



Santé Health
Canada Canada

Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires

Rapport d'évaluation formative

Présenté à

Santé Canada
Comité ministériel de vérification et d'évaluation

Avril 2006

Canada 

PLAN D'ACTION EN RÉPONSE AU RAPPORT D'ÉVALUATION FORMATIVE DU FONDS POUR L'ADAPTATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Observations de la direction – Le fait d'être soumis à une évaluation formative a été bénéfique pour le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) puisque cela lui a permis de renforcer et d'améliorer sa stratégie de mesure du rendement. Un certain nombre de changements positifs ont déjà été effectués à la suite de cette évaluation. Les responsables du FASSP reconnaissent la possibilité d'améliorer davantage l'intégration de la stratégie de mesure du rendement aux activités de contrôle et d'évaluation en cours.

En ce qui a trait aux délais, l'évaluation permet de relever que trop peu de renseignements sur la mesure du rendement étaient disponibles au moment de la collecte de données (novembre 2004 à juin 2005). À vrai dire, étant donné la planification et les préparatifs nécessaires à la mise en œuvre d'initiatives de cette ampleur, les responsables du FASSP ne sont pas surpris de ces constatations. La qualité et la richesse de l'information fournie se sont toutefois améliorées avec l'avancement des initiatives.

RECOMMANDATION	RÉPONSE	MESURES PRISES ET À PRENDRE	RESPONSABLE	DÉLAI
1. Les responsables du FASSP devraient examiner la stratégie de mesure du rendement et les activités de contrôle, commencer à planifier l'évaluation sommative et s'assurer qu'on recueille les données liées au rendement qui serviront à l'évaluation des résultats et des effets du FASSP.	Les responsables du FASSP accueillent la recommandation.	Les lignes directrices pour la rédaction du rapport final ont été élaborées sur la base du modèle logique. Les responsables du FASSP ont fait part de la nécessité de renforcer le processus d'établissement d'un rapport de mesure du rendement aux bénéficiaires du programme, incluant les provinces et les territoires.	DSSPC	Sept. à déc. 2005
		Des ressources ont été allouées à l'élaboration, en 2005-2006, du cadre d'évaluation sommative – le travail consistera à établir un cadre de référence commun au FASSP et à la DEPM et un plan de travail décrivant la procédure pour l'évaluation sommative de 2006-2007.	DSSPC	Janv. à juin 2006
Plus précisément : a) Les responsables du FASSP devraient mettre sur pied un système permettant de documenter et de contrôler toutes les étapes franchies dans la poursuite de résultats, et d'en rendre compte publiquement.	Les responsables du FASSP accueillent la recommandation.	Le FASSP mesure les progrès réalisés en consultant : <ul style="list-style-type: none"> • les sites Web et les communiqués des administrations à l'intention du public, ce qui comprend les communiqués de presse; • les rapports annuels; • les rapports financiers et les rapports d'étape trimestriels; • les comités organisateurs des initiatives, le groupe consultatif FPT, à l'occasion de leurs réunions. 	DSSPC DSSPC	Permanent Permanent

RECOMMANDATION	RÉPONSE	MESURES PRISES ET À PRENDRE	RESPONSABLE	DÉLAI
		<ul style="list-style-type: none"> • on a fourni des commentaires relatifs au rapport ministériel sur les plans et les priorités; • on a rendu l'échange de renseignements à l'interne plus facile en créant le Groupe de référence ministériel du FASSP en mai 2005 et le réseau ministériel des soins de santé primaires, parrainé par l'Unité des politiques, pour mettre en commun l'information et stimuler la discussion sur les questions liées au renouvellement des soins de santé primaires; • on a distribué des notes d'information; • on a formulé des commentaires sur les rapports des RPM. 		
b) Les activités de contrôle devraient être officiellement intégrées et liées au modèle logique et à la stratégie de mesure du rendement du FASSP.	Le FASSP accueille la recommandation.	En plus d'avoir mis sur pied des banques de données, les responsables du FASSP ont élaboré des lignes directrices sur le rapport final (voir annexe A) ainsi que des questionnaires (voir annexe B) liés à des thèmes de synthèse précis. Ces outils ont été élaborés sur la base du modèle logique. Pour des conseils et des recommandations, veuillez consulter la DEPM.	DSSPC	Permanent
c) Les responsables du FASSP devraient élaborer une stratégie d'évaluation sommative et en faire part aux provinces et aux territoires ainsi qu'aux bénéficiaires du programme, de façon à ce que les données pertinentes sur le rendement soient recueillies en prévision de l'évaluation sommative.	Le FASSP accueille la recommandation.	Le cadre d'évaluation, qui inclut l'évaluation sommative, a été terminé en juin 2004. De plus amples renseignements à propos de la méthode et du calendrier de l'évaluation sommative seront fournis dans le plan de travail. Le FASSP a informé tous les bénéficiaires des renseignements qui doivent être fournis dans le cadre de leurs rapports par l'entremise de documents sur les lignes directrices pour la rédaction du rapport final et de questions de synthèse. Il est possible que d'autres besoins en matière d'information soient déterminés une fois que le cadre de l'évaluation sommative sera terminé. Ces besoins seront abordés en temps et lieu.	DSSPC et DEPM DSSPC	Janv. à juin 2006 Nov. 2005 – permanent

