard du système public de soins de santé et de renforcer la responsabilisation à l'égard du système.

Le budget de 2007 prévoyait un financement fédéral supplémentaire de plus d'un milliard de dollars pour aider les provinces et les territoires à poursuivre la mise en place des garanties. Ce financement comprenait jusqu'à 612 millions de dollars versés dans le Fonds de fiducie pour les garanties de délais d'attente (le Fonds de fiducie) accessible aux provinces et territoires qui se sont engagés à établir une garantie, 400 millions de dollars pour la technologie de l'information dans le domaine de la santé (l'Inforoute Santé du Canada), afin de contribuer à la mise en place des garanties, et 30 millions de dollars sur trois ans (2007-2008 à 2009-2010) pour le Fonds.

Le Fonds visait à aider les provinces et territoires à lancer des projets destinés à élaborer, à mettre en œuvre et à mettre à l'essai des démarches innovatrices afin de réduire les temps d'attente et à établir des GDAP.

Le financement était alloué aux propositions retenues à la suite de leur évaluation en fonction de critères établis. Onze projets ont ainsi été financés dans huit provinces et territoires. Ces projets, qui englobaient une grande variété de domaines et de démarches cliniques, ont été réalisés entre le 1er novembre 2007 et le 31 mars 2010.

L'évaluation : portée, méthode et aspects pris en considération

On a utilisé un cadre d'évaluation élaboré par les SCG en 2007 en consultation avec Santé Canada, cadre conforme aux lignes directrices du Conseil du Trésor. L'évaluation portait sur la pertinence (la mesure dans laquelle un programme répond à un besoin manifeste, cadre avec le mandat du gouvernement fédéral et répond aux besoins des Canadiens) et le rendement (degré d'efficacité et d'efficience économique du programme) ainsi que sur les leçons apprises concernant la conception et l'utilisation du Fonds.

Deux méthodes de collecte des données ont été utilisées : un examen des documents accessibles (rapports d'évaluation des projets pilotes, autorisations de financement du gouvernement du Canada, Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) du PCPSS, CGRR du Fonds, etc.) et des entrevues avec les principaux intervenants.

Aspects méthodologiques

Les principaux facteurs à prendre en considération concernant la méthode d'évaluation sont les suivants :

- Les projets financés englobaient une grande variété d'activités, ils visaient divers groupes cibles et domaines cliniques, et ils ont été mis en œuvre dans différentes régions du pays.
- Dans certains cas, les projets financés se préoccupaient davantage de réussir la mise en œuvre des projets, retardant ainsi le début de leur évaluation. Ainsi, pour certains projets financés, les projets n'ont pas eu assez de temps pour bien examiner les résultats au moment de leur évaluation.
- Les changements observés dans les temps d'attente n'ont pas été attribués au Fonds étant donné que ces changements peuvent être le résultat d'autres investissements (le Fonds de fiducie pour les GDAP, par exemple).
- Les évaluations par les provinces et territoires de leurs projets financés sont souvent très détaillées, éclairantes et solides sur le plan méthodologique. De plus, les provinces et territoires ont rempli une grille d'évaluation et ont participé à des entrevues destinées à recueillir des renseignements précis concernant les objectifs du Fonds.
- De nombreuses sources de données ont été utilisées pour confirmer les constatations. L'information recueillie dans le cadre des entrevues menées avec les bénéficiaires du Fonds et le personnel concerné a complété celle fournie par les provinces et territoire tout en permettant d'en vérifier l'exactitude.

Principales constatations

Pertinence

Le Fonds s'accordait bien aux objectifs et aux priorités tant du Ministère que du gouvernement fédéral dans son ensemble. En particulier, le Fonds s'inscrivait dans la priorité du gouvernement du Canada concernant les GDAP (discours du Trône 2006). Le Fonds s'accordait également au résultat stratégique de Santé Canada d'offrir « un système de santé accessible et durable qui répond aux besoins de santé de la population canadienne », en contribuant à la réduction des temps d'attente et en garantissant l'accès à des soins dans un délai raisonnable. Les résultats attendus du Fonds s'accordaient par ailleurs directement à ceux du PCPSS de Santé Canada.

Les responsables des projets pilotes ont indiqué qu'il fallait que le gouvernement fédéral investisse dans des projets pilotes ayant trait aux GDAP visant à réduire les temps d'attente, afin de leur permettre de mettre à l'essai de nouvelles idées afin d'aider leurs gouvernements à respecter leurs engagements concernant les GDAP. Ils ont fait observer que le Fonds complétait le financement existant du fédéral ainsi que des provinces et des territoires.

Aucun autre programme fédéral n'a les mêmes objectifs que le Fonds. Il est le complément d'autres financements fédéraux destinés à corriger le problème des temps d'attente et à appuyer l'élaboration de GDAP. Par ailleurs, les responsables des projets pilotes interrogés ont fait observer qu'étant donné que les projets étaient conçus par les provinces et les territoires, ils n'empêtaient pas sur d'autres projets ni ne faisaient double emploi, mais complétaient des initiatives existantes.

Rendement du Fonds – Résultats obtenus

Les objectifs à court terme du Fonds étaient les suivants : mieux comprendre les outils et les démarches associés à la réduction des temps d'attente et à la mise en œuvre des GDAP; renforcer la collaboration et la mise en commun de pratiques exemplaires entre les provinces et territoires; assurer une plus grande diffusion et une meilleure compréhension des questions stratégiques et opérationnelles liées à l'établissement de GDAP. Les résultats de l'évaluation à cet égard sont présentés ci-dessous.

- Quinze intervenants de projets pilotes ont indiqué que leur projet leur avait permis de mieux comprendre les outils et les démarches nécessaires pour établir des garanties et/ou pour réduire les temps d'attente pour les patients.
- Quinze intervenants de projets pilotes ont indiqué que leur projet leur avait permis de mieux comprendre les questions stratégiques et opérationnelles à prendre en considération pour établir des garanties et/ou pour réduire les temps d'attente pour les patients.
- Malgré les attentes, la mise en commun des résultats des projets pilotes et la collaboration entre les provinces et territoires durant la mise en œuvre des projets demeuraient limitées au moment de l'évaluation. Six responsables de projets pilotes ont indiqué que leur projet avait contribué « dans une large mesure » à renforcer la collaboration et l'échange

d'idées. Ils étaient plus nombreux à estimer que les projets avaient étendu la collaboration et l'échange de connaissances à l'intérieur de leur province ou territoire, en répondant à leurs propres besoins et priorités.

Les résultats à moyen terme attendus du Fonds étaient d'aider les provinces et territoires à comprendre comment les GDAP s'intègrent le mieux aux stratégies d'accès et aux réformes globales, permettant de mieux adapter les systèmes de soins de santé en mesure de réduire les temps d'attente et d'établir des GDAP. Les résultats à long terme attendus du Fonds étaient de réduire les temps d'attente et de garantir l'accès aux soins de santé dans des délais raisonnables.

En règle générale, cela prend des années à obtenir les résultats à moyen terme et à long terme. Cependant, de nombreux projets pilotes ont eu un effet initial cadrant avec l'obtention des résultats à moyen terme et, pour quelques-uns d'entre eux, avec l'obtention de résultats à long terme. Cependant, on ne sait pas encore dans quelle mesure ces effets sont durables, vu le peu de temps écoulé entre la fin de la période d'application du Fonds et la présente évaluation.

Pour la présente évaluation, la mesure dans laquelle les projets avaient commencé à obtenir les résultats à moyen terme et à long terme du Fonds a été évaluée en fonction des critères suivants : 1) il y avait eu réduction des temps d'attente; 2) des recours ou des solutions de rechange pour avoir accès aux soins avaient été élaborés et mis en œuvre; 3) des GDAP avaient été établis dans les domaines cliniques visés par le projet pilote. Chaque projet pouvait avoir mis l'accent sur tous ou un de ces éléments. On a aussi tenu compte des plans des provinces et territoires pour poursuivre le travail mis en train dans le cadre de leurs projets pilotes. On trouvera plus de renseignements sur chacun de ces trois éléments évalués dans le texte du rapport.

Les connaissances acquises dans le cadre de la mise en œuvre des outils et des démarches choisis ont donné aux provinces et territoires de meilleurs moyens de réduire les temps d'attente dans leurs systèmes de soins de santé, bien que la mesure dans laquelle cela a pu être accompli a été difficile à évaluer au cours de la période visée. Par exemple, on ne disposait pas de données de référence pour certains projets. Cependant, pour quelques projets pilotes, on a pu obtenir l'information sur les réductions de temps d'attente durant la période visée.

Dans le cas de certains projets pilotes, différents facteurs compliquent l'évaluation des politiques et des processus de recours pour les patients, notamment lorsque les méthodes de gestion des temps d'attente ont apparemment réduit les temps d'attente, si bien que les recours n'étaient pas nécessaires, et lorsque les patients étaient prêts à attendre plus longtemps plutôt que d'aller recevoir des soins dans une autre région ou dans une autre province ou territoire. D'une manière générale, partout où on a élaboré une stratégie de recours dans le cadre des projets pilotes, tous prévoient conserver les outils et les démarches mis au point.

Un autre indicateur fiable de la mesure dans laquelle le Fonds a contribué à mettre en place de meilleurs moyens pour réduire les temps d'attente dans les systèmes de soins de santé et à établir des GDAP était la volonté des provinces et territoires d'étendre les activités des projets pilotes financés. De fait, pour tous les projets pilotes, on a indiqué qu'on allait continuer d'utiliser les outils et les démarches obtenues et certaines provinces et certains territoires ont fait part de leur intention d'étendre le champ d'application du travail entrepris dans le cadre de ces projets.

Globalement, le Fonds a permis aux provinces et territoires de s'attaquer à un certain nombre de problèmes liés à l'établissement de garanties grâce à l'élaboration et à la mise à l'essai de nouveaux outils et démarches.

Rendement du Fonds – Efficience économique et efficacité

Un peu plus d'un cinquième (22,3 %) du Fonds n'a pas été utilisé, principalement en raison du retrait de deux projets recommandés et du fait que les provinces et territoires n'ont reçu les fonds qu'à la fin de la première année d'une entente de trois ans. Cependant, les sommes excédentaires désignées telle quelles dès le début ont été affectées à d'autres projets financés dans le cadre du Fonds; les sommes restantes ont été affectées à un projet national en appui à des mesures visant à assurer l'accès à des soins chirurgicaux pédiatriques ainsi qu'à établir des garanties à cet égard, conformément aux grands objectifs du Fonds.

L'évaluation de l'efficacité et de l'efficience économique s'étend tant à la pertinence qu'au rendement. Tel qu'indiqué précédemment, il avait été établi que le gouvernement fédéral devait investir dans des projets pilotes ayant trait aux GDAP et à la réduction des temps d'attente et ces projets pilotes contribuaient à l'atteinte des objectifs du Fonds. Le Fonds a permis de financer onze projets et, dans tous les cas sans exception, les responsables ont indiqué que les projets pilotes dans leur ensemble ou certains de leurs volets allaient se poursuivre et qu'on s'attendait à ce qu'ils réduisent les temps d'attente pour les patients à plus ou moins long terme. Ces propos confirment l'efficacité et l'efficience économique du Fonds, qui répond à un besoin reconnu au moyen de ressources modestes et qui atteint ses objectifs.

Conception et réalisation

On ne disposait pas de beaucoup de temps pour mettre en place le Fonds, mais on l'a fait avec succès et le principe général d'appuyer la réalisation de projets pilotes a été une réussite. De fait, les responsables des 17 projets pilotes ont indiqué que leur projet n'aurait probablement pas été mis en œuvre sans le Fonds. Par ailleurs, les accords de contribution ont permis d'affecter efficacement les ressources aux projets.

Les responsables estimaient que le Fonds avait été un moyen efficace et bien géré d'appuyer l'établissement de GDAP et de réduire les temps d'attente. Sept d'entre eux ont exprimé des préoccupations concernant notamment les courts délais imposés pour l'élaboration des propositions et les retards à recevoir les sommes ainsi que les restrictions à leur utilisation selon les stipulations des accords de contribution.

Dans l'ensemble, on estimait que le Fonds avait été géré efficacement. Le personnel de Santé Canada a fait son travail dans des délais très serrés pour mettre le Fonds en place et les bénéficiaires de sommes allouées pour les projets pilotes ont en très grande majorité souligné l'efficacité tant du personnel de Santé Canada que du Fonds.

Conclusions

Il ressort donc de l'évaluation que le Fonds des projets pilotes des GDAP a appuyé efficacement la priorité du gouvernement du Canada d'éclairer l'établissement de GDAP.

Les projets pilotes ont atteint leur but de mettre à l'essai de nouveaux outils et démarches pour réduire les temps d'attente et mettre en place des GDAP. Les projets ont été utiles pour les provinces et territoires, qui ont l'intention de mettre à profit les connaissances acquises ainsi que les systèmes et les processus mis en place dans le cadre de la réalisation de leurs projets pilotes. Selon les bénéficiaires, les projets pilotes n'auraient probablement pas été entrepris sans le Fonds.

Par ailleurs, le Fonds a été une réussite incontestable quant à l'atteinte de deux des trois résultats attendus. Ainsi, il a fait progresser la compréhension d'une part des outils et des démarches associés à la réduction des temps d'attente et à l'établissement de GDAP et, d'autre part, des questions stratégiques et opérationnelles liées à l'établissement de GDAP. En témoignent la diversité des outils et des démarches élaborés dans le cadre des projets, qui vont des mécanismes de gestion des volumes de patients aux systèmes de TI et autres systèmes, ainsi que la mise en place de nouveaux outils et démarches conçus expressément pour aborder les questions stratégiques et opérationnelles liées à l'établissement de GDAP dans les provinces et territoires.

L'évaluation a révélé que l'expérience avait été moins concluante en ce qui a trait au troisième résultat à court terme, à savoir renforcer la collaboration et la mise en commun de pratiques exemplaires entre les provinces et territoires. Dans presque tous les cas, au moment de l'évaluation, les responsables des projets pilotes mis en œuvre dans les provinces et territoires n'avaient pas collaboré ni partagé leurs connaissances acquises. Cette constatation tenait à plusieurs facteurs, notamment au fait que les membres des équipes de projet n'étaient pas les mieux placés pour déterminer qui étaient leurs vis-à-vis dans les autres provinces et territoires et d'en partager l'information. Cette constatation donne à penser que Santé Canada pourrait à l'avenir jouer un rôle dans la diffusion des connaissances acquises dans le cadre des projets pilotes.

Les résultats à moyen terme et à long terme sont ceux qu'on n'obtient qu'après plusieurs années. Cependant, lors de l'évaluation, on a constaté que des progrès observables avaient déjà été accomplis à ce chapitre. Ainsi, les provinces et territoires ont indiqué qu'ils comprenaient mieux comment les garanties s'intègrent aux stratégies d'accès et aux réformes du système globales et qu'ils étaient mieux en mesure de réduire les temps d'attente et de se pencher sur les GDAP. Même si les résultats à long terme du Fonds ayant trait à la réduction des temps d'attente et aux garanties d'accès à des soins dans des délais raisonnables étaient plus difficiles à évaluer en raison de la durée limitée des projets, il était clairement observable, pour quelques-uns d'entre eux, que les activités mises en œuvre avaient permis de réduire les temps d'attente et plusieurs provinces et territoires ont été capables de mettre en place des mécanismes de recours pour les patients. Enfin, plusieurs provinces et territoires ont décidé d'étendre le champ d'application des outils et des démarches issues des projets pilotes à l'avenir.

Étant donné que le Fonds a donné, ou est en voie de donner, les résultats attendus, et qu'il a été bien géré, on peut conclure qu'il a été mis en œuvre d'une manière efficace et économiquement efficiente.

Comme le Fonds n'est plus en place, l'évaluation n'est pas assortie de recommandations particulières. Ses conclusions devraient plutôt servir de base à une évaluation du PCPSS qui doit être réalisée en 2012-2013. À la lumière de ces conclusions, il apparaît que le Fonds a contribué à l'atteinte de trois des résultats immédiats attendus du PCPSS.

En favorisant une meilleure connaissance et compréhension d'une part des outils et des démarches liés à la réduction des temps d'attente et la mise en place de GDAP et, d'autre part, des enjeux stratégiques et opérationnels associés à l'établissement de GDAP, le Fonds a contribué à l'atteinte du résultat immédiat attendu du PCPSS visant à faire progresser la connaissance et la compréhension du rendement du système de soins de santé ainsi que des nouveaux modèles, démarches et pratiques exemplaires pertinents.

Par ailleurs, le Fonds a aidé les provinces et les territoires à assurer une plus grande collaboration et une meilleure coordination au sein de leurs organisations dans les domaines visés par les projets pilotes, appuyant ainsi le résultat immédiat attendu du PCPSS ayant trait au renforcement de la collaboration et de la coordination quant aux mesures à prendre pour respecter les priorités et faire face aux obstacles. Les provinces et les territoires ont tous l'intention de poursuivre, en tout ou en partie, leurs projets pilotes, ce qui indique qu'on est mieux outillé pour réduire les temps d'attente et aborder la question des GDAP dans les systèmes de soins de santé, ce qui appuie le résultat immédiat du PCPSS concernant l'adoption de nouveaux modèles, démarches et pratiques exemplaires.

1. INTRODUCTION ET PROFIL DU FONDS

Le présent rapport contient les conclusions de l'évaluation du Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties sur les délais d'attente pour les patients (le Fonds). L'évaluation a été réalisée pour Santé Canada par les Services conseils du gouvernement (SCG) de novembre 2009 à septembre 2010.

Les résultats de l'évaluation devraient être intégrés à l'évaluation sommative du Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé (PCPSS), dont le Fonds fait partie, qui doit prendre fin durant l'exercice 2012-2013. L'évaluation portait sur toute la durée du Fonds, soit de novembre 2007 à mars 2010.

Le rapport comprend quatre sections :

- La section 1 décrit le Fonds et constitue une introduction à l'évaluation
- La section 2 souligne la méthodologie de l'évaluation et les considérations méthodologiques
- La section 3 présente les constatations de l'évaluation
- La section 4 présente les conclusions générales de l'évaluation

1.1 Contexte

Dans le plan décennal pour consolider les soins de santé, annoncé en septembre 2004, les gouvernements se sont engagés à réduire les temps d'attentes dans cinq domaines cliniques prioritaires et à procéder à une réforme du système de santé afin d'améliorer l'accès à des soins de santé de qualité en temps opportun. Les cinq domaines prioritaires étaient les suivants : les soins cardiaques, les soins aux personnes atteintes de cancer, le remplacement des articulations, la restauration de la vue et l'imagerie diagnostique. Pour que le plan puisse être mis en œuvre, le gouvernement fédéral a affecté 5,5 milliards de dollars sur dix ans (actuellement 250 millions de dollars par année jusqu'en 2013-2014) dans un fonds de réduction des temps d'attente, afin qu'il soit possible de réduire de façon notable les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires.

En avril 2007, s'appuyant sur le travail en cours pour réduire les temps d'attente, le premier ministre a annoncé que chaque province et territoire s'était engagé à établir une garantie sur les délais d'attente pour les patients (GDAP) dans au moins un domaine clinique, de son choix, pour 2010. Ces engagements ont été confirmés dans des protocoles d'entente avec l'ensemble des provinces et territoires, sauf le Québec, qui s'était déjà engagé à une garantie d'accès.

Les garanties devaient être offertes sous deux formes : un délai maximal acceptable sur le plan médical dans lequel le traitement garanti doit être fourni ou, si ce temps d'attente est dépassé, l'accès à des solutions de rechange (recours des patients). Ces garanties ont pour but d'apporter des certitudes aux patients, de susciter la confiance de la population à l'égard du système public de soins de santé et de renforcer la responsabilisation à l'égard du système.

Le budget de 2007 prévoyait un financement fédéral supplémentaire de plus d'un milliard de dollars pour aider les provinces et les territoires à poursuivre la mise en place des garanties. Ce financement comprenait jusqu'à 612 millions de dollars versés dans le Fonds de fiducie pour les Garanties sur les délais d'attente (le Fonds de fiducie) accessible aux provinces et territoires qui se sont engagés à établir une garantie, 400 millions de dollars pour la technologie de l'information dans le domaine de la santé (Inforoute Santé du Canada), afin de contribuer à la mise en place des garanties, et 30 millions de dollars sur trois ans (2007-2008 à 2009-2010) pour le Fonds.

1.2 Profil du Fonds

1.2.1 Description du Fonds

Le Fonds visait à aider les provinces et territoires à lancer des projets destinés à élaborer, à mettre en œuvre et à mettre à l'essai des démarches innovatrices propres à réduire les temps d'attente et à établir des GDAP. Le Fonds a aidé les provinces et les territoires à accomplir les tâches suivantes :

- créer et évaluer des outils pour établir et obtenir des garanties (y compris fournir des recours aux patients lorsque le temps d'attente garanti est dépassé);
- recenser et résoudre les problèmes opérationnels et liés à la politique associés à l'établissement d'une GDAP;
- encourager la collaboration et l'échange des pratiques exemplaires.

La figure 1 décrit le modèle logique du Fonds.

Les projets provinciaux et territoriaux devaient produire les extrants suivants :

- de nouveaux outils et des démarches pour réduire les délais d'attente et mettre en œuvre les GDAP;
- des rapports de recherche, des bases de données et des documents d'orientation;
- des réseaux de collaboration et des mécanismes de communication de l'information;
- la détermination des obstacles et des défis associés à la mise en œuvre des GDAP.

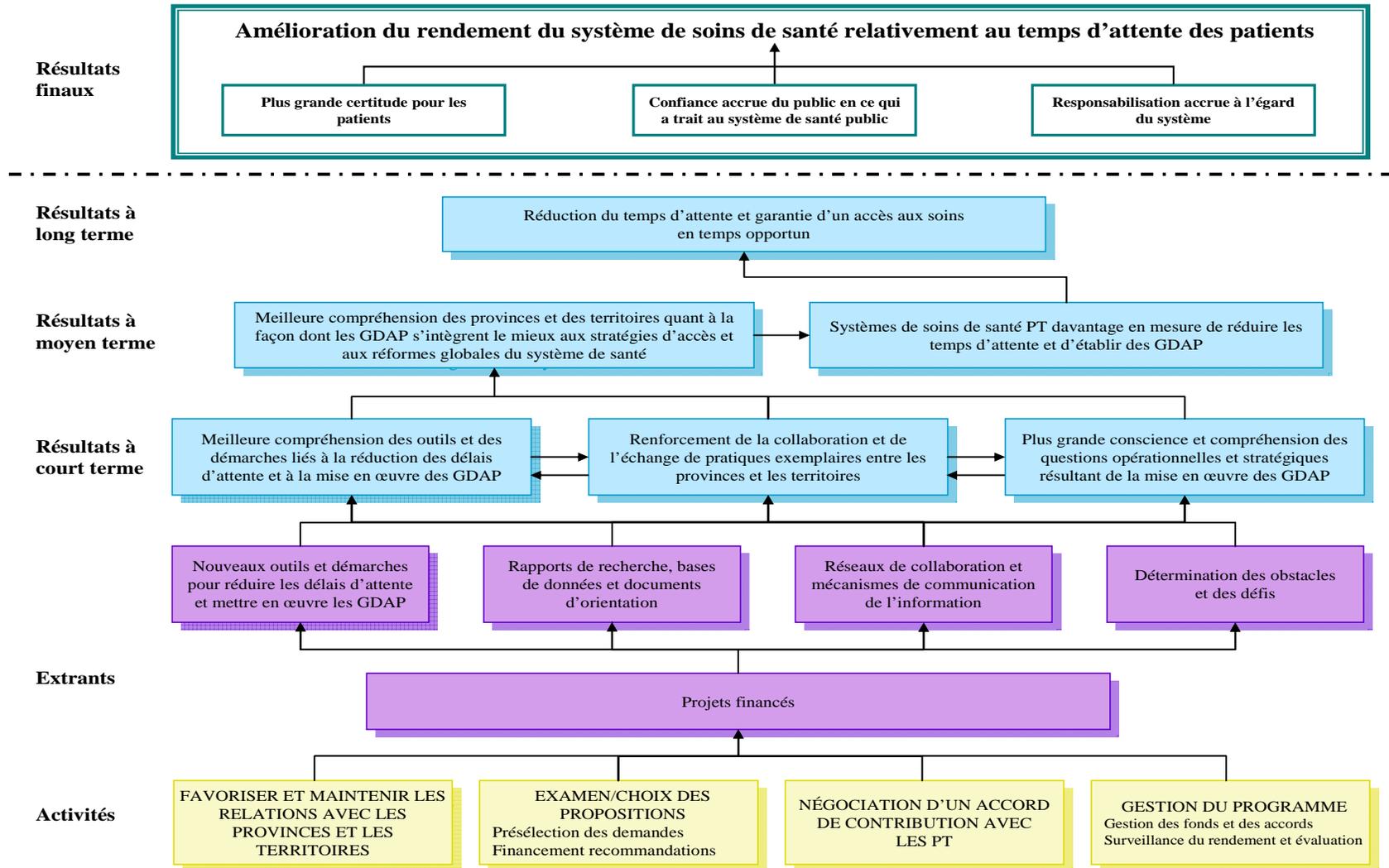
Voici des résultats prévus à court terme pour le Fonds :

- une meilleure compréhension des outils et des démarches associés à la réduction des délais d'attente et à la mise en œuvre des GDAP;
- un renforcement de la collaboration et de l'échange de pratiques exemplaires entre les provinces et les territoires;
- une plus grande conscience et compréhension des problèmes opérationnels liés à la politique résultant de la mise en œuvre des GDAP.

Les résultats à moyen terme attendus du Fonds étaient d'aider les provinces et territoires à comprendre comment les GDAP s'intègrent le mieux aux stratégies d'accès et aux réformes globales du système de santé, permettant de mieux mettre les systèmes de soins de santé en mesure de réduire les temps d'attente et d'établir des GDAP. Les résultats à long terme attendus du Fonds étaient de réduire les temps d'attente et de garantir l'accès aux soins de santé dans des délais raisonnables.

Parmi les bénéficiaires prévus des projets ainsi que de leurs extrants et de leurs résultats se trouvaient les établissements de soins de santé qui devaient tirer profit des projets dirigés par leur province ou leur territoire, ainsi que des leçons apprises dans d'autres administrations. Finalement, les Canadiennes et les Canadiens devaient profiter du Fonds et de ses résultats, car ce dernier devait entraîner une réduction des délais d'attente, donner des certitudes aux patients, susciter la confiance de la population à l'égard du système public de soins de santé et renforcer la responsabilisation à l'égard du système.

Figure 1 : Modèle logique du Fonds pour les projets pilotes liés aux GDAP



1.2.2 Mise en œuvre du Fonds

En juin 2007, le gouvernement fédéral a approuvé l'investissement de 30 millions de dollars sur trois ans (2007-2008 à 2009-2010) pour le Fonds. Il a été convenu que le Fonds serait alloué en fonction du mérite, plutôt que du nombre d'habitants comme c'est le cas pour le Fonds de fiducie, afin de soutenir les projets créateurs et novateurs facilitant l'établissement des GDAP.

En juillet et en août 2007, Santé Canada a consulté les provinces et les territoires afin de concevoir les principes directeurs et des critères (voir annexe A) régissant le Fonds. Les discussions étaient axées sur la nature du processus de sélection, la définition de recours et la nécessité d'instaurer un processus décisionnel efficace permettant de mettre en œuvre les projets dans un délai raisonnable.

L'approbation de la mise en œuvre du Fonds a été obtenue le 27 septembre 2007. L'appel de propositions a été transmis aux représentants PT le 2 octobre 2007 et la date limite de soumission a été fixée au 31 octobre 2007. Bien qu'il ait été reconnu qu'il s'agissait d'un échéancier plutôt court pour soumettre des propositions, ce délai a été jugé satisfaisant compte tenu du fait que les provinces et les territoires participaient à l'élaboration des lignes directrices et des critères du Fonds et qu'ils avaient demandé un processus efficace favorisant une mise en œuvre des projets en temps opportun.

En réponse à l'appel de propositions, Santé Canada a reçu un total de 19 propositions de 10 provinces et territoires représentant un financement de 48 millions de dollars. Trois provinces et territoires – la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Nunavut – n'ont pas soumis de proposition. Plusieurs provinces et territoires ont soumis plus d'une proposition, notamment le Québec (6), l'Ontario (4) et la Nouvelle-Écosse (2).

Une fois que toutes les propositions de projets ont été reçues, Santé Canada a formé un comité d'examen pour garantir un processus d'examen normalisé et complet comprenant : une présélection administrative et détaillée des programmes; les commentaires des bureaux régionaux ainsi que de la division des Relations fédérales-provinciales et territoriales et un examen externe d'Inforoute Santé du Canada pour les projets comprenant un important volet sur les technologies de l'information. Tout au long de ce processus, les provinces et les territoires avaient la possibilité de répondre aux questions et de donner des détails supplémentaires sur leurs propositions.

Après l'exécution du processus d'examen et la finalisation de toutes les propositions, le ministre de la Santé a été mis au courant des recommandations concernant le financement qui ont ensuite été approuvées le 28 janvier 2008. Santé Canada a ensuite commencé à négocier les accords de contribution avec les provinces et les territoires. Afin d'accélérer les négociations, un modèle d'accord, qui avait été approuvé au préalable par les provinces et les territoires dans le cadre d'une autre initiative de financement de Santé Canada, a été utilisé. Pour limiter les retards causés par des négociations laborieuses, Santé Canada a autorisé les responsables des projets à reconnaître rétroactivement toutes les dépenses admissibles en date du 1^{er} novembre 2007, de manière à ce que les provinces et les territoires puissent commencer la mise en œuvre des projets le plus rapidement possible. La négociation des accords de contribution a pris fin au plus tard le 31 mars 2008.

1.2.3 Projets financés

Pour être admissibles au financement, les propositions devaient respecter les critères suivants :

- démontrer comment les GDAP pourraient être opérationnalisés au sein d'un système de soins de santé financé par l'état, y compris la mise à l'épreuve des recours et des méthodes de gestion requis pour appuyer les garanties;
- démontrer les innovations importantes et la possibilité d'apporter des changements significatifs;
- comprendre un plan d'évaluation;
- comprendre un plan de diffusion.

Voici d'autres éléments souhaitables qui ont été pris en considération lors de l'évaluation des propositions :

- collaboration gouvernementale et intergouvernementale;
- participation des fournisseurs de soins de santé concernés, des patients, ainsi que d'autres intervenants et spécialistes;
- applicabilité à d'autres provinces et territoires.

En outre, les détails de chaque proposition ont été évalués dans le but de confirmer la viabilité et la rentabilité du projet.

Le Fonds a reconnu que le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut n'offrent qu'un éventail limité de services de soins de santé primaires et que pour cette raison, les propositions de ces territoires ne devaient pas nécessairement toucher un des cinq secteurs prioritaires. Toutefois, ces projets devaient faire preuve d'une grande innovation ou présenter de nombreux avantages pour les patients (p. ex. par l'entremise d'une réduction des temps d'attente, un accès à des soins de remplacement, etc.).

Au total, huit accords de contribution régissant douze projets pilotes ont été conclus avec les provinces et les territoires et, en fin de compte, onze projets¹ concernant une vaste gamme de domaines cliniques et de démarches ont reçu du financement dans le cadre du Fonds (tableau 1). L'annexe B présente une brève description de chaque projet pilote.

Tableau 1
Projets pilotes financés

Province	Projet	Secteur d'intervention privilégié	Financement fédéral
Sask.	Projet pilote sur le recours au pontage aortocoronarien	Pontage aortocoronarien	775 000 \$
Man.	Établir le lien entre les généralistes et les spécialistes : la bonne porte, du premier coup	Santé mentale Arthroplastie de la hanche et du genou Lombalgie Endoscopie digestive basse Cancer du poumon Chirurgie plastique Orthopédie (dos) Orthopédie (épaule) Oreille/nez/gorge Dermatologie Néphrologie	5 020 680 \$
QC	Clinique interdisciplinaire en musculosquelettique	Orthopédie musculosquelettique	2 592 247 \$
QC	Requête Web opératoire	Chirurgies de remplacement du genou et de la hanche Extractions de cataractes	42 077 \$
QC	Défi qualité performance dans la réduction des délais d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou	Chirurgies de remplacement du genou et de la hanche	511 000 \$
N.-B.	Projet pilote de garantie sur les délais d'attente pour radiothérapie	Radiothérapie	5 002 904 \$
N. É.	Améliorer l'accès aux services diagnostiques	Imagerie diagnostique	3 400 594 \$
N. É.	Améliorer l'accès aux services chirurgicaux : Portail d'accès aux services orthopédiques pour les patients	Services de chirurgie orthopédique	4 604 442 \$
Î. P. É	Sauver du temps pour sauver des vies : stratégie provinciale pour offrir une garantie sur les délais d'attente pour radiothérapie	Radiothérapie	1 408 250 \$
T.N. O	Programme de mammographie de dépistage de la région de santé et de services sociaux de Hay River	Mammographie de dépistage	560 188 \$
YN	Déterminer s'il est possible d'offrir aux patients un plus vaste éventail de choix de points de service pour ce qui est de services et de procédures hors Yukon	Chirurgie de remplacement du genou et de la hanche Soins cardiaques Soins contre le cancer Ophtalmologie	1 433 000 \$
TOTAL			25 350 382 \$

¹ Un projet québécois sur l'imagerie diagnostique a été écarté dès le départ, puisque la province a jugé qu'elle n'avait pas assez de temps pour terminer le projet comme prévu.

1.2.4 Administration du Fonds

Le Fonds était offert par l'entremise du PCPSS de Santé Canada, qui aide le gouvernement fédéral à travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les autres intervenants pour surmonter les obstacles que rencontre le système de soins de santé canadien. Le PCPSS est conçu pour promouvoir la recherche et l'analyse des politiques, les projets pilotes fondés sur l'expérience et l'évaluation des priorités actuelles et émergentes du système de soins de santé. Pendant son existence, le Fonds était un volet du PCPSS, qui comprenait également la Stratégie continue en matière de ressources humaines en santé, l'Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger et le volet Innovation dans le système de soins de santé. Le Fonds prenait en considération les objectifs du PCPSS dans le but de développer, d'appliquer et de diffuser le savoir, les pratiques exemplaires et les stratégies pour innover dans les soins de santé.

Le Fonds était géré par la Division du système de soins de santé de la Direction des politiques de soins de santé, qui fait partie de la Direction générale de la politique stratégique de Santé Canada.

2. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

2.1 Contexte et but de l'évaluation

Santé Canada devait évaluer le Fonds une fois celui-ci terminé. Les résultats de l'évaluation devaient faire partie de l'évaluation sommative du PCPSS, qui devrait prendre fin pendant l'exercice financier 2012-2013.

Les Services conseils du gouvernement (SCG), en collaboration avec la Division du système de soins de santé de la Direction des politiques de soins de santé, ont conçu un modèle logique et un cadre d'évaluation pour le Fonds en 2007. Le cadre d'évaluation et le modèle logique étaient les fondements de la présente évaluation. Les sections qui suivent présentent les questions d'évaluation et les enjeux, les méthodes de collecte des données ainsi que les considérations méthodologiques pour l'évaluation.

Le Fonds était un programme d'une durée limitée à trois ans (EF 2007-2008 à EF 2009-2010). L'évaluation a été réalisée entre novembre 2009 et septembre 2010.

2.2 Questions de l'évaluation et enjeux

L'évaluation examinait les questions liées à la pertinence, au rendement ainsi qu'à la conception et à l'exécution du Fonds. Le tableau 2 montre les enjeux de l'évaluation et les questions établies dans le cadre d'évaluation.

Tableau 2
Questions de l'évaluation et enjeux

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation
Pertinence du Fonds	<ul style="list-style-type: none"> • Les projets pilotes répondent-ils à un besoin réel? Les projets pilotes seront-ils toujours nécessaires? • En quoi les objectifs des projets pilotes correspondent-ils aux priorités ministérielles et pangouvernementales? • Est-ce que le rôle des projets pilotes complète les rôles des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux dans ce domaine? En quoi les activités des projets pilotes sont-elles coordonnées avec les rôles fédéraux, provinciaux et territoriaux? • Est-ce que des projets pilotes chevauchent d'autres initiatives canadiennes?
Rendement et efficacité du Fonds	<p>Résultats à court terme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les PT comprennent mieux les outils et les démarches associés à la réduction des délais d'attente et à l'établissement des GDAP? • Est-ce que les PT sont davantage au courant des questions stratégiques et opérationnelles associées à l'établissement des GDAP et est-ce qu'ils les comprennent mieux? • Est-ce que la collaboration et les échanges de pratiques exemplaires entre les PT ont été renforcés? <p>Résultats à moyen terme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les administrations comprennent davantage comment les GDAP s'inscrivent mieux dans les stratégies d'accès globales et dans la réforme du système de soins de santé? • Les systèmes de santé sont-ils mieux placés pour réduire les délais d'attente et mettre en œuvre les garanties sur les délais d'attente pour les patients? <p>Résultats à long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure les PT ont-ils réussi à réduire leurs temps d'attente et à mettre en œuvre les GDAP?
Rendement et efficacité du Fonds, économies	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les méthodes les plus appropriées et les plus efficaces ont été utilisées pour atteindre les objectifs du Fonds? • Est-ce que le Fonds a été mis en œuvre de façon efficace et économique?
Conception et exécution	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles leçons ont été tirées en ce qui a trait à la planification, à la structure et à l'exécution du Fonds? • Est-ce que les pratiques de gestion du Fonds se sont avérées efficaces?

2.3 Approche de l'évaluation

L'évaluation comprenait deux méthodes de collecte des données : un examen de la documentation et des entrevues avec les principaux intervenants.

2.3.1 Examen de la documentation

L'examen de la documentation était une source essentielle d'information pour l'évaluation et elle prenait en considération les éléments suivants :

- les documents du ministère, comme les autorisations de financement pour le Fonds, l'appel de propositions, l'information concernant le budget et les dépenses ainsi que le Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada;

- les documents liés à chacun des projets financés, y compris les propositions de projet, les rapports d'étape et les rapports d'évaluation finaux des projets.

En outre, les SCG ont conçu un modèle d'évaluation et l'ont distribué aux responsables des projets avant la réalisation de l'évaluation de leurs projets. Le modèle comprenait 13 questions sur les activités et les résultats du projet. Les gestionnaires des projets devaient envoyer le formulaire rempli avec leur rapport d'évaluation final. L'information recueillie par le biais de ce modèle avait pour but de compléter les renseignements fournis dans les rapports d'évaluation des projets. L'annexe C comprend une copie du modèle. Au total, neuf rapports d'évaluation finaux pour des projets pilotes et huit modèles d'évaluation remplis ont été examinés. Les SCG ont conçu et rempli une grille d'évaluation des documents qui a été utilisée afin de structurer les observations en fonction des principaux objectifs du Fonds.

2.3.2 Entrevues

Des entrevues ont été réalisées pour compléter l'information présentée dans la documentation ainsi que pour obtenir des renseignements liés à la gestion du programme. Deux groupes d'intervenants clés ont été interrogés pour l'évaluation : les gestionnaires de projet ainsi que les membres de l'équipe des projets pilotes financés et les gestionnaires de Santé Canada et les membres du personnel passés et présents responsables du Fonds. La répartition des entrevues selon le groupe est illustrée à l'annexe D.

Les responsables des projets devaient désigner les principaux membres de l'équipe de leur projet devant être interrogés dans le cadre de l'évaluation. À la fin, l'équipe d'évaluation avait interrogé 27 représentants de projet. Santé Canada a désigné les gestionnaires et les membres du personnel de Santé Canada passés et présents devant être interrogés pendant l'évaluation. Deux séances d'entrevue ont été réalisées auprès de ce groupe et un total de quatre représentants de Santé Canada ont émis des commentaires.

Les entrevues étaient réalisées en personne pour les répondants de la région de la capitale nationale, et par téléphone pour les autres. Les entrevues se déroulaient dans la langue officielle au choix du répondant.

Les guides d'entrevue sont présentés à l'annexe J du présent rapport. Les notes découlant des entrevues auprès des représentants des projets ont été inscrites dans une grille d'entrevue structurant les conclusions des entrevues selon la question ou l'indicateur approprié de l'évaluation. Une analyse du contenu a ensuite été effectuée en se fondant sur ces notes.