RECOMMANDATION	RÉPONSE	MESURES PRISES ET À PRENDRE	RESPONSABLE	DÉLAI
		On a terminé un plan final de synthèse et de diffusion des renseignements. Les principes de diffusion sont affichés sur le site Web du FASSP. La mise en œuvre du plan de synthèse et de diffusion des renseignements est en cours, et celle-ci comporte entre autre une série de rapports de synthèse et une conférence de clôture, qui se tiendra à Ottawa en février 2007.	DSSPC	Sept. 2005 - Permanent

Leçons tirées

- 1. On devrait déterminer si, dans le cadre de programmes temporaires servant au financement d'autres ordres de gouvernement, les accords de contribution sont le meilleur moyen de virer des fonds.**

Le Ministère est conscient du fait que les accords de contribution ne sont peut-être pas les mécanismes les plus appropriés pour transférer des fonds à d'autres ordres de gouvernement et il a demandé au Conseil du Trésor de mettre en place un nouvel instrument. Des représentants du FASSP font partie du Comité directeur intérimaire sur les subventions et les contributions au Ministère. Une des activités principales en 2005-2006 a été de présenter des suggestions au Conseil du Trésor sur sa nouvelle politique sur les paiements de transfert. La question des mécanismes utilisés pour le financement d'autres ordres de gouvernement a été soulevée, mais on n'est pas parvenu à proposer un nouveau mécanisme. Le programme appuie les efforts continus déployés dans le but de créer un mécanisme approprié.

- 2. Les exigences en matière d'évaluation et de mesure du rendement devraient être officiellement intégrées au plan du programme. Suivre cette recommandation supposerait que, dès la mise en place du programme, les bénéficiaires profitent de la mise en commun des définitions et des indicateurs, des outils de collecte de données, des modèles de rapports et des exigences liées à l'évaluation.**

Les responsables du FASSP sont d'accord. En ce qui a trait à l'évaluation de l'état actuel et futur des soins de santé primaires, le FASSP sera mis à contribution pour le financement d'un processus national dont l'objectif sera la création d'un cadre d'évaluation du renouvellement des soins de santé primaires, d'outils devant servir à orienter la collecte de données et la définition d'indicateurs communs. Ce cadre d'évaluation, ces outils et ces indicateurs n'existaient pas avant la création du FASSP; ils feront partie de l'héritage légué par celui-ci.

3. **Si le concept de viabilité est pertinent dans le cadre d'un programme, il devrait être défini, et ce qu'il suppose pour les bénéficiaires et les autres intervenants du programme devrait être envisagé et faire l'objet de discussions dès la conception du programme. Le fait de définir les concepts dont dépend le succès d'un programme dès sa conception pourrait garantir que les intervenants comprennent bien ce qu'il suppose et améliorer les chances de succès de sa mise en œuvre.**

Les responsables du FASSP sont d'accord et encouragent le Conseil du Trésor à soutenir l'élaboration d'outils, de concepts et de définitions de viabilité à l'échelle du gouvernement puisque cela est toujours une exigence à laquelle on doit satisfaire à l'égard d'un grand nombre de programmes de subventions et de contributions.

**PAGE COUVERTURE DU RAPPORT FINAL AU FASSP
(Toutes les enveloppes)**

Veillez fournir les renseignements qui suivent concernant votre initiative et remplir le formulaire électroniquement.

Nom de l'initiative :	
Nom de l'enveloppe FASSP et de la sous-enveloppe, s'il y a lieu :	
Accord de contribution n°	
Nom de l'organisation responsable (c.-à-d. l'organisation qui a géré l'initiative au nom des partenaires [il s'agit habituellement du signataire de l'accord de contribution]) :	
Montant de la contribution du FASSP :	
Date de la fin de l'initiative :	
Date de remise du rapport :	
Organisations partenaires (c.-à-d. celles qui ont collaboré à l'élaboration et à la mise en œuvre de l'initiative – à l'exclusion des tierces parties embauchées en sous-traitance pour entreprendre le travail ou des organisations qui ont été consultées ou ciblées dans le cadre de l'initiative). Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez fournir la liste complète sur une page à part.	
Nom et coordonnées de la personne qui dirige le projet au sein de l'organisation responsable	
Nom et titre de la personne :	
Organisation :	
Adresse postale :	
Téléphone :	
Télécopieur :	
Courriel :	
Nom et coordonnées de la personne-ressource des Communications (s'il s'agit d'une autre personne que celle qui dirige le projet) :	
Adresse du site Web de l'initiative, ou d'un site Web qui contient des renseignements sur l'initiative :	