2.4 Considérations méthodologiques et limites

Comme pour toute évaluation, certains éléments devaient être pris en considération pendant l'examen des résultats.

- Les projets financés comprenaient un large éventail d'activités, de publics cibles et de domaines cliniques et ils étaient réalisés dans différentes parties du pays.

- Le concept de GDAP englobe l'établissement de garanties, de recours si les garanties ne sont pas respectées et d'initiatives pour réduire les délais d'attente afin de s'assurer que les garanties sont respectées. Les projets pilotes peuvent être axés sur tous ces éléments liés aux GDAP ou sur un élément particulier.
- Les projets financés accordent parfois une plus grande importance à la mise en œuvre réussie, ce qui retarde le début de leurs activités d'évaluation. Par conséquent, certains projets financés n'ont pas encore eu le temps d'examiner en profondeur les résultats obtenus au moment de leur évaluation.
- L'investissement fédéral total dans les GDAP et les investissements connexes pour réduire les délais d'attente au fil des années sont importants. Par conséquent, il n'était pas approprié d'attribuer directement au Fonds les changements constatés en ce qui a trait au temps d'attente des patients, puisque les changements pouvaient découler d'autres investissements (p. ex. le Fonds de fiducie).
- Les renseignements étaient limités relativement à deux des trois projets financés au Québec.

Malgré ces limites, l'évaluation pouvait miser sur les forces suivantes de la méthodologie :

- Les évaluations réalisées par les provinces et les territoires pour les projets financés étaient souvent très détaillées, informatives et solides sur le plan méthodologique. Par conséquent, ces documents étaient des sources d'information très complètes pour la présente évaluation. Les provinces et les territoires ont aussi rempli le modèle d'évaluation des SCG demandant des renseignements précis liés aux objectifs du Fonds. Ces données ont été complétées par les entrevues auprès des représentants des projets pilotes.
- Tous les bénéficiaires des projets pilotes ont été interrogés (il y a eu un recensement de tous les bénéficiaires). Dans beaucoup de cas, selon la portée du projet, des représentants provinciaux et territoriaux supplémentaires ont aussi été interrogés pour veiller à ce que l'évaluation des projets et du Fonds lui-même soit complète. En plus des entrevues avec les bénéficiaires des projets, l'équipe d'évaluation a interrogé des représentants de Santé Canada. L'ancien gestionnaire du programme, qui a rédigé la demande d'autorisation de financement pour le Fonds et qui connaissait bien les objectifs et les paramètres originaux du Fonds, a été interrogé. De plus, le gestionnaire actuel du programme et le personnel qui s'occupe du Fonds depuis ses débuts ont aussi été interrogés.
- De multiples sources de données ont permis de valider les conclusions. Les observations rapportées en ce qui a trait au projet (p. ex. rapports et modèles finaux d'évaluation du projet) ont été contre-validées pour en assurer la fiabilité et appuyées par les entrevues auprès des bénéficiaires et du personnel du Fonds.

3. PRINCIPALES CONSTATATIONS

Cette section du rapport présente les constatation relatives à quatre principaux sujets : la pertinence, le rendement en ce qui concerne l'atteinte des objectifs, le rendement relatif aux économies et à l'efficacité ainsi que la conception et l'exécution de la mise en œuvre du Fonds.

3.1 Pertinence

Cette section du rapport énonce les constatations de l'évaluation du Fonds en ce qui a trait à la pertinence. Les questions de l'évaluation examinées à ce sujet sont les suivantes :

- Les projets pilotes répondent-ils à un besoin réel? Les projets pilotes seront-ils toujours nécessaires?
- En quoi les objectifs des projets pilotes correspondent-ils aux priorités ministérielles et pangouvernementales?
- Est-ce que le rôle des projets pilotes complète les rôles des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux dans ce domaine? En quoi les activités des projets pilotes sont-elles coordonnées avec les rôles fédéraux, provinciaux et territoriaux?
- Est-ce que des projets pilotes chevauchent d'autres initiatives canadiennes?

3.1.1 Nécessité du Fonds

Selon les documents essentiels du Fonds, en s'engageant à établir des GDAP, les provinces et les territoires ont ciblé un certain nombre de problèmes et d'obstacles possibles liés à la mise en œuvre. En voici des exemples :

- état de préparation du système (p. ex. technologie de l'information en santé, ressources humaines en santé, capacité à fournir des solutions de rechange);
- rôle des médecins dans la gestion des délais d'attente (p. ex. listes d'attente centralisées);
- conséquences juridiques possibles;
- effets sur l'allocation des ressources dans l'ensemble du système de soins de santé.

Le Fonds avait pour but de donner l'occasion aux provinces et aux territoires de concevoir et de tester des démarches innovatrices visant à établir des garanties et à régler ces types de problèmes.

Seize représentants de projet ont fait valoir dans les entrevues que selon eux, le gouvernement fédéral devrait investir dans les projets pilotes liés aux GDAP et à la réduction des temps d'attente. La raison la plus fréquemment citée pour justifier cette opinion était que les provinces et les territoires ont de la difficulté à examiner les nouvelles formes d'innovation ainsi que les problèmes à plus long terme, puisqu'ils se concentrent généralement sur les besoins immédiats à

combler. Six personnes interrogées ont fait valoir que le financement permettait aux administrations de mettre en œuvre et de tester de nouvelles idées, ce qui ne se produit pas souvent étant donné les demandes existantes liées au financement provincial et territorial. Selon un répondant, le financement permettait d'agir de façon stratégique plutôt que d'intervenir.

Dix-sept représentants de projet pilote interrogés ont affirmé que s'il n'y avait pas eu le Fonds, leur projet pilote n'aurait pas du tout été mis de l'avant. Quatre ont indiqué que certains volets de leur projet pilote auraient peut-être vu le jour sans le financement ou que le projet aurait pu progresser plus lentement. Personne n'a dit que le projet aurait été réalisé de la même façon sans le financement.

Le Fonds ne devait pas être permanent et il a été conçu pour favoriser l'établissement des GDAP, que les provinces et les territoires se sont engagés à mettre en œuvre par 2010. Par conséquent, la question d'évaluation à savoir si le Fonds doit continuer de fournir de l'aide a été abandonnée.

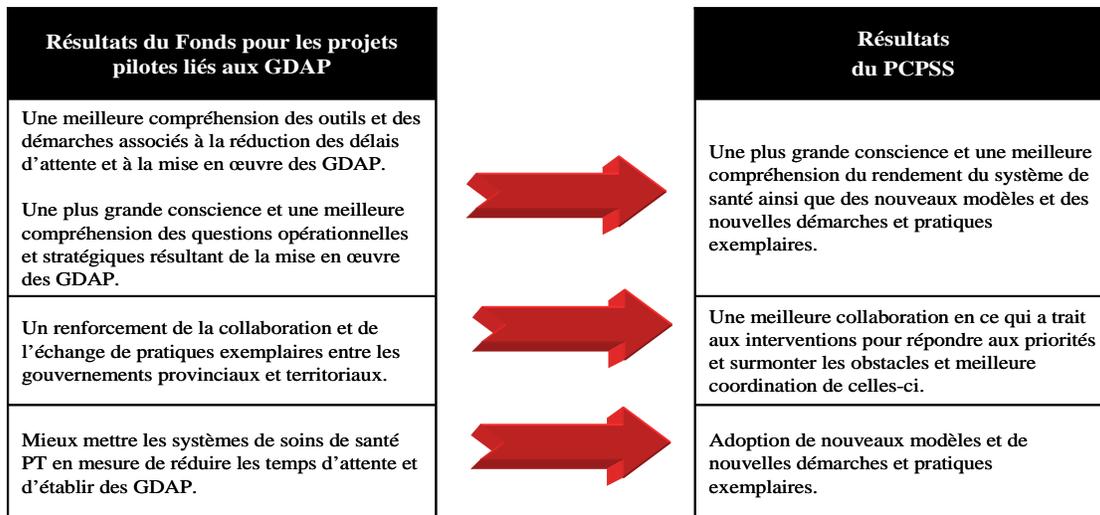
3.1.2 Harmonisation avec les priorités et les objectifs ministériels et pangouvernementaux

Le Fonds a été conçu pour favoriser les principales priorités du gouvernement fédéral et établir les GDAP. Le discours du Trône en 2006 stipulait que le gouvernement fédéral « fera appel à la collaboration des provinces et des territoires pour formuler une garantie sur les délais d'attente » et « favorisera donc les approches novatrices conformes aux principes d'un système de soins de santé universellement accessible et équitable² ». Le Fonds était un volet du budget de mars 2007 représentant un nouveau financement fédéral de plus d'un milliard de dollars visant à faire progresser l'établissement de garanties.

Le Fonds était harmonisé à l'architecture des activités de programmes de Santé Canada. Son résultat stratégique n° 1 était de fournir un « système de santé accessible et durable qui répond aux besoins de santé de la population canadienne ». Plus précisément, pendant l'exercice 2007-2008, l'activité de programme « Politique, planification et information en santé » devait contribuer à améliorer l'état de santé des Canadiennes et des Canadiens en favorisant une utilisation plus grande et plus efficace de l'information et des technologies des communications et en effectuant de la recherche en politique et en analyse en vue d'appuyer une prise de décision fondée sur des données probantes. Pendant les exercices 2008-2009 et 2009-2010, l'activité de programme « système de santé au Canada » devait améliorer la planification et le rendement du système de soins de santé.

Comme le montre la figure ci-dessous, les résultats escomptés du Fonds étaient aussi directement conformes à ceux du PCPSS de Santé Canada, dont le Fonds faisait partie.

² Gouvernement du Canada. Discours du Trône, le 4 avril 2006. Consulté en ligne le 23 août 2010 à l'adresse : <http://pm.gc.ca/fra/media.asp?id=1087>.



3.1.3 Autres programmes

Aucun autre programme du gouvernement fédéral ayant les mêmes objectifs que le Fonds n'a été désigné, ce qui donne à penser que le Fonds n'entraînait pas de chevauchement. Le Fonds était plutôt un complément de d'autres formes de financement fédérales liées aux GDAP et à la réduction des temps d'attente, y compris le Fonds de fiducie.

Le Fonds de fiducie a fourni jusqu'à 612 millions de dollars aux provinces et aux territoires qui s'étaient engagés à établir des GDAP avant la fin de 2010. Grâce au Fonds de fiducie, les provinces et les territoires ont reçu un financement de base de 10 millions de dollars par province et de 4 millions de dollars par territoire pour mettre des garanties en place. Les 500 millions de dollars restants ont été alloués en fonction du nombre d'habitants.

Les mécanismes de financement du Fonds de fiducie et du Fonds étaient différents conformément à leurs propres objectifs. Le Fonds de fiducie était conçu pour encourager les provinces et les territoires à investir dans la création et l'établissement de garanties et il donnait aux administrations toute la souplesse nécessaire pour investir les fonds de façon adaptée à leurs besoins.

Le Fonds était un programme de contributions avec un objectif précis consistant à élaborer et à tester des outils et des démarches liés aux garanties dans une vaste gamme de domaines prioritaires. Les provinces et les territoires pouvaient faire une demande pour des projets qui n'étaient pas nécessairement liés à des engagements en vertu des PE concernant les GDAP. Le financement était alloué en se fondant sur les propositions qui étaient examinées en tenant compte d'un ensemble de critères particuliers et le Fonds comprenait des dispositions relatives à la reddition de comptes conformément à la Politique sur les paiements de transfert sous forme de subventions et de contributions du Conseil du Trésor, y compris des dispositions relatives à l'établissement de rapports et un volet sur l'évaluation. Ce mécanisme de financement encourageait les projets pilotes novateurs pouvant favoriser l'échange des apprentissages et la détermination des pratiques exemplaires.

Le Fonds de fiducie et le Fonds misaient tous deux sur les travaux déjà en cours pour réduire les délais d'attente. En 2004, le gouvernement fédéral a annoncé un investissement de 5,5 milliards de dollars sur 10 ans par le biais d'un Fonds pour la réduction des temps d'attente. Contrairement au Fonds de fiducie et au Fonds, qui étaient axés précisément sur l'établissement de garanties, le Fonds pour la réduction des temps d'attente avait pour but d'appuyer les engagements plus vastes du gouvernement dans le cadre de l'Accord sur la santé de 2004 pour améliorer de façon générale les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires.

Au cours des entrevues, des exemples d'initiatives provinciales et territoriales liées à la réduction des délais d'attente (ou aux réformes du système de soins de santé) ont été mentionnés. Par exemple, la Saskatchewan Surgical Initiative a été mise en œuvre afin de réduire les délais d'attente pour les chirurgies à trois mois ou moins d'ici 2014. Les représentants des projets pilotes interrogés ont souligné que puisque les projets pilotes étaient conçus par les provinces et les territoires, ils ne dédoublaient et ne chevauchaient pas les autres activités, mais visaient plutôt à compléter les initiatives existantes.

Dans l'ensemble, il est possible de conclure que le Fonds répondait à un besoin et qu'il complétait des formes de financement fédérales, provinciales et territoriales existantes.

3.2 Rendement et efficacité dans l'atteinte des objectifs

Les constatations de l'évaluation sur la question du rendement et de l'efficacité dans l'atteinte des objectifs sont présentées dans la présente section du rapport. Voici les questions de l'évaluation examinées à ce sujet :

Résultats à court terme

- Est-ce que les PT comprennent mieux les outils et les démarches associés à la réduction des délais d'attente et à l'établissement des GDAP?
- Est-ce que les PT sont davantage au courant des questions stratégiques et opérationnelles associées à l'établissement des GDAP et est-ce qu'ils les comprennent mieux?
- Est-ce que la collaboration et les échanges de pratiques exemplaires entre les PT ont été renforcés?

Résultats à moyen terme

- Est-ce que les administrations comprennent davantage comment les GDAP s'inscrivent mieux dans les stratégies d'accès globales et dans la réforme du système de soins de santé?
- Les systèmes de santé sont-ils mieux placés pour réduire les délais d'attente et mettre en œuvre les garanties sur les délais d'attente pour les patients?

Résultats à long terme

- Dans quelle mesure les PT ont-ils réussi à réduire leurs temps d'attente et à mettre en œuvre les GDAP?

3.2.1 Connaissance des outils et des démarches utilisés

Un des résultats du Fonds prévus à court terme était une meilleure compréhension des outils et des démarches associés à la réduction des délais d'attente et à la mise en œuvre des GDAP. L'évaluation a permis de conclure que tous les projets financés comprenaient un volet sur la création et la mise en œuvre d'outils et de démarches connexes. Les types d'outils et de démarches étaient diversifiés, ce qui reflétait le large éventail d'activités des différents projets pilotes, notamment :

- des instruments facilitant la gestion ou la planification du volume et des déplacements des patients, y compris, entre autres, une échelle mesurant le degré d'urgence pour les patients de la Saskatchewan qui doivent subir un pontage aortocoronarien, un outil d'établissement des priorités pour les patients qui doivent subir une chirurgie en Nouvelle-Écosse, des voies d'aiguillage en milieu clinique au Manitoba et une application de surveillance des patients souffrant d'un cancer au Nouveau-Brunswick;
- des systèmes de technologie de l'information, y compris un système de réservation des salles d'opération au Québec et un système de technologie de l'information (TI) pour l'aiguillage en milieu clinique au Manitoba;
- des politiques et des ententes sur les recours, y compris l'élaboration d'un PE au sein des provinces de l'Atlantique pour aider à offrir des recours aux patients en radiothérapie;
- une infrastructure de soins de santé et de l'équipement, y compris deux ambulances pour patients en phase critique en Saskatchewan et une unité mobile de mammographie dans les territoires du Nord-Ouest.

Consultez l'annexe E pour obtenir la liste complète des outils et des démarches mis en œuvre par les provinces et les territoires.

Lorsque les intervenants des projets pilotes se sont vu demander si leurs projets avaient accru les connaissances sur les outils et les démarches nécessaires pour établir des garanties ou réduire les délais d'attente pour les patients (note de 4 ou 5 sur une échelle de 5 points), 15 ont indiqué que leur projet avait augmenté leur niveau de compréhension. Les cinq autres personnes interrogées ont donné une note de 3 sur une échelle de 5 points. Bon nombre de répondants ont fait valoir que même s'ils comprenaient déjà, dans une certaine mesure, les outils et les démarches nécessaires pour régler les problèmes liés à la mise en œuvre de garanties, le Fonds leur avait permis de mettre en place ces outils ainsi que ces démarches et de mieux comprendre leur utilisation et la mesure dans laquelle ils leur permettent de régler des problèmes (p. ex. questions opérationnelles). Cette compréhension accrue au sein des administrations quant aux outils et aux démarches associés à la réduction des délais d'attente et à la mise en œuvre des GDAP a permis aux systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux d'être mieux en mesure de réduire les temps d'attente et de s'occuper des GDAP.

3.2.2 Connaissance des questions stratégiques et opérationnelles

Un autre résultat prévu à court terme pour le Fonds était une augmentation des connaissances des provinces et des territoires liées aux questions stratégiques et opérationnelles en ce qui a trait à l'établissement des GDAP. Différents projets pilotes ont permis de mettre en œuvre de nouveaux outils et de nouvelles démarches précisément pour répondre aux questions opérationnelles et stratégiques soulevées dans la province ou le territoire. De plus, pour certains projets pilotes, la mise en œuvre actuelle des outils et des démarches a soulevé de nouvelles questions opérationnelles et stratégiques devant être réglées. Voici le genre de questions stratégiques et opérationnelles qui ont été abordées ou soulevées pendant la mise en œuvre des nouveaux outils et des nouvelles démarches :

- « refoulement » ou résistance des professionnels de la santé concernant les changements apportés dans le cadre du projet pilote (p. ex. refus de mettre en commun les listes d'attente, résistance à la mise en œuvre d'un processus pour les recours);
- pratiques d'établissement de rapport irrégulières (p. ex. qualité discutable de la saisie de données et rapports irréguliers en raison du manque de formation officielle et de directives écrites);
- compétences limitées en ce qui a trait aux TI chez certains professionnels de la santé;
- manque d'intégration entre les différents systèmes de TI dans différentes régions d'une province;
- « effet de rebondissement » quant aux délais d'attente, qui fait que les améliorations dans une partie du système ont des conséquences négatives sur d'autres (p. ex. une réduction des délais d'attente pour les extractions de cataractes entraîne une augmentation des délais d'attente dans d'autres domaines liés à l'ophtalmologie).

Voici les commentaires [traduction libre] de certaines personnes interrogées concernant les questions opérationnelles et stratégiques soulevées dans le cadre de leur projet :

« Avant le projet, nous présumions simplement que les traitements étaient les mêmes dans les différentes provinces, que les pratiques d'établissement de rapports étaient les mêmes, etc. Ce n'est pas le cas. »

« Sur le plan du processus, j'ai eu de nombreuses surprises. Premièrement, nous ne savions pas que beaucoup de cliniciens n'avaient pas d'ordinateur ou de compétences de base en informatique. Dans bien des cas, nous devions fournir des ordinateurs aux médecins pour qu'ils puissent participer au projet pilote. Heureusement, nous avons adopté un budget à cette fin. Il était aussi consternant de constater que la collaboration était si faible parmi les membres du système sur bien des plans. »

« ... l'établissement des garanties pour des zones de services particulières aurait des effets néfastes sur d'autres zones de services et réduirait notre capacité à répondre aux besoins généraux en matière de services de façon efficace et adaptée. Par conséquent, le projet pilote a confirmé la nécessité de surveiller et de gérer activement les délais d'attente dans tout le système de façon flexible et adaptée, afin que nous puissions nous concentrer sur les engorgements actuels et recentrer les ressources lorsque le contexte change.

Lorsque les intervenants des projets pilotes se sont vu demander si leurs projets avaient accru les connaissances sur les questions stratégiques et opérationnelles nécessaires pour établir des garanties ou réduire les délais d'attente pour les patients (note de 4 ou 5 sur une échelle de 5 points), 15 ont fait valoir que leur projet avait augmenté leur niveau de compréhension. Les cinq autres personnes interrogées ont donné une note de 3 sur une échelle de 5 points.

3.2.3 Collaboration et diffusion du savoir

Un autre résultat du Fonds prévu à court terme était le renforcement de la collaboration et des échanges de pratiques exemplaires entre les provinces et les territoires. Selon la demande d'autorisation de financement, le Fonds devait améliorer le sort des patients en favorisant la collaboration et l'échange de pratiques exemplaires entre les gouvernements provinciaux et territoriaux. La collaboration et l'échange de pratiques exemplaires entre les provinces et les territoires devaient permettre au Fonds d'obtenir le résultat à moyen terme à savoir comprendre davantage comment les GDAP s'inscrivent mieux dans les stratégies d'accès globales. Par la suite, les provinces et les territoires pourraient s'assurer que les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux sont plus en mesure de réduire les temps d'attente et de s'occuper des GDAP.

L'échange de pratiques exemplaires et de résultats avec d'autres administrations et la population étaient considérés comme des critères « essentiels » de l'évaluation des propositions de projet. Toutes les propositions devaient comprendre un plan de diffusion pour échanger les résultats. Toutefois, la collaboration gouvernementale et intergouvernementale était seulement considérée comme un critère « souhaitable » lors de l'évaluation des propositions. Les provinces et les territoires n'étaient donc pas obligés de collaborer avec les autres administrations. Cette situation peut expliquer la grande diversité des réponses obtenues lorsque les répondants devaient désigner la mesure dans laquelle leur projet pilote avait renforcé la collaboration et l'échange de pratiques exemplaires au sein des provinces et des territoires en ce qui a trait à la mise en œuvre des GDAP et à la réduction des temps d'attente. À cette question, six intervenants ont fait valoir que leur projet avait « grandement contribué » au renforcement (note de 4 ou 5 sur une échelle de 5 points), alors que 4 ont affirmé que leur projet avait « contribué dans une certaine mesure » au renforcement (note de 3 sur une échelle de 5 points). Les sept autres ont fait valoir que les projets pilotes avaient eu peu ou pas d'effet dans ce domaine.

Le fait que beaucoup de participants au Fonds venaient tout juste de terminer la mise en œuvre de leur projet pilote a eu une incidence sur l'échange limité des résultats entre les provinces et les territoires; ils ont eu peu de temps pour participer à la diffusion de leurs résultats. De plus, certaines personnes interrogées ont fait valoir que la communication de renseignements entre les

provinces et les territoires revêtaient un intérêt limité pour eux. Un représentant de projet, par exemple, a affirmé que ses travaux n'étaient pas tant liés aux travaux des autres provinces ou territoires. Les caractéristiques propres à chaque autorité de santé peuvent limiter, dans une certaine mesure, l'application des leçons apprises ou des « pratiques exemplaires » des autres provinces et territoires.

Toutefois, il y a eu des cas où la collaboration et la communication de renseignements entre les provinces et les territoires étaient significatives. Par exemple, le Manitoba a communiqué les observations découlant de son projet dans la province et avec les autres administrations. L'Î.-P.-É. et le Nouveau-Brunswick ont aussi grandement collaboré dans le cadre de leurs projets pilotes afin d'établir un PE entre les quatre provinces de l'Atlantique en ce qui a trait à des recours dans le domaine de la radiothérapie. L'Î.-P.-É. a rassemblé toutes les données sur les patients « prêts à être traités » dans un seul ensemble interprovincial de rapports comprenant l'information sur les temps d'attente des quatre provinces de l'Atlantique.

En ce qui concerne la diffusion des pratiques exemplaires, il est difficile d'établir si les représentants des projets pilotes étaient toujours bien placés pour communiquer leurs résultats aux autres provinces et territoires. Les objectifs des projets pilotes différaient (p. ex. secteur d'intervention privilégié, questions opérationnelles propres à une province ou un territoire, etc.) et les autres représentants provinciaux et territoriaux participant au Fonds n'étaient pas nécessairement le public approprié pour les observations découlant des projets. Les représentants des projets pilotes avaient la responsabilité de cibler et de communiquer les pratiques exemplaires à leurs homologues des autres administrations et dans bien des cas, leur position au sein de la province ou du territoire ne leur permettait pas de participer régulièrement aux réunions avec les autres représentants, puisqu'elles peuvent être plus fréquentes aux échelons les plus élevés. Cependant, toutes les personnes interrogées étaient ouvertes à l'idée d'échanger les résultats de leur projet avec les autres provinces et territoires.

En ce qui a trait à la collaboration intergouvernementale, comme il a été mentionné précédemment, l'Î.-P.-É. et le Nouveau-Brunswick ont collaboré de façon importante à l'élaboration d'un PE entre les quatre provinces de l'Atlantique relativement aux recours liés à la radiothérapie. Le Yukon a collaboré avec les autorités de la Colombie-Britannique à la conception de protocoles relatifs à des recours dans des établissements de la Colombie-Britannique. Le niveau de collaboration intergouvernementale pour les autres projets pilotes était minime.

Même si le niveau de collaboration et d'échange de pratiques exemplaires entre les gouvernements provinciaux et territoriaux variait, les participants au Fonds étaient d'accord pour dire que leurs projets avaient accru la collaboration et l'échange de connaissances au sein de leur province ou de leur territoire et que ce type de collaboration et de communication de renseignements leur avait permis de mieux répondre à leurs besoins et leurs priorités. Par exemple, en Saskatchewan, la communication de renseignements entre les administrations de santé régionales de Saskatoon et de Regina Qu'Appelle a permis de recueillir une grande quantité d'apprentissages et de pratiques exemplaires applicables à de futurs projets visant à réduire les délais d'attente dans la province.

La nature des activités de collaboration et d'échange de pratiques exemplaires est désignée à l'annexe F.

3.2.4 Incidence sur les résultats à moyen et à long terme

Comme il a été mentionné précédemment, le but du Fonds était de soutenir les projets permettant de concevoir, de mettre en œuvre et de tester des démarches innovatrices afin de réduire les délais d'attente et d'établir des GDAP. Selon le modèle logique, le Fonds avait pour résultat à moyen terme d'amener les provinces et les territoires à comprendre comment les GDAP s'inscrivent mieux dans les stratégies d'accès globales et dans la réforme du système de soins de santé, ce qui devait permettre aux systèmes de soins de santé d'être mieux placés pour réduire les temps d'attente et s'occuper des GDAP. À long terme, le Fonds devait permettre de réduire les temps d'attente et de garantir un accès opportun aux soins.

Habituellement, il faut des années pour constater les résultats à moyen et à long terme. Toutefois, plusieurs projets pilotes ont été en mesure de démontrer les premières conséquences qu'ils avaient eues sur les résultats à moyen terme, et quelques-uns ont même pu prouver qu'ils avaient eu une certaine incidence sur les résultats à long terme. Il n'est pas encore possible de savoir dans quelle mesure ces conséquences pourront être maintenues avec le temps, étant donné la période limitée séparant la fin du Fonds et la présente évaluation.

En plus des questions d'évaluation qui ont été posées pour évaluer le rendement et l'efficacité du Fonds, la mesure dans laquelle les résultats à moyen et à long terme ont été atteints a été évaluée en examinant si les projets ont entraîné une diminution des délais d'attente; si des recours ou un accès à des solutions de rechange ont été conçus et mis en œuvre; si des GDAP ont été établies dans le secteur d'intervention privilégié du projet pilote; et les plans futurs des provinces et des territoires en ce qui a trait à leurs projets pilotes.

Cependant, il est important de noter qu'il est possible que les projets pilotes provinciaux et territoriaux n'aient pas permis de mettre en œuvre tous les éléments fondamentaux des GDAP, soit l'établissement d'une garantie, des recours si cette garantie n'est pas respectée et des efforts pour réduire les temps d'attente afin d'assurer le respect de la garantie. L'analyse de ces éléments est donc présentée à l'échelle du projet.

3.2.4.1 Réduction des délais d'attente

À court terme, les projets pilotes ont permis de mettre en œuvre de nouveaux outils et de nouvelles démarches pour réduire les délais d'attente et d'instaurer des GDAP. Toutefois, la mesure dans laquelle ces outils et ces démarches ont contribué à réduire les temps d'attente ainsi qu'à instaurer des GDAP pendant la durée des projets était difficile à évaluer compte tenu des renseignements limités dans les rapports d'évaluation finaux des projets.

Une répartition plus détaillée des conséquences des projets pilotes sur la réduction des délais d'attente dans leur secteur d'intervention privilégié est présentée à l'annexe G.

Différents obstacles ont influencé la capacité à évaluer l'incidence des projets pilotes sur les délais d'attente des patients. Le fait que la portée globale des projets pilotes était parfois limitée par rapport à l'ensemble du système de santé provincial ou territorial dans lequel ils étaient mis en œuvre constituait un des principaux facteurs. Par exemple, un projet du Manitoba touchait environ 10 % des fournisseurs de soins primaires et 10 % des pratiques d'aiguillage vers un spécialiste, ce qui limite l'incidence potentielle globale sur les délais d'attente. Le rapport final d'évaluation pour le projet pilote du Manitoba faisait la remarque suivante [traduction] :

...l'influence du projet ELGS a été modérée par la demande existante du système qui n'était pas tenue de se conformer aux échéanciers, aux directives ou aux processus de réorientation du projet ELGS. L'augmentation de la portée et de la participation est nécessaire pour vraiment déterminer son incidence sur la réduction des délais d'attente pour les patients.

Un autre facteur clé pour certains projets était qu'ils permettaient de mettre en place des systèmes afin de commencer à surveiller les délais d'attente pour la première fois; il n'y avait donc aucune donnée de base pour réellement déterminer l'incidence des projets sur la réduction des temps d'attente. Par conséquent, bien que certains projets aient été en mesure d'affirmer qu'un certain délai était respecté X pour cent du temps, il n'était pas toujours possible de déterminer clairement s'il s'agissait d'une amélioration ou si ce pourcentage était demeuré constant avant le début du projet pilote.

Certains projets ont réussi à démontrer clairement une incidence positive sur les délais d'attente. Par exemple, le Yukon a été capable de suivre les changements survenus dans les délais d'attente entre la consultation avec un praticien et l'aiguillage vers un spécialiste et entre la consultation avec le spécialiste et la chirurgie, pour l'extraction de cataractes ainsi que pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou. En outre, l'arrivée d'une nouvelle unité de mammographie dans le cadre du projet des Territoires du Nord-Ouest a amélioré l'accès pour les résidents de Hay River et a permis d'atteindre l'objectif du projet à savoir que plus de 70 % des patients admissibles subissent un dépistage en 36 mois. Cet objectif a été atteint seulement 18 mois après le début du projet.

Il est important de noter que même si les projets pilotes peuvent avoir contribué à réduire les délais d'attente dans leur secteur d'intervention privilégié, d'autres facteurs au sein du système de soin de santé influencent les temps d'attente pour les patients. Par exemple, le Fonds ne représente qu'un petit pourcentage des récents investissements du gouvernement fédéral dans la réforme du système de soins de santé, y compris les délais d'attente.

3.2.4.2 Recours

Les GDAP comprennent deux éléments de base : 1) un échéancier défini et 2) un accès à des soins de remplacement si l'échéancier n'est pas respecté. L'accès à des solutions de rechange (recours) donne aux patients la certitude que si le délai dépasse l'échéancier garanti, le système interviendra automatiquement en offrant des solutions pour que des soins soient reçus en temps opportun. Les patients n'ont pas besoin d'entamer un processus pour obtenir des soins de

remplacement par eux-mêmes et ils peuvent décider en fin de compte d'accepter ou non les solutions qui leur sont proposées. Tous les projets pilotes devaient établir des soins de remplacement (recours) et les tester.

Dans les rapports d'évaluation finaux, sept des onze projets pilotes avaient pleinement établi des recours possibles. Comme le Québec s'était déjà engagé à instaurer une garantie d'accès en vertu du projet de loi 33, ses trois projets pilotes étaient structurés de façon différente pour se concentrer sur des mesures favorisant l'exécution des garanties que la province était en train d'établir. Le projet pilote de la Nouvelle-Écosse, *Améliorer l'accès aux services chirurgicaux*, a permis de concevoir le Patient Access Registry Nova Scotia (PART NS), qui devait être un portail interactif permettant aux patients d'entamer un recours. Cependant, en raison d'importants problèmes de confidentialité et de sécurité, le portail a été transformé en site Web statique axé sur l'information. La Nouvelle-Écosse prévoit régler les problèmes de confidentialité et de sécurité et ensuite revenir au PART NS afin de pouvoir l'utiliser dans le futur afin d'offrir des recours aux patients.

Différents enjeux complexes ont influencé la capacité de certains projets pilotes à tester les politiques et les processus liés aux recours qu'ils ont établis. Certaines provinces étaient incapables de tester les recours possibles puisque toutes les procédures applicables respectaient les échéanciers et que les recours n'étaient pas requis. Par exemple, l'Î.-P.-É. respectait déjà ses garanties provinciales et les directives nationales en matière de radiothérapie. Même si les membres du projet pilote de l'Î.-P.-É. ont aidé à conclure une entente d'aide mutuelle entre les provinces de l'Atlantique, ils n'ont pas réussi à tester les recours par le biais de leur projet pilote. Pour d'autres projets pilotes, certains patients ont affirmé qu'ils préféreraient attendre plus longtemps que d'accepter le recours qui les obligeait à être transférés dans une autre région ou une autre province. Par exemple, le rapport sur le projet pilote du Nouveau-Brunswick indiquait que deux patients étaient admissibles à un transfert vers un autre centre dans la province ou dans une autre province. Ces deux patients ont refusé les recours possibles.

Il est aussi important de souligner que dans au moins un projet pilote, les médecins ont affirmé qu'ils s'opposaient aux recours possibles, ce qui a gêné la mise en œuvre. Comme le disait un intervenant d'un projet pilote :

« Les médecins ont l'impression qu'une fois qu'ils ont établi la relation initiale avec le patient, ils doivent aller jusqu'au bout. Ils ne veulent pas que des patients soient transférés. Les chirurgiens ne sont pas nos employés alors nous ne pouvons pas les y obliger. Il y avait aussi des problèmes avec les médecins qui refusaient de mettre en commun leurs listes d'attente. » [traduction libre]

Au total, six³ projets pilotes ont permis d'offrir des recours aux patients et parmi eux, il y en avait trois dont les patients ont accepté les soins de remplacement. L'annexe H décrit la répartition de la mesure dans laquelle les recours ont été établis (c.-à-d. protocoles), offerts et testés dans le cadre des projets pilotes. Comme il a été mentionné précédemment, l'incapacité de

³ Les recours pour un projet pilote n'ont pas été testés puisque la garantie était déjà respectée.

tester les recours possibles n'est pas un indicateur d'échec, puisque le projet pilote peut avoir résolu la question opérationnelle et stratégique en s'assurant que les patients reçoivent des soins dans les délais prévus, ce qui rendait la mise en œuvre de recours inutile.

Dans l'ensemble, tous les projets pilotes qui ont élaboré une stratégie de recours avaient l'intention de maintenir l'utilisation des outils et des démarches connexes (c.-à-d. protocoles, infrastructure de transport). Bien que différentes provinces et différents territoires aient offert des recours aux patients qui n'étaient pas traités dans les délais prévus selon les garanties, une des leçons tirées pour certains projets pilotes est que les patients préféraient attendre d'être traités ou soignés par leur spécialiste actuel plutôt que de se déplacer dans d'autres régions ou d'autres provinces lorsque le délai d'attente était dépassé. Une autre leçon tirée de la mise en œuvre des stratégies de recours est que les médecins peuvent réduire activement leur liste d'attente de façon à ce que les recours ne soient pas nécessaires, en plus des autres raisons justifiant la réduction des temps d'attente pour les patients.

3.2.4.3 Établissement des garanties sur les délais d'attente pour les patients

La majorité des projets pilotes ont démontré comment les GDAP peuvent être opérationnalisés au sein d'un système de soins de santé financé par l'état grâce à la mise à l'épreuve des recours et des méthodes de gestion requises pour appuyer les garanties. Les projets pilotes devaient aider les provinces et les territoires dans leurs travaux visant à établir des GDAP, peu importe si les travaux étaient axés sur un domaine clinique ciblé dans leur PE provincial ou territorial respectif. L'annexe I comprend de plus amples détails sur la mesure dans laquelle les projets pilotes ont aidé à documenter les démarches provinciales et territoriales permettant de réduire les délais d'attente et d'établir les GDAP dans le futur.

3.2.4.4 Avenir des projets pilotes

Un autre indicateur de la contribution du Fonds à mieux rendre les provinces et les territoires en mesure de réduire les délais d'attente et de s'occuper des GDAP était l'engagement des provinces et des territoires à continuer d'étendre les activités des projets pilotes. En fait, tous les responsables des projets pilotes ont mentionné qu'ils prévoyaient continuer d'utiliser les outils et les méthodes découlant de leurs projets. Certaines provinces et certains territoires ont aussi mentionné qu'ils avaient choisi d'étendre la portée des travaux entamés dans le cadre des projets. Voici des exemples :

- Les Territoires du Nord-Ouest ont décidé d'étendre la superficie de leur initiative pour inclure la région au sud du Grand lac des Esclaves. Cette mesure devait entraîner une réduction des délais d'attente pour le dépistage du cancer du sein pour 400 femmes supplémentaires.
- L'Île-du-Prince-Édouard a fait part de son intention d'étendre les procédures, les pratiques et les outils conçus pour réduire les délais d'attente en radiothérapie au domaine de l'oncologie médicale.

- Le Manitoba avait l'intention de demander à 600 fournisseurs de soins de santé primaires d'utiliser le système du projet ELGS (voies d'aiguillage en milieu clinique et système de TI) et que 50 % des spécialistes se voient référer des patients par le biais d'ELGS d'ici 2011-2012. ELGS devait être intégré aux systèmes de dossiers médicaux électroniques dans les bureaux des médecins de famille, ce qui permettrait d'augmenter la participation et l'utilisation. L'expansion devait entraîner une amélioration importante du cheminement du patient, des communications entre les fournisseurs, des délais d'attente et de l'utilisation des ressources.

En général, les projets pilotes ont démontré comment les GDAP peuvent être opérationnalisés au sein d'un système de soins de santé financé par l'état, grâce à la mise à l'épreuve des recours et des méthodes de gestion des temps d'attente. L'intention des provinces et des territoires de poursuivre les projets pilotes, en tout ou en partie, reflète le fait que les systèmes de soins de santé seront davantage en mesure de réduire les délais d'attente et de s'occuper des GDAP, ce qui amènera une réduction des délais d'attente et garantira un accès à des soins en temps opportun.

3.3 Rendement – Efficacité, économies

Cette section du rapport traite des constatations de l'évaluation du Fonds en ce qui concerne le rendement – efficacité et économies. Voici les questions de l'évaluation qui ont été examinées à ce sujet :

- Est-ce que les méthodes les plus appropriées et les plus efficaces ont été utilisées pour atteindre les objectifs du Fonds?
- Est-ce que le Fonds a été mis en œuvre de façon efficace et économique?

Projets pilotes

Les représentants des projets pilotes devaient dire s'ils étaient d'avis que le Fonds constituait un moyen rentable d'atteindre des résultats. Du point de vue des provinces et des territoires, 10 des répondants ayant donné leur avis ont affirmé que c'était le cas. Pour justifier leur opinion, ils ont notamment souligné que les accords de contribution du Fonds garantissaient que le financement était alloué à des fins particulières (c.-à-d. non détourné pour régler d'autres enjeux provinciaux et territoriaux) et qu'ils permettaient aux projets d'utiliser le financement de manière à tirer profit de ressources et de fonds supplémentaires provenant de leur administration. Par exemple, au Nouveau-Brunswick, le gouvernement provincial a fourni des fonds supplémentaires pour accroître la capacité dans un des centres de lutte contre le cancer participant au projet. Une personne interrogée a remarqué que leur projet était rentable « *puisque'il a fourni un financement de démarrage pour mettre des systèmes en place et, à la fin du projet pilote, la province s'est impliquée et a soutenu les systèmes, comme notre système de TI* ».

Lorsque les représentants provinciaux et territoriaux interrogés se sont vu demander si certains aspects de leur projet auraient pu être exécutés de façon plus rentable, parmi ceux qui ont répondu à la question, 13 ont indiqué que non.