LIGNES DIRECTRICES SUR L'ÉTABLISSEMENT DU RAPPORT FINAL AU FASSP

Documents requis

Les responsables de toutes les initiatives doivent fournir les documents suivants :

- page de présentation (pièce jointe A) – afin de fournir les renseignements de base sur votre initiative;
- liste de contrôle (pièce jointe B) – afin d'expliquer comment votre initiative a abordé les objectifs du FASSP;
- rapport final sur les activités et les résultats (pièce jointe C) – afin de fournir un compte rendu de votre initiative.

De plus, on pourrait demander à certains responsables de remplir des questionnaires relatifs à des domaines particuliers, tels que la technologie de l'information ou la prise en charge des maladies chroniques. Santé Canada se servira de cette information pour préparer les rapports de synthèse du FASSP. Des questionnaires se rapportant à votre initiative sont compris dans cette trousse.

Information financière et administrative

Vous enverrez un résumé des renseignements financiers et administratifs portant sur votre initiative sous pli séparé. Entre-temps, veuillez continuer de soumettre vos rapports financiers réguliers.

Exigences en matière de formatage et de livraison

- Veuillez vous appuyer sur les modèles fournis pour chaque document.
- Veuillez utiliser Microsoft Word, WordPerfect ou un autre logiciel de traitement de texte courant pour préparer votre rapport (veuillez **ne pas** soumettre de rapports en format PDF).
- Veuillez envoyer **une copie électronique** de chaque document à l'agent de programme du FASSP qui vous a été désigné.
- Veuillez envoyer cinq copies papier de tous les documents au FASSP à l'adresse suivante avant la date mentionnée dans la lettre de présentation :

Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
1845B, immeuble Jeanne-Mance
IA 1918B
Pré Tunney, Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Si votre rapport final contient des annexes ou des appendices très longs, veuillez communiquer avec votre agent de programme afin de discuter de la remise des copies papier.

Délais

Les délais pour la remise des rapports varient selon la date de fin de l'accord de contribution. Veuillez vous reporter à la lettre de présentation pour connaître la date d'échéance de la remise de la documentation relative à votre initiative. En général, les exigences sont les suivantes :

Date de fin de l'accord de contribution	Exigences relatives au rapport	Date d'échéance
31 mars 2006	décrites ci-dessus	30 juin 2006
Avril 2006 – août 2006	décrites ci-dessus	un mois après la fin de l'accord de contribution
Septembre 2006	voir ci-dessous	voir ci-dessous

Initiatives prenant fin en septembre 2006 seulement

Tel qu'indiqué dans les lignes directrices sur la prorogation du FASSP, les renseignements de fonds relatifs aux initiatives qui ont fait l'objet d'une prorogation doivent être reçus au printemps 2006 afin qu'on puisse résumer les programmes du FASSP et appuyer les activités nationales de diffusion, même si ces dernières pourraient se poursuivre jusqu'au 30 septembre 2006. Les rapports pourront donc être remis en deux étapes comme suit :

- remise d'un rapport final préliminaire **au plus tard le 31 mai 2006**. Vous vous servirez, pour les besoins de ce rapport, des modèles et des questionnaires fournis et vous ferez état des activités et des résultats obtenus jusqu'au 31 mars 2006;
- remise d'un rapport final **le 31 octobre 2006 au plus tard**. Le rapport en question consistera en une version mise à jour de la pièce jointe C (rapport final sur les activités et les résultats), dans laquelle les éléments modifiés ou ajoutés dans le rapport final préliminaire seront clairement indiqués (p. ex. en surbrillance ou en mode « suivi des modifications »). Ce rapport doit être remis dans les formats suivants : une copie électronique dans laquelle les changements apportés à la version du 31 mai 2006 sont mis en évidence; une copie électronique finale; et trois copies papier de chacune de ces deux versions.

Le fait d'échelonner la remise des renseignements favorisera, de façon optimale, la diffusion des résultats du FASSP. Votre collaboration en ce qui a trait à la remise de la documentation dans les délais prescrits est grandement appréciée.