Administration du Fonds

L'autorisation de financement approuvée de 30 millions de dollars sur trois ans comprenait un montant pouvant aller jusqu'à 720 000 \$ pour l'exploitation et la maintenance dans le cadre de l'administration du Fonds et une contribution totale approuvée de 29 280 000 \$ pour le Fonds. De cette contribution, 25 350 382 \$ devaient être alloués aux projets pilotes par le truchement d'accords de contribution. En d'autres termes, 86,5 % du budget original alloué au Fonds en contributions était destiné aux projets pilotes conformément aux accords de contribution.

Sur le montant alloué par l'entremise des accords de contribution aux projets pilotes (25 350 382 \$), les dépenses réelles ont totalisé 22 811 433 \$. Le tableau 3 illustre la répartition du budget par exercice financier.

Deux raisons semblent expliquer l'inutilisation des fonds. Premièrement, même si l'Ontario avait d'abord exprimé son intérêt pour le Fonds, la province a finalement décidé de ne mettre aucun projet en œuvre⁴. Par conséquent, deux projets proposés par l'Ontario que devait financer Santé Canada ont été retirés. Deuxièmement, les provinces et les territoires n'ont reçu des fonds qu'à la fin du quatrième trimestre de la première année. Certains projets n'ont donc pas pu dépenser la totalité des allocations prévues pour la première année. Dans certains cas, le retard dans le lancement des projets a eu un effet sur la deuxième et la troisième année du projet, puisque des activités de démarrage qui devaient avoir lieu la première année n'ont été réalisées que pendant la seconde.

Tableau 3
Ressources pour les projets pilotes – Budget et dépenses réelles (contributions en dollars)

	Budget	Réelles
2007/08	3 666 207 \$	3 249 332 \$
2008/09	11 452 863 \$	10 373 389 \$
2009/10	10 231 312 \$	9 188 712 \$
TOTALS	25 350 382 \$	22 811 433 \$

Dans l'ensemble, un peu plus des trois quarts (77,9 %) du budget original pour les contributions ont été dépensés (tableau 4).

Tableau 4
Ressources du Fonds – Budget et dépenses réelles (contributions en dollars)

	Montants totaux	Pourcentage de l'allocation totale approuvée
Allocation totale approuvée	29 280 000 \$	100,0 %
Montants approuvés des accords de contribution	25 350 382 \$	86,5 %
Dépenses réelles	22 811 433 \$	77,9 %

⁴ Selon Santé Canada, la province était préoccupée par le mécanisme de contribution utilisé par Santé Canada pour ces projets.

Santé Canada a réaffecté les fonds excédentaires établis plus tôt. Ils ont d'abord été utilisés pour d'autres projets du Fonds, et le reste a servi à financer un projet national majeur dans le cadre du PCPSS lié à l'accès opportun à des soins chirurgicaux pédiatriques et à des garanties. Le projet répondait aux objectifs généraux du Fonds.

En outre, comme c'est le cas pour tous les programmes de ce genre, les fonds excédentaires établis plus tard pour chaque exercice financier (comme les projets entrant dans le budget au cours du dernier trimestre) n'ont pas été dépensés et ont été retournés aux recettes du ministère. Toutefois, ces péremptions étaient très minimes puisque les budgets des projets étaient surveillés de près et que toutes les dépenses moins élevées que prévu étaient identifiées assez tôt pour permettre de réaffecter la majorité des fonds inutilisés au PCPSS.

Dans l'ensemble, les représentants des projets pilotes ont souligné que les méthodes les plus appropriées et les plus efficaces étaient utilisées pour atteindre les résultats prévus du Fonds. Selon Santé Canada, le Fonds était en mesure d'allouer plus des trois quarts (77,9 %) du budget original aux projets pilotes et la majeure partie du financement a été dépensé par les provinces et les territoires dans le cadre de leurs projets pilotes. Le Ministère a aussi réussi à réaffecter les fonds restants à un autre projet lié aux GDAP.

L'évaluation de l'efficacité et des économies comprend la pertinence et le rendement. Tel qu'il a été mentionné précédemment dans le rapport, il était jugé nécessaire pour le gouvernement fédéral d'investir dans des projets pilotes liés aux GDAP ainsi qu'à la réduction des délais d'attente, et les projets pilotes contribuaient à l'atteinte des objectifs du Fonds.

Voici des commentaires de responsables de projets pilotes interrogés quant à l'efficacité et à la rentabilité de leur projet [traduction libre] :

« ... sur le plan des systèmes, ce type de projet est important parce qu'il montre aux Canadiennes et aux Canadiens que nous sommes responsables. »

« Finalement, même s'il y a un investissement initial dans l'établissement d'un nouveau système, ce nouveau projet permet à l'ensemble des activités d'établissement de rapports et de suivi d'être plus rentables, car l'établissement des rapports nécessite moins de temps et de ressources. »

« Le modèle a été examiné de façon critique partout au pays. Les provinces de l'Atlantique vont probablement l'utiliser (N.-É., Î.-P.-É.). D'autres centres de lutte contre le cancer voudront l'utiliser (ont démontré de l'intérêt). Suivi de la progression d'un patient dans le système. »

Le Fonds, qui a dépensé un peu plus des trois quarts du financement alloué, a financé avec succès onze projets, dont les responsables ont tous indiqué que la totalité, ou une partie, des aspects de leurs projets pilotes devraient se poursuivre et avoir une incidence positive sur la réduction des délais d'attente à l'avenir.

3.4 Conception et exécution

Cette section présente les constatations de l'évaluation du Fonds concernant la conception et l'exécution. Les questions de l'évaluation examinées à ce sujet sont les suivantes :

- Quelles leçons ont été tirées en ce qui a trait à la planification, à la structure et à l'exécution du Fonds?
- Est-ce que les pratiques de gestion du Fonds se sont avérées efficaces?

3.4.1 Structure

Onze intervenants des projets interrogés considéraient que le Fonds était un moyen efficace de favoriser l'établissement des GDAP et la réduction des délais d'attente. Le recours aux accords de contribution comme mode de financement exigeait l'application d'une certaine rigueur à l'utilisation du financement et une obligation redditionnelle, puisque les provinces et les territoires devaient dépenser l'argent conformément aux accords. Le représentant d'un projet pilote a mentionné, par exemple, que le fait que le financement soit géré de cette façon par Santé Canada les obligeait à faire des efforts pour respecter les activités, les extrants et les échéanciers prévus, ce qui signifie que les choses devaient être faites selon les termes de l'accord. Un autre a indiqué que l'investissement du gouvernement fédéral les obligeait à concentrer le financement sur des améliorations particulières du système.

Sept personnes interrogées ont aussi affirmé que le Fonds était efficace, car il donnait la possibilité aux provinces et aux territoires de fournir des fonds supplémentaires ou d'apporter des contributions en nature aux projets. Par exemple, un représentant de projet a fait la remarque suivante :

« Notre projet nous donnait la capacité de progresser plus rapidement que ce que la province nous aurait permis de faire autrement. Nous offrirons deux nouveaux postes que j'attendais depuis longtemps et qui n'auraient pas été créés sans la mise en œuvre de ce projet. » [traduction libre]

Il a été noté qu'en raison de leur nature, les projets pilotes peuvent représenter un risque, puisque si le projet pilote s'avère efficace, il est ensuite nécessaire de trouver un financement permanent pour maintenir ses activités. S'il n'y a pas de fonds disponibles, le projet pilote peut engendrer des attentes auxquelles il est impossible de répondre. Cependant, pendant les entrevues, personne n'a laissé entendre que ce problème aurait été rencontré dans le cadre des projets pilotes.

Même si le temps accordé pour mettre en œuvre le Fonds était limité, la structure générale des projets pilotes permettant de favoriser l'atteinte des objectifs stratégiques était une réussite. En fait, comme il a été mentionné précédemment, 17 bénéficiaires de projets pilotes ont indiqué que leur projet pilote n'aurait probablement pas été mis de l'avant sans le financement du Fonds. L'établissement du financement alloué aux provinces et aux territoires par l'entremise d'accords de contribution était une technique efficace pour s'assurer que les ressources serviraient à des fins précises entraînant des résultats et des extrants clairement établis.

3.4.2 Exécution

Les représentants des projets pilotes interrogés devaient commenter l'efficacité des méthodes de gestion du Fonds. Neuf personnes ont répondu que leurs interactions avec Santé Canada avaient été très positives. Quelqu'un a affirmé que l'équipe de Santé Canada était attentive, utile et flexible. Comme l'a indiqué un des répondants : « *j'étais très satisfait des membres du personnel de Santé Canada assignés à mon projet. Ils étaient très utiles, faciles à rejoindre et apportaient rapidement des réponses à mes questions.* » [traduction libre]

Selon quatre personnes interrogées, l'échéancier pour l'élaboration des propositions aurait limité le nombre de consultations avec les médecins pendant la phase de conception de la structure des projets. Un représentant d'un projet pilote a affirmé qu'ils avaient eu très peu de temps pour préparer leur proposition. Après avoir été acceptés, ils devaient immédiatement mettre le projet en œuvre, ce qui leur laissait bien peu de temps pour convaincre des médecins à participer à la mise sur pied du programme. Les répondants étaient d'avis que le manque de consultation pendant la conception du projet aurait contribué à accroître la résistance des médecins par la suite quant à certains aspects de la mise en œuvre du projet. Même si les échéanciers officiels étaient serrés, toutes les provinces et tous les territoires étaient au courant de l'initiative et dès le début avaient été invités à y participer. Ils avaient donc reçu un préavis, puisque les provinces et les territoires étaient impliqués dans l'élaboration des lignes directrices et des critères du Fonds.

Aussi en ce qui concerne les échéanciers, quatre personnes interrogées ont mentionné qu'il avait fallu attendre assez longtemps avant de recevoir le financement de Santé Canada après l'approbation de leur projet, mais seulement quelques-uns ont indiqué que cette situation avait constitué un problème important dans le cadre de leur projet. En fait, afin de limiter le retard initial du financement, Santé Canada a envoyé un préavis informant les responsables que le Ministère prendrait en compte les dépenses rétroactivement, permettant ainsi aux accords de débiter en novembre 2007.

Sept personnes interrogées ont souligné que les restrictions concernant les dépenses résultant de clauses de leur accord de contribution avaient posé problème. Selon eux, la réaffectation de fonds à différentes catégories de coûts était lourde sur le plan administratif et coûteuse en temps. En outre, des répondants ont affirmé que les fonds non utilisés ne pouvaient être reportés à l'exercice suivant et certains trouvaient cette disposition inutile.

Même si le délai pour la préparation des propositions était serré et qu'il constituait donc un défi pour les bénéficiaires du Fonds, dans l'ensemble, les méthodes de gestion du Fonds étaient considérées efficaces. Le personnel de Santé Canada a aussi été confronté à des échéanciers très serrés pour mettre en place le Fonds et les bénéficiaires des projets pilotes ont en très grande majorité souligné l'efficacité du personnel de Santé Canada et du Fonds.

4. CONCLUSION

Il ressort donc de l'évaluation que le Fonds des projets pilotes des GDAP a appuyé efficacement la priorité du gouvernement du Canada d'éclairer l'établissement de GDAP.

Les projets pilotes ont atteint leur but de mettre à l'essai de nouveaux outils et démarches pour réduire les temps d'attente et mettre en place des GDAP. Les projets ont été utiles pour les provinces et territoires, qui ont l'intention de mettre à profit les connaissances acquises ainsi que les systèmes et les processus mis en place dans le cadre de la réalisation de leurs projets pilotes. Selon les bénéficiaires, les projets pilotes n'auraient probablement pas été entrepris sans le Fonds.

Par ailleurs, le Fonds a été une réussite incontestable quant à l'atteinte de deux des trois résultats attendus. Ainsi, il a fait progresser la compréhension d'une part des outils et des démarches associés à la réduction des temps d'attente et à l'établissement de GDAP et, d'autre part, des questions stratégiques et opérationnelles liées à l'établissement de GDAP. En témoignent la diversité des outils et des démarches élaborés dans le cadre des projets, qui vont des mécanismes de gestion des volumes de patients aux systèmes de TI et autres systèmes, ainsi que la mise en place de nouveaux outils et démarches conçus expressément pour aborder les questions stratégiques et opérationnelles liées à l'établissement de GDAP dans les provinces et territoires.

L'évaluation a en revanche révélé que l'expérience avait été moins concluante en ce qui a trait au troisième résultat à court terme, à savoir renforcer la collaboration et la mise en commun de pratiques exemplaires entre les provinces et territoires. Dans presque tous les cas, au moment de l'évaluation, les responsables des projets pilotes mis en œuvre dans les provinces et territoires n'avaient pas collaboré ni n'avaient mis en commun les connaissances acquises. Cette constatation tenait à plusieurs facteurs, notamment au fait que les membres des équipes de projet n'étaient pas les mieux en mesure de déterminer qui étaient leurs vis-à-vis dans les autres provinces et territoires et d'y faire circuler l'information. Cette constatation donne à penser que Santé Canada pourrait à l'avenir jouer un rôle dans la diffusion des connaissances acquises dans le cadre des projets pilotes.

Les résultats à moyen terme et à long terme sont ceux qu'on n'obtient qu'en plusieurs années. On a constaté, au moment de l'évaluation, que des progrès observables avaient déjà été accomplis à ce chapitre. Ainsi, les provinces et territoires ont indiqué qu'ils comprenaient mieux comment les garanties s'intègrent aux stratégies d'accès et aux réformes du système globales et qu'ils étaient mieux en mesure de réduire les temps d'attente et de se pencher sur les GDAP. Même si les résultats à long terme du Fonds ayant trait à la réduction des temps d'attente et aux garanties d'accès à des soins dans des délais raisonnables étaient plus difficiles à évaluer en raison de la durée limitée des projets, il était clairement observable, pour quelques-uns d'entre eux, que les activités mises en œuvre avaient permis de réduire les temps d'attente et plusieurs provinces et territoires ont été capables de mettre en place des mécanismes de recours pour les patients. Enfin, plusieurs provinces et territoires ont décidé d'étendre le champ d'application des outils et des démarches issus des projets pilotes à l'avenir.

Étant donné que le Fonds a donné, ou est en voie de donner, les résultats attendus, et qu'il a été bien géré, on peut conclure qu'il a été mis en œuvre d'une manière efficace et économiquement efficiente.

Comme le Fonds n'est plus en place, l'évaluation n'est pas assortie de recommandations particulières. Ses conclusions devraient plutôt servir de base à une évaluation du PCPSS qui doit être réalisée en 2012-2013. À la lumière de ces conclusions, il apparaît que le Fonds a contribué à l'atteinte de trois des résultats immédiats attendus du PCPSS.

En favorisant une meilleure connaissance et compréhension d'une part des outils et des démarches liés à la réduction des temps d'attente et la mise en place de GDAP et, d'autre part, des enjeux stratégiques et opérationnels associés à l'établissement de GDAP, le Fonds a contribué à l'atteinte du résultat immédiat attendu du PCPSS visant à faire progresser la connaissance et la compréhension du rendement du système de soins de santé ainsi que des nouveaux modèles, démarches et pratiques exemplaires pertinents.

Par ailleurs, le Fonds a aidé les provinces et les territoires à assurer une plus grande collaboration et une meilleure coordination au sein de leurs organisations dans les domaines visés par les projets pilotes, appuyant ainsi le résultat immédiat attendu du PCPSS ayant trait au renforcement de la collaboration et de la coordination quant aux mesures à prendre pour respecter les priorités et faire face aux obstacles. Les provinces et les territoires ont tous l'intention de poursuivre, en tout ou en partie, leurs projets pilotes, ce qui indique qu'on est mieux outillé pour réduire les temps d'attente et aborder la question des GDAP dans les systèmes de soins de santé, en appui du résultat immédiat du PCPSS concernant l'adoption de nouveaux modèles, démarches et pratiques exemplaires.

Annexe A – Critères de Sélection

Principes Directeurs

- Le fonds pour les projets pilotes liés aux GDAP doit être utilisé pour mettre à l'essai les garanties sur les délais d'attente pour les patients dans un large éventail de domaines cliniques dans l'un ou plusieurs des cinq secteurs prioritaires (maladies cardiaques, cancer, remplacement d'articulations, restauration de la vue, imagerie diagnostique), tout en reconnaissant que le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut fournissent un éventail limité de services de soins de courte durée. Si un projet n'est pas mis à l'essai dans l'un des cinq secteurs prioritaires, celui-ci doit faire la démonstration d'une importante innovation ou de la perspective d'une retombée importante pour les patients (p. ex., par une réduction des temps d'attente ou par un accès à des solutions de rechange en matière de soins).
- Le fonds pour les projets pilotes ne doit pas être utilisé pour le partage des frais des projets de l'Inforoute entre les provinces et territoires. Toutefois, lorsque les projets pilotes ont des composantes de la technologie de l'information, ils doivent être entrepris dans la mesure du possible dans le contexte des investissements dans l'Inforoute Santé du Canada afin d'assurer une interopérabilité et une approche pancanadienne.
- Afin d'assurer le transfert des connaissances et l'échange des pratiques exemplaires, les résultats des projets pilotes, dont les évaluations, devraient être communiqués à d'autres provinces et territoires, ainsi qu'au public.
- Une GDAP comprend deux composantes clés : un délai prescrit et un accès à des solutions de rechange en matière de soins (recours) si ce délai prescrit était dépassé. L'accès à des solutions de rechange en matière de soins (recours) donnerait aux patients la certitude qu'une fois le délai prescrit écoulé, le système répondra automatiquement en leur offrant des solutions de rechange afin d'obtenir rapidement des soins (allant, par exemple, de la réévaluation des niveaux de priorité accordés au patient, à la consultation d'un autre fournisseur dans le même établissement ou la même région, à l'obtention de services à l'extérieur de la province ou du territoire). Les patients n'auraient pas à entamer de processus de recours par eux-mêmes. Ils auraient toutefois le choix d'accepter ou non les solutions de rechange proposées.

Au nombre des critères essentiels auxquels doivent répondre les propositions de projets afin d'être admissibles à du financement, mentionnons les suivants :

- Une illustration de la manière dont les GDAP peuvent être mises en vigueur au sein du système public de soins de santé, incluant la mise à l'essai des approches à l'égard de la gestion des recours et des temps d'attente nécessaires pour soutenir les garanties;
- La démonstration d'un niveau élevé d'innovation ou de la possibilité de procéder à des changements importants;

- Un plan d'évaluation, qui doit traiter des éléments comme les répercussions pour les soins des patients, l'évaluation des questions stratégiques et opérationnelles associées à l'élaboration et à la prestation d'une GDAP dans le domaine mis à l'essai, une évaluation de l'impact sur les temps d'attente des patients et de la viabilité des options de recours mises à l'essai; et
- Un plan de diffusion pour le partage des résultats, y compris des évaluations, avec le public et avec d'autres provinces et territoires.

Même s'ils ne sont pas essentiels, des facteurs désirées peuvent être pris en compte dans l'évaluation des propositions, comme la mesure dans laquelle, elles :

- font appel à la collaboration intergouvernementale et entre les provinces et territoires;
- font participer des fournisseurs de soins de santé pertinents, des patients, des experts et d'autres parties intéressées; et
- s'appliquent à d'autres administrations (p. ex., les P/T, et les organisations régionales de santé), contribuent au travail d'autres administrations et offrent la possibilité d'une mise en œuvre plus large, et offrent la possibilité d'une mise en œuvre plus large, le cas échéant.

Annexe B – Descriptions de projet pilote

Province / Territoire	PROJET
Saskatchewan	<p align="center">Titre : Projet pilote sur le recours au pontage aortocoronarien</p> <p>Description : Projet pilote conçu pour tester et évaluer une stratégie de recours qui a offert aux patients d’avoir accès au pontage aortocoronarien à d’autres sites quand le délai approche le temps d’attente maximal déterminé par l’outil d’établissement des priorités du Réseau de soins cardiaques de l’Ontario.</p>
Manitoba	<p align="center">Titre : Établir le lien entre les généralistes et les spécialistes : la bonne porte, du premier coup</p> <p>Description : Projet pilote qui a examiné les Garanties sur les délais d’attente pour les patients, y compris les recours, pour projets référés par médecins généralistes aux spécialistes. Le projet a couvert onze domaines de pratique, y compris les services d’oncologie, d’orthopédie et d’ophtalmologie. Des systèmes de technologie de l’information (TI) ont été élaborés pour appuyer l’amélioration des processus de demande de consultation afin de fournir aux patients des soins continus, rapides et appropriés. Les objectifs ont inclus des temps d’attente et les consultations inappropriées ainsi qu’à éliminer les examens de laboratoire et de diagnostic inutiles.</p>
Québec	<p align="center">Titre : Clinique interdisciplinaire en musculosquelettique</p> <p>Description : Le projet pilote a été prévu pour améliorer un accès en temps opportun à des services orthopédiques pour les troubles musculosquelettiques. Le projet a établi un nouveau continuum de soins pour les patients qui requièrent des services pour troubles musculosquelettiques. Le continuum a été concentré sur les patients et permettra la réorganisation des services interdisciplinaires en vue de réduire le nombre de visites inappropriées chez l’orthopédiste et d’accélérer l’accès des patients aux autres options de traitement quand le recours à les chirurgies orthopédique ne sont pas requis, ce qui aidera à rencontrer la garantie provinciale d’une attente maximale de six mois pour un remplacement articulaire.</p>
Québec	<p align="center">Titre : Requête Web opératoire</p> <p>Description : Projet pilote a été prévu pour réduire des temps d’attente pour les chirurgies de remplacement du genou et de la hanche et les extractions de cataractes. Les temps d’attente seront réduits grâce à l’élaboration et à la mise en œuvre d’un système Web de réservation des salles d’opération, qui permettra aux chirurgiens et à leurs secrétaires de réserver du temps opératoire pour leurs patients en utilisant le Web. L’outil, examiné au Centre hospitalier de St. Mary à Montréal, aidera les fournisseurs à respecter les garanties d’accès du gouvernement provincial pour les chirurgies de remplacement articulaire et les extractions de cataractes.</p>
Québec	<p align="center">Titre: Défi qualité performance dans la réduction des délais d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou</p> <p>Description: Le projet pilote a examiné si un vaste continuum de soins aux patients qui ont subi une arthroplastie de la hanche ou du genou permettrait d’écourter le séjour à l’hôpital et de libérer plus rapidement davantage de lits de chirurgie. Le projet a développé et a examiné une série d’outils destinés à aider les praticiens, les patients et les soignants à prévoir et à respecter les besoins propres à chaque patient relativement à la chirurgie et à la période de rétablissement. Ces outils faciliteraient la planification et accroîtraient l’efficacité avant l’admission du patient à l’hôpital, pendant son séjour et après sa sortie.</p>
N-É	<p align="center">Titre : Améliorer l’accès aux services diagnostiques</p> <p>Description : Projet pilote a été conçu pour améliorer l’accès aux services d’imagerie diagnostique. Le projet a trois buts : améliorer l’utilisation appropriée des services d’imagerie diagnostique; améliorer l’efficacité des services d’imagerie diagnostique; amener les patients à choisir où et quand recevoir des soins.</p>

Province / Territoire	PROJET
N-É	<p>Titre : Améliorer l'accès aux services chirurgicaux : Portail d'accès aux services orthopédiques pour les patients</p> <p>Description : Projet pilote a été conçu pour améliorer l'accès aux services de chirurgie orthopédique en créant une meilleure base d'information qui servira à la prise de décisions, ainsi qu'en mettant à l'essai des options de recours quand les temps d'attente de référence sont dépassés et en examinant les répercussions de ces options sur les patients et le système de santé.</p>
Nouveau Brunswick	<p>Titre : Projet pilote de garantie sur les délais d'attente pour radiothérapie</p> <p>Description : Projet pilote s développé, mis en œuvre et examiné un processus pour aider les patients dans leur cheminement en radiothérapie. Ce processus a inclus des volets des garanties sur les temps d'attente liés à des marqueurs de recours (p. ex. transférer des patients d'un établissement à un autre ou réexaminer le plan de traitement d'un patient pendant son attente) et l'exploitation d'un processus de gestion du changement visant à maximiser la participation des fournisseurs.</p>
IPE	<p>Titre : Sauver du temps pour sauver des vies : stratégie provinciale pour offrir une garantie sur les délais d'attente pour radiothérapie</p> <p>Description : Projet pilote a développé et a mis en application un plan stratégique à volets multiples, qui a été conçu pour assurer la capacité de respecter les Garanties sur les délais d'attente pour les patients en radiothérapie grâce à un important renforcement de la capacité provinciale de répondre à la demande prévue pour cette modalité de traitement du cancer.</p>
Yukon	<p>Titre : Déterminer s'il est possible d'offrir aux patients un plus vaste éventail de choix de points de service pour ce qui est de services et de procédures hors Yukon</p> <p>Description : Projet pilote a examiné la faisabilité d'offrir aux patients du Yukon d'autres options de traitement lorsqu'ils attendent plus longtemps qu'un certain délai pour se rendre à l'extérieur du territoire pour subir une chirurgie de remplacement de la hanche ou du genou, ou bien recevoir des soins cardiaques ou des traitements contre le cancer. Ce délai a été établi à la suite de l'élaboration de critères visant à déterminer quand il convient de permettre aux patients du Yukon d'avoir recours à un plus vaste éventail de choix de fournisseurs et de points de service.</p>
Territoires du Nord-Ouest	<p>Titre : Programme de mammographie de dépistage de la région de santé et de services sociaux de Hay River</p> <p>Description : Projet pilote a été conçu pour améliorer l'accès aux services de mammographie de dépistage en temps opportun, avec le but final de réduire la mortalité et la morbidité attribuables au cancer du sein. Ce devait être réalisé en développant une stratégie organisationnelle coordonnée de services de mammographie de dépistage, mettant en application une unité mobile de mammographie, et l'offre/essai des délais garantis et des options de recours si ces délais sont dépassés.</p>

Annexe C – Modèle d'évaluation

Le modèle ci-dessous vise à fournir un cadre pour la collecte de données nécessaires à l'évaluation du Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties sur les délais d'attente. Veuillez répondre aux questions qui s'appliquent à votre projet pilote.

Comme vous le savez, les garanties sur les délais d'attente pour les patients comprennent deux éléments essentiels : 1) un délai de traitement établi; 2) l'offre de solutions de rechange (recours) si le délai est dépassé (par ex., un patient qui n'est pas traité dans les délais se verrait automatiquement offrir une solution de rechange comme l'accès à un autre fournisseur de soins de santé ou à un service dans un autre établissement). Dans vos réponses ayant trait aux garanties sur les délais d'attente pour les patients, veuillez préciser, si possible, dans quelle mesure l'un des éléments, voire les deux, a été respecté ou négligé.

A. Profil du projet

1.	<i>Veuillez décrire les objectifs de votre projet pilote.</i>
2.	<i>Quelles activités ont été entreprises pendant le projet pilote?</i>
3.	<i>Le projet a-t-il été mené conformément au plan d'origine? Dans la négative, expliquez pourquoi (par ex., le projet a-t-il commencé en retard? des changements ont-ils été apportés à la méthode du projet, etc.)?</i>
4.	<i>Quels outils et moyens (nouveaux ou modifiés) ont été mis en œuvre, le cas échéant, pour <u>réduire les délais d'attente</u>? (Parmi les exemples d'outils et de moyens, on peut citer les rapports de recherche, les bases de données, les documents d'orientation, les réseaux de collaboration et les mécanismes d'échange d'information.)</i>
5.	<i>Quels outils et moyens (nouveaux ou modifiés) ont été mis en œuvre, le cas échéant, pour <u>établir les garanties sur les délais d'attente pour les patients</u>?</i>

B. Résultats du projet

CONNAISSANCES ET COMPRÉHENSION	
6.	Décrivez en quoi votre projet pilote a contribué à approfondir les connaissances et à améliorer la compréhension des problèmes opérationnels liés à la politique associés à l'établissement de garanties sur les délais d'attente pour les patients (par ex., l'état de préparation du système, les coûts, le rôle des médecins, les répercussions sur l'attribution des ressources).
7.	Décrivez en quoi votre projet pilote a contribué à améliorer la compréhension des outils et des moyens associés à la réduction des délais d'attente pour les patients.
8.	Décrivez en quoi votre projet pilote a contribué à améliorer la compréhension des outils et des moyens associés à l'établissement des garanties sur les délais d'attente pour les patients.
9.	Décrivez toutes pratiques exemplaires ou leçons tirées à la suite de votre projet pilote et qui pourraient être appliquées au sein de votre province ou territoire, ou d'autres administrations.
COLLABORATION ET ÉCHANGE DE CONNAISSANCES	
10.	Décrivez toute collaboration ou tout échange (passés ou futurs) entre votre province ou territoire et d'autres administrations à la suite de votre projet pilote. On peut par exemple citer les provinces et territoires qui n'avaient pas de projet financé par ce fonds.

GARANTIES ET RÉFORME DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

11. Votre projet pilote a-t-il permis de cerner des obstacles à l'établissement de garanties sur les délais d'attente pour les patients? Dans l'affirmative, décrivez de quelle manière ils ont été atténués ou supprimés, ou pour quelles raisons vous n'avez pu les atténuer ou les supprimer.

12. a. Quelle incidence votre projet pilote a-t-il eue sur la réduction des délais d'attente pour les patients?

12. b. Quelle incidence pensez-vous que votre projet pilote aura sur la réduction des délais d'attente pour les patients à l'avenir (le cas échéant)?

13 a. Quelle incidence votre projet pilote a-t-il eue sur l'établissement des garanties sur les délais d'attente pour les patients?

Par exemple :

- Constate-t-on une meilleure compréhension de la part des provinces et territoires sur la façon dont les garanties sur les délais d'attente pour les patients s'inscrivent mieux dans les stratégies d'accès globales et dans la réforme du système de soins de santé?
- Votre système de santé est-il mieux positionné pour réduire les délais d'attente et mettre en œuvre les garanties sur les délais d'attente pour les patients?
- Est-ce que certains des changements apportés au système de soins de santé ont résulté ou sont susceptibles de résulter de votre projet pilote (par ex., des changements législatifs pour intégrer les nouveaux outils ou moyens, de nouvelles politiques adoptées ou éclairées)?
- Des garanties pour un accès rapide aux soins ont-elles été mises en œuvre?

13. b. Quelle incidence pensez-vous que votre projet pilote aura sur l'établissement des délais d'attente pour les patients à l'avenir (le cas échéant)?

ANNEXE D – ENTREVUES D'ÉVALUATION

Province	Projet	Nombre total d'entrevues
Sask.	Projet pilote sur le recours au pontage aortocoronarien	4
Man.	Établir le lien entre les généralistes et les spécialistes : la bonne porte, du premier coup	6
Qc	Clinique interdisciplinaire en musculo-squelettique	1
Qc	Requête Web opératoire	
Qc	Défi qualité performance dans la réduction des délais d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou	
N.-B.	Projet pilote de garantie sur les délais d'attente pour radiothérapie	3
N.-É.	Améliorer l'accès aux services diagnostiques	4
N.-É.	Améliorer l'accès aux services chirurgicaux : Portail d'accès aux services orthopédiques pour les patients	
Î.-P.-E.	Sauver du temps pour sauver des vies : stratégie provinciale pour offrir une garantie sur les délais d'attente pour radiothérapie	3
T.N.-O.	Programme de mammographie de dépistage de la région de santé et de services sociaux de Hay River	3
Yn	Déterminer s'il est possible d'offrir aux patients un plus vaste éventail de choix de points de service pour ce qui est des services et des procédures hors Yukon	3
Santé Canada		Nombre total d'entrevues
Représentants de Santé Canada		4

\

Annexe E – Outils et démarches mis en œuvre dans le cadre des projets pilotes

Province	Titre du projet	Outils/démarches
Sask.	Projet pilote sur le recours au pontage aortocoronarien	<ol style="list-style-type: none"> 1) Il s'agit d'un processus pour désigner les patients dont le délai approche le temps d'attente maximal déterminé par l'outil d'établissement des priorités du Réseau de soins cardiaques de l'Ontario, qui a la fonction suivante : <ul style="list-style-type: none"> - établir un système de données commun et les données des rapports provinciaux qui seront utilisés par les administrations de santé régionales de Saskatoon et de Regina Qu'Appelle pour suivre, gérer et évaluer les délais d'attente liés aux pontages aortocoronariens; - s'assurer que les données de la base de données APPROACH à Regina et à Saskatoon sont saisies régulièrement dans le système répertoriant les chirurgies (Surgical Registry System). L'autorité de santé est responsable de saisir les données et de s'assurer que les patients sont classés selon qu'ils sont des cas urgents ou nouveaux. <p>Les administrations de santé régionales de Saskatoon et de Regina Qu'Appelle utiliseront le système APPROACH pour recueillir et rapporter les données relatives aux pontages aortocoronariens au ministère de la Santé de la Saskatchewan, qui fournira les données de base et les données de l'évaluation relativement au projet sur les délais d'attente pour les pontages aortocoronariens.</p> 2) Une solution logicielle faisant partie du Surgical Registry system pour cibler les patients dont le délai approche le temps d'attente maximal. 3) Un processus offrant aux patients ciblés la possibilité de se faire opérer dans un autre endroit. 4) Une infrastructure de transport pour les patients en phase critique afin qu'ils puissent profiter d'un transport sécuritaire et confortable vers un autre site sans avoir à payer quoi que ce soit.
Man.	Établir le lien entre les généralistes et les spécialistes : la bonne porte, du premier coup	<ol style="list-style-type: none"> 1) Une voie d'aiguillage en milieu clinique pour 11 domaines spécialisés. 2) Un catalogue de services spécialisés en ligne, comprenant une liste interrogeable de spécialistes, l'emplacement de leur bureau et leurs coordonnées ainsi que les services précis qu'ils offrent. Le catalogue comprend des médecins de famille et d'autres médecins traitants ainsi que des renseignements aisément accessibles pour faciliter l'orientation de patients vers des services spécialisés. 3) Un SSI (système d'aiguillage électronique) pour le projet Établir des liens entre les généralistes et les spécialistes (ELGS), qui simplifie les communications entre le généraliste traitant et le spécialiste. Le système est utilisé par les médecins de famille, les infirmières et infirmiers praticiens et les spécialistes partout au Manitoba pour suivre les parcours associés aux soins primaires et envoyer les demandes d'orientation et de consultation par voie électronique ainsi que pour transmettre des avis et des suggestions sur la façon de procéder dans le cas de dossiers référés qui ne répondent pas aux critères établis. Le SSI du projet ELGS peut aussi être utilisé par de nombreux cliniciens qui n'utilisent pas le système de TI (p. ex. qui utilisent le formulaire papier). 4) Le Patient Access Registry Tool (PART), un système électronique servant à la saisie et à l'enregistrement des patients qui attendent pour une consultation, des spécialistes et des services chirurgicaux dans l'ensemble du Manitoba. L'utilisation du système PART permet aux cliniciens et à leur bureau de suivre les délais d'attente des patients et de s'assurer que personne ne « passe entre les mailles du filet ». Le module de réservation électronique de PART a été lancé. La réservation en ligne permet aux bureaux des chirurgiens de transmettre par voie électronique de l'information sur la réservation des salles d'opération (SO) aux établissements où leurs activités se déroulent, ce qui permet des communications plus opportunes et continues avec les cliniques d'évaluation pré-anesthésique et les SO.

Province	Titre du projet	Outils/démarches
Qc	Clinique interdisciplinaire en musculo-squelettique	<ol style="list-style-type: none"> 1) Trois cliniques interdisciplinaires, qui engagent des administrateurs d'hôpital, des chirurgiens orthopédiques, des médecins de famille, des infirmiers et des infirmières, des physiothérapeutes et d'autres professionnels de la santé afin d'offrir un continuum de soins novateurs aux patients. Les cliniques sont centrées sur les patients et leur offrent des services intégrés. 2) Voies d'aiguillage en milieu clinique pour aider à réduire le nombre de visites inappropriées aux chirurgiens orthopédiques.
Qc	Requête Web opératoire	<ol style="list-style-type: none"> 1) Un système de réservation des salles d'opération sur le Web, qui permet aux chirurgiens et à leurs secrétaires de prévoir du temps en salle d'opération pour leurs patients grâce à Internet. 2) Un organigramme pour représenter le cheminement de l'information et les interconnexions entre les départements des hôpitaux, les bureaux de médecin externes et le ministère de la Santé et des Services sociaux.
Qc	Défi qualité performance dans la réduction des délais d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou	<ol style="list-style-type: none"> 1) Guides pour les patients attendant une chirurgie de la hanche et du genou, qui présente en détail le cheminement du patient tout au long du processus – des services préhospitaliers à la réhabilitation. 2) Une grille d'évaluation et une voie d'aiguillage pour les soins intensifs à utiliser pour déterminer la durée du séjour d'un patient et le suivi post-opératoire.
N.-B.	Projet pilote de garantie sur les délais d'attente pour radiothérapie	<ol style="list-style-type: none"> 1) L'application Cancer Treatment Access Repository, un outil qui facilite la surveillance et la gestion du temps d'attente d'un patient tout au long du processus de radiothérapie, y compris pendant l'introduction d'interventions de rechange si cela s'avère nécessaire. 2) Outil de modélisation pour simulation, qui permet d'analyser les conséquences des progrès technologiques et des ressources limitées en se fondant sur une future population et sur des projections relatives à l'incidence du cancer, et qui facilitera le processus visant à régler les problèmes et à minimiser les conséquences négatives avant que les problèmes deviennent critiques. 3) Site Web pour présenter des rapports publics sur les délais d'attente afin de fournir des renseignements précis et opportuns sur la radiothérapie. 4) Établissement de définitions communes associées à la surveillance des délais d'attente, y compris les définitions de « prêt au traitement », de « solutions de rechange », de « Attente 1 », « Attente 2 », « Attente 3 » et de « patient en attente » (c.-à-d. patient attendant que d'autres traitements ou situations prennent fin avant d'être prêt au traitement, par exemple une chirurgie ou la fin de traitements de chimiothérapie). 5) Un PE avec les provinces de l'Atlantique en ce qui a trait aux traitements de radiothérapie externe. Le PE reconnaît que les provinces collaboreront pour offrir un cadre stratégique et opérationnel afin de diriger l'orientation des patients entre les provinces, de manière à ce que les patients nécessitant des services de radiothérapie puissent avoir rapidement accès à leurs traitements dans un délai garanti de huit semaines.
N.-É.	Améliorer l'accès aux services diagnostiques	<ol style="list-style-type: none"> 1) Volet sur la pertinence : logiciel Medicalis Smart Req et un serveur d'aide à la décision conçus pour aider les utilisateurs à déterminer correctement quels tests d'imagerie diagnostique demander en offrant des solutions de rechange conformes aux lignes directrices de l'Association canadienne des radiologistes. 2) Volet sur l'efficacité : un modèle prévisionnel visant à prévoir les listes d'attente liées à l'imagerie diagnostique, un système de rappel téléphonique automatisé, des lettres d'avis pour les patients comprenant des renseignements préparatoires et de meilleures sources de données pour les rapports publics sur les délais d'attente. 3) Volet sur le choix du patient : une démarche permettant d'entamer la prise d'une décision du département d'imagerie diagnostique après la réception de la demande écrite et de produire les rapports sur la situation des réservations afin de voir les délais d'attente pour les régies participantes.

Province	Titre du projet	Outils/démarches
N.-É.	Améliorer l'accès aux services chirurgicaux : Portail d'accès aux services orthopédiques pour les patients	<ol style="list-style-type: none"> 1) Validation des listes d'attente actuelles pour une chirurgie. Cette étape permet de mettre à jour les données sur les délais d'attente avant de télécharger les listes d'attente dans le répertoire provincial afférent (Provincial Access Registry for Nova Scotia (PART NS)) et de réduire les listes d'attente pour quatre régions de 25 à 30 %. 2) Politiques et procédures normalisées régissant l'établissement des listes d'attente pour les patients, garantissant que la liste est à jour et l'utilisation appropriée de PART NS. 3) Le Nova Scotia Surgical Care Network – une collaboration pluridisciplinaire entre les professionnels de la santé conçue pour émettre des recommandations sur les outils d'établissement de la priorité des patients, les échéanciers relatifs à l'accès à une chirurgie et les stratégies de réduction de délais d'attente. 4) Outils d'établissement de la priorité en milieu clinique – outils normalisés afin d'évaluer l'acuité des patients pour toutes les spécialités chirurgicales. 5) PART NS – Répertoire provincial concernant les temps d'attente pour favoriser une surveillance et des rapports précis et opportuns quant aux délais d'attente. 6) Stratégie provinciale de production de rapports et plan de durabilité – une stratégie provinciale concernant la diffusion de rapports sur la base de données du PART NS et une démarche provinciale visant à évaluer les données sur les temps d'attente. 7) Comité provincial de gestion de l'accès – un nouveau comité provincial de gestion de l'accès permettant aux régions et au ministère de la Santé de discuter des défis qu'ils ont en commun et des démarches normalisées liées aux activités du PART NS.
I.-P.-É.	Sauver du temps pour sauver des vies : stratégie provinciale pour offrir une garantie sur les délais d'attente pour radiothérapie	<ol style="list-style-type: none"> 1) Un PE qui souligne l'engagement des provinces de l'Atlantique à offrir un accès à des traitements de radiothérapie externe dans un délai raisonnable. Le PE permet de mieux comprendre les Garanties sur les délais d'attente pour les patients en décrivant les engagements des parties concernées et en définissant ce qu'est un patient « prêt au traitement », un candidat approprié pour une solution de rechange et les procédures ainsi que les processus entourant les recours et l'échange des données. 2) Conception d'un processus d'acheminement du travail afin de fournir un guide visuel des procédures actuelles et nouvelles au sein du CTC de l'Î.-P.-É., pour favoriser la réduction des délais d'attente et pour assurer la mise en place de procédures appropriées quant aux garanties et aux recours. 3) L'établissement de réseaux de collaboration (p. ex. l'Atlantic Interprovincial Radiation Therapy Access Committee). 4) Nouveaux outils d'établissement de rapports pour surveiller le temps d'attente de chaque patient pendant l'aiguillage dans le cadre du continuum de traitement. L'alerte est donnée lorsqu'il y a des risques qu'un patient ne soit pas traité dans le délai garanti de huit semaines. La collecte de données pertinentes sur le temps d'attente dans le système ARIA Oncology a été mise en œuvre. 5) Mise à l'essai du Radiation Oncology Residency Elective Program, en réponse à la nécessité de recruter des spécialistes supplémentaires en oncoradiologie pour la région.
T.N.-O.	Programme de mammographie de dépistage de la région de santé et de services sociaux de Hay River	<ol style="list-style-type: none"> 1) Une unité mobile de mammographie numérique, qui offre plus de détails et une meilleure résolution qu'une unité de mammographie sur film avec écran traditionnelle. 2) Un intérêt marqué pour l'éducation du patient, y compris l'utilisation d'une vidéo sur la façon de réaliser un auto-examen mettant en vedette des résidents des T.N.-O. 3) Protocoles de suivi : tous les patients nécessitant un suivi sont désormais contactés et un rendez-vous est prévu le plus tôt possible.
Yn	Déterminer s'il est possible d'offrir aux patients un plus vaste éventail de choix de points de service pour ce qui est des services et des procédures hors	<ol style="list-style-type: none"> 1) Le formulaire de recommandation pour une arthroplastie est désormais requis pour tous les patients aiguillés vers un professionnel en arthroplastie – Le formulaire rempli permet au médecin traitant de fournir des données plus complètes et précises. 2) Lignes directrices pour la saisie des renseignements sur le patient – Les lignes directrices permettent de déterminer le temps d'attente d'un patient de façon logique. 3) Conception de l'outil sur les demandes d'information prévues dans Meditech – Cet outil peut répertorier les raisons plus précises

Province	Titre du projet	Outils/démarches
	Yukon	<p>justifiant la recommandation et assurer le suivi de chaque dossier; toutefois, chaque visite correspond à un dossier autonome.</p> <p>4) Nouveau protocole lié aux recommandations pour une extraction de cataracte – Un nouveau protocole est en application, en vertu duquel chaque patient aiguillé par un médecin vers une extraction de cataracte doit d’abord être examiné par un optométriste, qui s’occupera d’effectuer un premier tri et, le cas échéant, de soigner le patient.</p> <p>5) Module de gestion des recommandations de Meditech – Le module, combiné à la conception de l’outil sur les demandes d’information prévues, permettra de répertorier les recommandations et de consolider tous les dossiers concernant celles-ci.</p> <p>6) Programme Delta Ware – Conçu par Santé et Affaires sociales, ce programme permet de répertorier séparément les coûts résultant des recours et de les rapporter par l’entremise d’agents financiers au sein du Ministère.</p> <p>7) Rapports sur les renseignements concernant les délais d’attente par les cliniques spécialisées – Les cliniques spécialisées devront maintenant produire des rapports sur les temps d’attente, comme l’exigent les processus et les exigences en matière de renseignements et de rapports.</p> <p>8) Établissement de critères permettant de suivre la totalité des délais d’attente des patients pour le segment 1 (de l’omnipraticien traitant jusqu’à la consultation avec un spécialiste) et le segment 2 (de la consultation au traitement).</p>

Annexe F – Collaboration et échange de pratiques exemplaires

Province	Projet	Collaboration/échange de pratiques exemplaires
Sask.	Projet pilote sur le recours au pontage aortocoronarien	Dans la province.
Man.	Établir le lien entre les généralistes et les spécialistes : la bonne porte, du premier coup	Publications, présentations (p. ex. conférence « Maîtriser les files d'attente »), tenue d'ateliers (p. ex. participants des autres administrations provinciales et régionales) et relations avec des organismes intéressés.
Qc	Clinique interdisciplinaire en musculo-squelettique	Dans la province.
Qc	Requête Web opératoire	Aucun noté.
Qc	Défi qualité performance dans la réduction des délais d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou	Aucune information.
N.-B.	Projet pilote de garantie sur les délais d'attente pour radiothérapie	PE entre les quatre provinces de l'Atlantique, le N.-B. et bientôt le Québec. De plus, création d'un comité permanent interprovincial sur cette question.
N.-É.	Améliorer l'accès aux services diagnostiques	Dans le cadre de l'initiative sur la pertinence, l'équipe du projet a discuté avec des représentants de projets semblables du Manitoba et de la Saskatchewan pour faire part de son expérience et les leçons apprises jusqu'à maintenant.
N.-É.	Améliorer l'accès aux services chirurgicaux : Portail d'accès aux services orthopédiques pour les patients	Le N.-B. et la Sask. ont été consultés pour tirer profit de leur expérience et des leçons apprises.
I.-P.-E.	Sauver du temps pour sauver des vies : stratégie provinciale pour offrir une garantie sur les délais d'attente pour radiothérapie	Ententes interprovinciales sur les recours et l'échange des données connexes – réunions pour en arriver à la signature d'un PE. Échange de connaissances avec le Man. concernant l'aiguillage électronique.
T.N.-O.	Programme de mammographie de dépistage de la région de santé et de services sociaux de Hay River	Collabore actuellement avec le programme de dépistage du cancer du sein de la C.-B. pour compiler un guide pertinent sur les politiques et les procédures. Le Lendrum Breast Center à Edmonton a commencé par lire les radiographies et il assure maintenant le suivi des patients nécessitant la présence d'un radiologiste.
Yn	Déterminer s'il est possible d'offrir aux patients un plus vaste éventail de choix de points de service pour ce qui est des services et des procédures hors Yukon	Une collaboration était essentielle avec les autorités de santé de la C.-B. afin de mettre en place le projet et d'offrir des recours dans le cadre de celui-ci.

Annexe G – Diminution documentée des délais d’attente dans les secteurs d’intervention privilégiés

Province	Projet	Diminution documentée des délais d’attente
Sask.	Projet pilote sur le recours au pontage aortocoronarien	<p>Pendant la période qu’a duré le projet pilote, les délais d’attente ont chuté de façon spectaculaire et, maintenant, une grande majorité des patients de la Saskatchewan qui doivent subir une chirurgie reçoivent leur PA dans le délai maximum recommandé. En général, du 1er avril 2008 au 31 mars 2010, 95 % des patients de niveau II ont subi leur chirurgie en moins de 6 semaines. Au total, 97 % des patients ont subi leur PA dans le délai maximum recommandé.</p> <p>Il n’y a aucune analyse avant et après le projet.</p>
Man.	Établir le lien entre les généralistes et les spécialistes : la bonne porte, du premier coup	<p>La portée limitée des domaines cliniques associés au projet et de la participation (environ 10 % des fournisseurs de soins primaires et des spécialistes) ne suffisait pas pour constater une incidence sur les délais d’attente ou l’accès global, toutefois, des renseignements qualitatifs laissent entendre que, si la portée du projet était étendue, il serait possible de mesurer une incidence. Au total, 84 % des patients aiguillés par l’entremise du système ont vu un spécialiste du projet ELGS dans le délai d’attente garanti pour les patients. Toutefois, les données de TI ne peuvent indiquer les délais d’attente que pour les patients qui ont suivi les voies d’aiguillage visées par l’entremise du système de TI. De plus, les données de TI n’indiquent pas comment le projet ELGS a influencé les délais d’attente pour l’ensemble du système (c.-à-d. pour les patients du programme et ceux qui n’en faisaient pas partie).</p> <p>Il n’y a aucune analyse avant et après le projet.</p>
Qc	Clinique interdisciplinaire en musculo-squelettique	L’approche multidisciplinaire mise à l’essai dans le cadre du projet garantit que seuls les patients ayant besoin d’un orthopédiste se voient accorder un rendez-vous. Les rapports indiquent que les délais d’attente ont diminué.
Qc	Requête Web opératoire	La gestion de la liste d’attente de SIMASS avec l’application Web n’était pas possible pendant le projet, alors il n’y a aucune donnée relative à l’incidence sur les délais d’attente.
Qc	Défi qualité performance dans la réduction des délais d’attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou	La durée du séjour a été de 7 à 10 jours depuis 2004. Le projet pilote a démontré qu’elle pouvait être réduite à 5 jours. Toutefois, il n’y a aucune donnée concernant les conséquences globales sur les délais d’attente.
N.-B.	Projet pilote de garantie sur les délais d’attente pour radiothérapie	Il n’y a aucune donnée relative à l’incidence sur les délais d’attente pendant le projet et il est trop tôt pour prédire les conséquences qu’aura ce projet sur la réduction des délais d’attente dans l’avenir. Le N.-B. a maintenant confiance que les travailleurs de première ligne et les gestionnaires, autant à l’échelle régionale que provinciale, ont les outils nécessaires pour suivre le cheminement de chaque patient et générer des rapports sur le rendement du système et les indicateurs permettant de documenter le rendement du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait aux garanties et aux jalons nationaux.

Province	Projet	Diminution documentée des délais d'attente
N.-É.	Améliorer l'accès aux services diagnostiques	<p>Volet sur l'efficacité : L'effet qu'une efficacité accrue dans le département d'imagerie diagnostique (ID) peut avoir sur la réduction des délais d'attente est impossible à distinguer compte tenu de certains facteurs comme les niveaux de dotation, les données démographiques sur la population, les préférences en matière d'aiguillage des médecins en ID et la présence d'autres interventions liées à l'amélioration des délais d'attente.</p> <p>Initiative sur la pertinence : L'outil d'aide à la prise de décisions a permis d'accroître la pertinence des examens soumis de 38 % à 42 % et de diminuer le nombre d'examen inappropriés en conséquence de 25 % à 21 %. Bien qu'elle soit modeste, cette amélioration, à plus grande échelle, pourrait influencer les tendances relatives à l'utilisation et les frais d'administration connexes en plus d'influencer les délais d'attente pour les modalités touchées.</p> <p>Initiative sur le choix du patient : Les patients qui ont choisi de se déplacer vers une autre régie régionale de la santé ont eu un délai d'attente plus court - une attente plus courte de 11 à 20 jours.</p>
N.-É.	Améliorer l'accès aux services chirurgicaux : Portail d'accès aux services orthopédiques pour les patients	<p>La validation des listes d'attente actuelles pour une chirurgie a permis de réduire la liste d'attente de 4 régies de 25 % à 30 %.</p> <p>Toutefois, la mesure dans laquelle les délais d'attente ont été réduits n'est pas clairement établie (avant et après).</p>
I.-P.-E.	Sauver du temps pour sauver des vies : stratégie provinciale pour offrir une garantie sur les délais d'attente pour radiothérapie	<p>Le coordonnateur du cheminement clinique en radiothérapie et le directeur administratif des services de radiothérapie auront une incidence permanente sur la réduction des délais d'attente en raison du suivi constant des patients qui est désormais possible au Centre de traitement du cancer de l'Î.-P.-É. Pendant ce projet, la province a respecté les lignes directrices nationales et celles de l'Association canadienne des radio-oncologues en ce qui a trait aux traitements, ainsi que les échéanciers établis en vertu de la garantie provinciale qui est entrée en vigueur le 1er avril 2010 après la fin du projet. Pour cette raison, aucune réduction marquée des délais d'attente n'a été observée pendant la durée du projet.</p>
T.N.-O.	Programme de mammographie de dépistage de la régie de santé et de services sociaux de Hay River	<p>L'objectif du projet consistant à procéder à un dépistage chez 70 % ou plus des 370 femmes ciblées dans la proposition de projet en 36 mois a été atteint après seulement 18 mois d'opération de la clinique de mammographie. À la fin du projet, 275 (74,3 %) femmes admissibles avaient subi un test de dépistage.</p> <p>Un sondage auprès des patients a permis de conclure que 100 % des répondantes avaient attendu moins de 5 semaines pour obtenir un rendez-vous. Avant le projet, le programme d'unité mobile de dépistage du cancer du sein de l'Alberta ne s'occupait des patients de Hay River et de Fort Smith que pendant une visite d'une semaine par année.</p>
Yn	Déterminer s'il est possible d'offrir aux patients un plus vaste éventail de choix de points de service pour ce qui est des services et des procédures hors Yukon	<p>Cataractes : Segment 1 (de l'omnipraticien traitant jusqu'à la consultation d'un spécialiste) : réduction très importante de 3 à 9 semaines. (En 2009, le délai d'attente était de 12 à 15 mois/48 à 60 semaines).</p> <p>Segment 2 : (de la consultation à la chirurgie) : augmentation de 20 à 32 semaines. (Comparativement à 12 à 15 semaines).</p> <p>Chirurgies de remplacement du genou et de la hanche : Segment 1 : réduction de 6 à 9 mois. (En 2009, il était de 102 semaines/24 mois). Segment 2 : réduction de 12 à 62 semaines/3 à 15 mois. (Comparativement à jusqu'à 80 semaines/20 mois)</p>

Annexe H – Activités liées aux recours dans les projets pilotes

Province ou territoire	Projet	Recours élaboré	Recours offert	Degré d'utilisation du recours	Commentaires
Sask.	Projet pilote sur le recours au pontage aortocoronarien	Une stratégie de recours et la documentation s'y rattachant ont été élaborées. La stratégie de recours et l'infrastructure essentielle liée au transport demeurent en place et en cas de dépassement du délai d'attente maximal recommandé, le recours sera offert.	s. o.	s. o.	Compte tenu du petit échantillon de patients dont le délai d'attente maximal recommandé est expiré, les motifs invoqués pour ne pas offrir le recours ne peuvent être consignés avec précision pour des questions de confidentialité. Toutefois, de manière générale, parmi ces motifs comptaient, sans toutefois s'y limiter, le refus des patients à être opérés ou la recommandation du médecin à ne pas opérer. Les médecins étaient également réticents à l'idée d'offrir le recours à leurs patients, préférant plutôt réduire leur liste d'attente.
Man.	Établir le lien entre les généralistes et les spécialistes : la bonne porte, du premier coup	Élaboration d'une stratégie de recours. Cette dernière comprenait la collaboration avec des médecins spécialistes étrangers au projet pilote en vue de répondre à la demande du médecin de famille orienteur.	Un recours a été désigné pour les patients n'ayant pas été vus par un spécialiste dans les délais garantis au cours de la période s'échelonnant de mars 2009 à mars 2010.	Quatorze patients ont accepté le recours et ont été vus par un spécialiste étranger au projet « Établir le lien entre les généralistes et les spécialistes ».	Le système de TI ne contenait pas de champ permettant de désigner si un patient avait dû faire appel à un spécialiste étranger au projet. Toutefois, le personnel du projet a mentionné que le recours avait été offert à cinq patients ayant des problèmes de tractus digestif inférieur et à vingt-trois patients souffrant d'un problème de genou ou de hanche. De ce nombre, quatorze ont refusé le recours : l'un d'eux a choisi de ne pas consulter de médecin spécialiste, trois ont été réorientés vers un autre spécialiste sans l'aide du projet et dix ont choisi de demeurer avec leur spécialiste de départ.
Qc	Clinique interdisciplinaire en musculosquelettique	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.
Qc	Requête Web opératoire	s	s. o.	s. o.	s. o.

Province ou territoire	Projet	Recours élaboré	Recours offert	Degré d'utilisation du recours	Commentaires
Qc	Défi qualité performance dans la réduction des délais d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.
N.-B.	Projet pilote de garantie sur les délais d'attente pour la radiothérapie	Un PE a été signé pour les options de recours.	Deux patients d'un centre se qualifiaient pour un transfert à l'intérieur de la province ou pour un recours à l'extérieur de celle-ci. Le choix a été soumis aux patients; tous deux ont décliné l'offre.	s. o.	La province a respecté les Garanties sur les délais d'attente tout au long du projet. Ce dernier lui a toutefois permis de mieux suivre le cheminement de ses patients.
N.-É.	Améliorer l'accès aux services diagnostiques	La Patient Choice Initiative (Initiative du choix des patients) a élaboré une stratégie de recours, des délais d'attente, des outils de prise de rendez-vous et des sondages destinés aux patients afin d'appuyer l'offre de recours.	Les patients de quatre régions régionales de la santé avaient la possibilité de recevoir les services d'un autre site si les périodes d'attente de leur propre région excédaient les délais établis.	Près des deux tiers des patients ont choisi de se déplacer lorsque la possibilité leur était offerte; 98 % des patients nécessitant une IRM étaient prêts à se déplacer de nouveau.	Les observations laissent croire que les perceptions ou les préférences des patients constituent des facteurs favorables à la mise en place d'options de recours. Avant d'offrir le recours à plus grande échelle, il importe de réfléchir aux défis organisationnels qu'une telle expansion représente.
N.-É.	Améliorer l'accès aux services chirurgicaux : Portail d'accès aux services orthopédiques pour les patients	Une stratégie de recours a été élaborée en partie avec la mise sur pied du registre des patients de la Nouvelle-Écosse, le Patient Access Registry Nova Scotia (PAR NS). Elle sera achevée avec les ressources provinciales à venir.	s. o.	s. o.	Le PAR NS devait être un portail interactif et sécuritaire destiné à lancer le recours des patients. Toutefois, en raison d'importants enjeux de confidentialité et de sécurité, et compte tenu du manque de données fiables et opportunes relatives aux délais d'attente sur lesquelles fonder la sélection des services chirurgicaux et des autorités de santé locales participantes, seule une version statique, informationnelle, du registre a été créée. Par conséquent, le recours n'a pu être mis à l'essai durant le projet.

Province ou territoire	Projet	Recours élaboré	Recours offert	Degré d'utilisation du recours	Commentaires
I.-P.-E.	Sauver du temps pour sauver des vies : stratégie provinciale pour offrir une garantie sur les délais d'attente pour la radiothérapie.	Un PE d'entraide a été signé entre les provinces de l'Atlantique.	Non testé (garantie respectée)	Non testé (garantie respectée)	Le système de santé actuel de l'Île-du-Prince-Édouard est déjà prêt à respecter les Garanties sur les délais d'attente des patients, tout comme il est prêt à envoyer des patients dans d'autres provinces de l'Atlantique et à en recevoir de ces dernières, conformément au PE conclu entre elles. À ce jour, aucune de ces situations ne s'est encore produite.
T.-N.-O.	Programme de mammographie de la région de la santé et des services sociaux de Hay River	Une stratégie de recours a été élaborée pour les patients dont la période d'attente avait dépassé le délai établi dans la proposition du projet.	Les patientes dont les besoins ne pouvaient être satisfaits dans les délais recommandés étaient informées de la possibilité de se rendre à Yellowknife ou à Edmonton pour une mammographie. Des patientes à qui l'option a été offerte, 4 % ont d'abord accepté, mais se sont finalement ravisées lorsqu'il a été établi que le temps d'attente pour une mammographie de routine à l'extérieur de Hay River dépassait le temps d'attente pour un rendez-vous à la clinique de Hay River.	s. o.	Bien qu'une solution de rechange ait été offerte, aucune patiente n'y a fait appel, puisque les délais d'attente dans les autres centres proposés étaient plus longs que ceux de Hay River. Par exemple, si le délai pour l'obtention d'un rendez-vous à Hay River dépassait les deux semaines établies dans la proposition de départ du projet, en revanche il fallait de quatre à six semaines pour avoir un rendez-vous à Yellowknife ou à Edmonton.
Yn	Déterminer la possibilité d'offrir aux patients un plus vaste éventail de choix de points de service pour ce qui est des services et des procédures en dehors du Yukon	Les protocoles, les outils et les structures nécessaires au soutien des options de recours ont été élaborés pour les cas satisfaisant les critères appropriés.	Un recours au traitement des cataractes a été offert à trente-quatre personnes. Une solution de rechange aux arthroplasties de la hanche et du genou a été offerte à trente-huit patients.	Six personnes ont accepté le recours pour leur problème de cataractes. Dix-huit ont accepté le recours pour leur genou ou leur hanche (en tout, vingt-trois déplacements ont été effectués, certains patients ayant besoin de faire deux voyages).	Le projet pilote limitait l'offre de l'option de recours aux arthroplasties complètes de la hanche et du genou ainsi qu'aux chirurgies de la cataracte qui représentaient des procédures non urgentes. Au départ, le projet visait également deux autres domaines de services non urgents (traitements du cœur et du cancer). Toutefois, il a été établi que les délais d'attente pour ces secteurs se situaient à l'intérieur des références provinciales et territoriales.

Annexe I – Répercussion future sur la réduction des délais d’attente et sur l’établissement des GDAP

Province ou territoire	Projet	Répercussion du projet sur les délais d’attente FUTURS	Répercussion du projet sur l’établissement FUTUR des Garanties sur les délais d’attente pour les patients
Sask.	Projet pilote sur le recours au pontage aortocoronarien	Le projet pilote est parvenu à réduire les délais d’attente pour les pontages aortocoronariens; le plan à long terme consiste à mener une surveillance et à s’assurer que les médecins continuent de gérer leur liste d’attente et que les patients reçoivent leur chirurgie dans les délais d’attente maximaux recommandés selon les références pancanadiennes en la matière.	Le recours demeurera une option pour les patients dans l’éventualité où les délais d’attente maximaux recommandés seraient atteints. En tant que vaste stratégie provinciale, la Saskatchewan Surgical Initiative vise à améliorer l’expérience chirurgicale des patients et à s’assurer que d’ici les quatre prochaines années, aucun résident de la province n’ait à attendre au-delà de trois mois pour une telle opération.
Man.	Établir le lien entre les généralistes et les spécialistes : la bonne porte, du premier coup	Le Manitoba espère que six cents pourvoyeurs de soins primaires utiliseront le projet « Établir le lien entre les généralistes et les spécialistes » et que 50 % des spécialistes recevront des renvois grâce à ce dernier d’ici 2011-2012. Des efforts sont actuellement déployés pour intégrer le projet aux dossiers électroniques médicaux dans les bureaux des médecins de famille, ce qui permettra une participation et une utilisation accrues du projet.	Au fur et à mesure que s’élargira la portée du projet et que les répercussions de ce dernier se clarifieront, il y aura certainement une grande demande pour l’instauration de processus similaires dans d’autres environnements cliniques. Les critères pour les recommandations et les délais pour d’autres environnements cliniques agiront à titre de Garanties sur les délais d’attente.
Qc	Clinique interdisciplinaire en musculosquelettique	Le projet sera certainement instauré dans d’autres secteurs. Toutefois, cela dépend des fonds disponibles et des décisions prises par les autorités locales et régionales.	Le projet pourrait contribuer à appuyer les initiatives à venir en matière de Garanties sur les délais d’attente.
Qc	Requête Web opératoire	Une fois les difficultés techniques résolues entre le système de réservation en ligne des salles d’opération et le système de listes d’attente (SIMASS), la province instaurera le projet au Centre hospitalier de St. Mary.	Inconnue pour l’instant.
Qc	Défi qualité performance dans la réduction des délais d’attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou	Il est encore trop tôt pour prédire l’incidence qu’aura le projet sur ce plan; toutefois, il pourrait être systématisé, de sorte qu’il puisse être reproduit à l’échelle provinciale.	Le projet pourrait contribuer à appuyer les initiatives à venir en matière de Garanties sur les délais d’attente.

Province ou territoire	Projet	Répercussion du projet sur les délais d'attente FUTURS	Répercussion du projet sur l'établissement FUTUR des Garanties sur les délais d'attente pour les patients
N.-B.	Projet pilote de garantie sur les délais d'attente pour la radiothérapie	Il est encore trop tôt pour prédire l'incidence qu'aura le projet sur la réduction des délais d'attente. Les gestionnaires et les travailleurs de première ligne ont tous les outils nécessaires pour suivre le cheminement d'un patient et pour produire des rapports sur les indicateurs et le rendement du système, lesquels sont destinés à appuyer l'efficacité du Nouveau-Brunswick par rapport aux références nationales et à la garantie.	Une étude de faisabilité a également été menée sur l'inclusion de la thérapie générale au Cancer Treatment Access Repository (CTAR, registre des patients recevant des traitements contre le cancer). La thérapie générale représente une modalité de traitement du cancer qui a des répercussions sur un grand nombre de patients atteints du cancer. Logiquement, la mesure des délais d'attente en thérapie générale et la production de rapports à ce sujet devraient être considérées comme la prochaine étape à suivre.
N.-É.	Améliorer l'accès aux services diagnostiques	Tout dépend de la poursuite ou non des interventions mises à l'essai. Initiative sur la pertinence : une mise en place à grande échelle devrait entraîner une demande plus appropriée, ce qui pourrait avoir une incidence sur les délais d'attente. À l'avenir, pour réduire le temps d'attente dans les régions aux délais particulièrement longs, il pourrait être proposé aux patients qu'ils se déplacent. De façon générale, le projet a amélioré les sources de données sur les délais d'attente, renforçant ainsi la capacité à surveiller et à gérer ces délais.	La Patient Choice Initiative (Initiative du choix du patient) a permis d'obtenir un meilleur aperçu de la volonté des gens à se déplacer. De plus, les résultats du projet pourraient contribuer à appuyer des initiatives futures en matière de Garanties sur les délais d'attente.
N.-É.	Améliorer l'accès aux services chirurgicaux : Portail d'accès aux services orthopédiques pour les patients	D'après l'expérience d'autres administrations dotées de registres de patients similaires, comme le Nouveau-Brunswick ou la Saskatchewan, une réduction des délais d'attente est prévue à long terme.	L'établissement d'un centre provincial d'archives pour les données relatives aux délais d'attente devrait permettre une prise de décision plus éclairée relativement à l'attribution des ressources, une meilleure utilisation et des stratégies provinciales améliorées en matière de temps d'attente.
Î.-P.-É.	Sauver du temps pour sauver des vies : stratégie provinciale pour offrir une garantie sur les délais d'attente pour la radiothérapie.	Les procédures, les pratiques et les outils conçus pour les délais d'attente en radiothérapie pourraient servir à toute l'oncologie médicale ainsi qu'à d'autres domaines du continuum des soins contre le cancer afin de surveiller les périodes d'attente et d'accélérer le temps de transfert des patients, s'il y a lieu.	Le projet a jeté les bases qui pourraient être utilisées en vue d'établir des garanties pour tout le continuum de soins contre le cancer. Par exemple, une garantie de délai d'attente pour l'oncologie médicale pourrait se produire plus efficacement, puisque bon nombre des étapes à franchir ont été déterminées par le projet pilote, ce qui permettrait d'éviter le redoublement d'efforts.
T.N.-O.	Programme de mammographie de la région de la santé et des services sociaux de Hay Rivery	Les Territoires du Nord-Ouest ont aujourd'hui élargi leur programme de mammographie afin qu'y soient admises toutes les femmes de quarante ans et plus. Les frontières géographiques du programme ont également été repoussées afin d'y inclure le secteur sud de la région du Grand lac des Esclaves. Environ quatre cents femmes ont été ajoutées au programme cette année. Si ce dernier continue de recevoir des fonds, le territoire a la	Inconnue pour l'instant.

Province ou territoire	Projet	Répercussion du projet sur les délais d'attente FUTURS	Répercussion du projet sur l'établissement FUTUR des Garanties sur les délais d'attente pour les patients
		capacité d'éliminer les délais d'attente pour le dépistage du cancer du sein dans la portion sud de la région du Grand lac des Esclaves. Le ministre de la Santé a annoncé de nouvelles initiatives visant à réduire les délais d'attente non seulement pour le dépistage du cancer du sein mais également pour des endoscopies – plus précisément les coloscopies et les gastroscopies. Les patients d'autres secteurs du territoire sont actuellement orientés vers Hay River pour ces examens, ce qui diminue le temps d'attente.	
Yn	Déterminer la possibilité d'offrir aux patients un plus vaste éventail de choix de points de service pour ce qui est des services et des procédures en dehors du Yukon	Les protocoles de traitement des cataractes ont considérablement réduit les délais d'attente pour ce problème de santé. Les liens et les protocoles établis pour le recours aux installations de la Colombie-Britannique peuvent toujours être utilisés, au besoin. Un meilleur accès aux renseignements du Yukon sur les délais d'attente et une capacité accrue à en produire des rapports permettront de soutenir une prise de décision plus éclairée et d'améliorer la gestion des délais d'attente.	Le Yukon continuera à surveiller et à gérer les délais d'attente pour tous les services qu'il offre, de manière à réduire ces délais par des moyens qui sont significatifs pour le territoire. À ce moment-ci, il n'est pas prévu que le Yukon établisse des Garanties sur les délais d'attente (sauf pour les mammographies, conformément aux conditions du Fonds en fiducie pour les garanties de délai d'attente pour les patients). Un certain nombre de raisons pratiques, révélées grâce au projet pilote, expliquent cette décision. Les délais d'attente du système feront plutôt l'objet d'une surveillance active et d'une gestion flexible et adaptée, de manière à ce que l'accent soit placé sur les engorgements actuels et à ce que les ressources soient redistribuées selon le contexte.

Annexe J – Guides d’entrevue (projets financés et personnel de Santé Canada)

Évaluation du Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties sur les délais d’attente pour les patients Guide d’entrevue – Projets financés

Services conseils du gouvernement (SCG) a été recruté par Santé Canada afin de mener une évaluation du Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties sur les délais d’attente pour les patients (le Fonds).

Dans le cadre de cette évaluation, SCG réalise des entrevues auprès des intervenants clés du Fonds. L’objectif de ces entrevues est d’obtenir des perspectives éclairées sur la pertinence, le rendement et la rentabilité de l’initiative. Les questions suivantes serviront de guide pour notre entrevue. Dans certains cas, les questions pourraient se révéler non pertinentes à votre situation ou votre expérience particulière. L’entrevue mettra plutôt l’accent sur les questions qui vous concernent le plus.

Contexte

1. Veuillez décrire votre rôle ou votre engagement dans le projet pilote pour les Garanties sur les délais d’attente pour les patients (GDAP).

Pertinence du programme

2. Pour quel besoin votre projet pilote avait-il été conçu au départ? D’après vous, est-il nécessaire de maintenir le projet au-delà de sa phase pilote?
3. Le gouvernement fédéral doit-il investir dans les projets pilotes pour les GDAP et à la réduction des délais d’attente? Veuillez préciser votre réponse.
4. Connaissez-vous d’autres initiatives similaires qui viennent compléter votre projet pilote?
Question supplémentaire :
 - Votre projet pilote empiétait-il sur ces initiatives ou faisait-il double emploi?
 - Une initiative commune a-t-elle été établie?
5. Le projet pilote, ou tout autre projet similaire, aurait-il été entrepris sans le financement offert par le Fonds pour les projets pilotes liés aux GDAP? Dans ce cas, d’autres sources de financement auraient-elles pu être trouvées?

Résultats et incidence

6. À l’aide d’une échelle de cinq points, où 1 signifie « aucunement » et 5, « dans une large mesure », dans quelle mesure le projet pilote a-t-il accru votre compréhension des outils et des démarches nécessaires à l’établissement de GDAP ou à la réduction des délais d’attente pour les patients? Veuillez préciser votre réponse.
Question supplémentaire :
 - Plus précisément, quelle a été l’incidence du projet pilote à cet égard ou que manquait-il au projet pilote pour accroître votre compréhension?
7. À l’aide d’une échelle de cinq points, où 1 signifie « aucunement » et 5, « dans une large mesure », dans quelle mesure y a-t-il eu renforcement de la collaboration et de la mise en commun de pratiques exemplaires entre les provinces et les territoires en vue de faire progresser les GDAP ou de réduire les délais d’attente grâce à votre projet? Veuillez préciser votre réponse.

Questions supplémentaires :

- Quelle sorte de collaboration a été renforcée?
 - Quelles sont les pratiques exemplaires (c.-à-d. des outils, des approches, etc.) qui seront adoptées par votre province ou votre territoire?
 - Quel type de partenariat a été créé?
8. À l'aide d'une échelle de cinq points, où 1 signifie « aucunement » et 5, « dans une large mesure », dans quelle mesure le projet pilote a-t-il accru votre compréhension des questions stratégiques et opérationnelles associées à l'établissement des Garanties sur les délais d'attente pour les patients ou à la réduction des délais d'attente dans votre province? Veuillez préciser votre réponse.

Questions supplémentaires :

- Quelles questions ou quels obstacles ont été cernés sur le plan stratégique?
 - Quelles questions ou quels obstacles ont été cernés sur le plan opérationnel?
 - Des questions ou des obstacles d'ordre législatif ou administratif ont-ils été soulevés?
 - Comment le projet a-t-il surmonté ou abordé ces questions et ces obstacles?
9. Par suite de votre projet, dans quelle mesure le système de soins de santé de votre province ou de votre territoire est-il maintenant mieux placé pour établir des GDAP et pour réduire les délais d'attente?

Questions supplémentaires :

- Les connaissances acquises grâce à votre projet pilote ont-elles influencé les décisions stratégiques, législatives ou opérationnelles qui ont été prises jusqu'à ce jour?
- Votre projet pilote a-t-il permis d'apporter des améliorations à la gestion des délais d'attente?
10. Les connaissances produites par les projets pilotes financés, que ce soit dans votre province ou votre territoire ou ailleurs, ont-elles accru votre compréhension de la façon dont les GDAP s'intègrent le mieux à la réforme globale des soins de santé entreprise dans votre province ou votre territoire?
11. Dans quelle mesure votre projet pilote a-t-il eu une incidence directe sur les délais d'attente?

Questions supplémentaires :

- Des GDAP ont-elles été établies ou modifiées?
 - Les délais d'attente ont-ils été réduits? Si oui, dans quel(s) secteur(s)?
12. Quelles leçons avez-vous tirées de votre projet pilote?
- Questions supplémentaires?**
- Ces leçons ont-elles été documentées?
 - Ont-elles été partagées ou ont-elles fait l'objet de discussions avec d'autres administrations?
13. Quels sont les plans futurs de votre projet pilote?
- Question supplémentaire :**
- Les éléments du projet pilote, en tout ou en partie, seront-ils maintenus?

Rentabilité et gouvernance

14. Les fonds attribués à votre projet ont-ils été dépensés en totalité? Si non, veuillez préciser.
15. Y a-t-il des aspects de votre projet qui auraient pu être réalisés de manière plus rentable?
16. Votre projet a-t-il optimisé les ressources pour les Canadiens?
17. De façon générale, le Fonds pour les projets pilotes liés aux GDAP a-t-il représenté un moyen rentable d'obtenir des résultats?

Questions supplémentaires :

- D'autres mécanismes de financement auraient-ils été plus efficaces?
- Une conception différente du Fonds aurait-elle permis une plus grande efficacité?
- Des éléments du Fonds étaient-ils plus ou moins efficaces que d'autres?
- Le fait de participer à ce Fonds vous a-t-il permis d'utiliser d'autres fonds ou d'autres activités?

18. À l'aide d'une échelle de cinq points, où 1 signifie « aucunement » et 5, « dans une large mesure », dans quelle mesure considérez-vous que le Fonds pour les projets pilotes liés aux GDAP représentait un moyen efficace de soutenir l'établissement de Garanties sur les délais d'attente pour les patients?
19. Les pratiques de gestion du Fonds destiné aux projets pilotes pour les GDAP étaient-elles efficaces?
- Questions supplémentaires :**
- Selon vous, les critères de sélection des projets pilotes étaient-ils équitables?
 - Les fonds ont-ils été remis en temps opportun?
 - Dans quelle mesure les communications et l'échange d'information avec Santé Canada étaient-ils efficaces?
 - Les buts et les objectifs du Fonds étaient-ils clairs? La façon dont les projets pilotes y contribuaient était-elle clairement énoncée?
20. Souhaitez-vous ajouter autre chose?

Nous vous remercions de votre contribution à cette évaluation.

Évaluation du Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties sur les délais d'attente pour les patients

Guide d'entrevue – Personnel de Santé Canada

Services conseils du gouvernement (SCG) a été recruté par Santé Canada afin de mener une évaluation du Fonds pour les projets pilotes liés aux garanties sur les délais d'attente pour les patients (le Fonds).

Le Fonds pour les projets pilotes liés aux GDAP a pour objectif de soutenir les provinces et les territoires dans l'évaluation, l'évolution et l'établissement des GDAP et d'obtenir les meilleurs résultats pour les patients grâce aux moyens suivants :

- cerner et aborder les enjeux stratégiques et opérationnels associés à l'établissement de GDAP;
- permettre la mise à l'essai de nouvelles approches novatrices afin de jeter les bases pour les GDAP (p. ex. l'élaboration de protocoles visant à fournir des options de recours aux patients);
- encourager la collaboration et l'échange de pratiques exemplaires parmi les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Dans le cadre de cette évaluation, SCG réalise des entrevues avec des intervenants clés du Fonds. L'objectif de ces entrevues est d'obtenir des perspectives éclairées sur la pertinence, le rendement et le rapport coût-efficacité de l'initiative. Les questions suivantes serviront de guide pour notre entrevue.

- 1) Veuillez décrire votre rôle, actuel ou passé, dans le Fonds pour les projets pilotes liés aux GDAP.
- 2) Selon vous, la conception et la structure du Fonds pour les projets liés aux GDAP étaient-elles efficaces pour atteindre les objectifs du programme? Quels facteurs ont freiné ou favorisé la satisfaction de ces objectifs?

Questions supplémentaires :

- Selon vous, les critères de sélection des projets pilotes étaient-ils équitables?
- Les fonds ont-ils été remis en temps opportun?
- Les échéances prévues pour l'achèvement des projets étaient-elles adéquates?
- Un accord de contribution représentait-il l'outil de financement le plus approprié?

- 3) À votre avis, les objectifs des projets pilotes s'accordaient-ils aux priorités du ministère et de l'administration fédérale dans son ensemble?
- 4) Le programme a-t-il produit les résultats escomptés?

Questions supplémentaires :

- Les projets ont-ils permis la mise à l'essai d'approches nouvelles, novatrices?
- Y a-t-il eu collaboration et échange de pratiques exemplaires parmi les gouvernements provinciaux et territoriaux?

- 5) La fonction des projets pilotes venait-elle compléter le rôle assumé par les programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux dans ce domaine? De quelle manière les activités des projets pilotes ont-elles été coordonnées avec ces rôles?
- 6) À votre avis, le programme a-t-il optimisé les ressources pour les Canadiennes et les Canadiens?
- 7) Les pratiques de gestion du Fonds pour les projets pilotes liés aux GDAP étaient-elles efficaces?

Questions supplémentaires :

- Des enjeux opérationnels ou de gestion ont-ils été soulevés?
- Quelles étaient les dépenses prévues du Fonds et quelles en ont été les dépenses réelles?
- Des leçons ont-elles été tirées sur le plan de la planification, de la conception et de la prestation du Fonds?

- 8) Y a-t-il quoi que ce soit que vous aimeriez ajouter?