**LISTE DE CONTRÔLE DES OBJECTIFS DU PROGRAMME DU FASSP
(Enveloppe des PT)**

Instructions

- Veuillez inscrire le nom de votre initiative à l'endroit prescrit.
- Pour toutes les initiatives : Veuillez remplir la section A (objectifs communs du FASSP).
- Sections B et C : si votre initiative vise l'un ou l'autre des objectifs de l'enveloppe Autochtones ou de l'enveloppe des CMLO, veuillez remplir les cases appropriées.
- Soyez précis et concis dans votre façon d'expliquer comment les objectifs pertinents ont été abordés dans le cadre de votre initiative. Vous aurez l'occasion de fournir plus de renseignements sur les activités et les résultats au moment de la rédaction de votre rapport.

Nom de l'initiative : _____

SECTION A : OBJECTIFS COMMUNS DU FASSP

Remarque : Ce ne sont pas toutes les initiatives qui abordent les cinq objectifs; certaines d'entre elles n'en abordent qu'un.

Objectif du FASSP	Cochez, le cas échéant	Si l'objectif est applicable, veuillez expliquer comment
Augmenter la proportion de la population qui a accès aux organisations de soins de santé primaires (OSSP) chargées de fournir, de façon planifiée, un ensemble défini de services complets à une population déterminée		[Combien d'OSSP ont été créées? Combien de personnes servent-elles?]
Mettre l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et la prise en charge des maladies chroniques		[Comment a-t-on mis l'accent sur ces éléments?]
Étendre l'accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept aux services essentiels		[Quels sont les services qui sont offerts 24 heures sur 24, sept jours sur sept?]
Constituer des équipes de fournisseurs de soins de santé primaires interdisciplinaires, de façon que les soins les plus appropriés soient dispensés par le fournisseur le plus compétent		[Le nombre d'équipes et la composition de celles-ci]
Faciliter la coordination et l'intégration des différents services de soins de santé, p. ex. au sein des établissements et des collectivités		[Quels sont les liens qui ont été établis avec le reste du système de soins de santé? Comment ces liens ont-ils été créés?]

SECTION B : ENVELOPPE AUTOCHTONE

Objectif lié à l'enveloppe Autochtone	Cochez, le cas échéant	Si l'objectif est applicable, veuillez expliquer comment
Promouvoir des services de soins de santé primaires plus productifs et plus rentables par l'entremise de l'intégration des ressources et des services existants.		
Améliorer la coordination de Santé Canada, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des collectivités et des organisations de santé des Premières nations et des Inuits au chapitre de la prestation des services.		
Faire en sorte que les systèmes de santé fédéral, provinciaux et territoriaux puissent rendre des comptes les uns aux autres, ainsi qu'aux bénéficiaires, en mettant sur pied un réseau pour la diffusion de l'information.		
Améliorer la qualité des services dispensés aux Autochtones, entre autres en les adaptant aux différentes cultures.		
Resserrer les liens entre les services de soins de santé primaires et les services sociaux.		

SECTION C : ENVELOPPE DES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES DE LANGUE OFFICIELLE

Objectif lié à l'enveloppe des CMLO	Cochez, le cas échéant	Si l'objectif est applicable, veuillez expliquer comment
Améliorer la mise en commun de l'information et le réseautage chez les fournisseurs de soins de santé primaires, les gouvernements et les communautés minoritaires de langue officielle.		
Mettre sur pied des activités et des outils de formation destinés aux fournisseurs de soins de santé primaires, dans le but d'améliorer l'efficacité des services dispensés aux communautés minoritaires de langue officielle.		
Augmenter la capacité des fournisseurs à offrir des services de soins de santé primaires aux communautés minoritaires de langue officielle du Canada.		

RAPPORT FINAL AU FASSP SUR LES ACTIVITÉS ET LES RÉSULTATS (Enveloppe des PT)

Instructions générales

- Veuillez utiliser le modèle qui suit pour rédiger votre rapport.
- Veuillez faire en sorte que le rapport soit complet, c.-à-d. que le texte ne renvoie pas à des annexes ou à des pièces jointes au lieu de fournir des réponses complètes, sauf dans le cas où vous désirez donner des détails supplémentaires.
- Veuillez fournir des réponses aussi concises que possible, sans omettre de détails importants.
- Gardez en tête que de précieuses leçons peuvent être tirées des « échecs » autant que des « succès », et indiquez, dans votre rapport, aussi précisément et librement des premiers que des derniers.
- Veuillez mettre l'accent, tout au long de votre rapport, sur la manière dont votre initiative a servi à soutenir le renouvellement des soins de santé primaires, sur la nature adaptative de celle-ci et sur les moyens employés pour maximiser le changement dans le système de soins de santé.
- Veuillez prendre note que les rapports finaux ainsi que les autres ressources pertinentes provenant des initiatives soutenues par le FASSP seront disponibles sur le site Web de Santé Canada.

Modèle de rapport final – Veuillez utiliser les titres de rubriques et les lignes directrices qui suivent pour rédiger votre rapport :

Page de titre

- Nom de l'initiative
- Organisation responsable
- Nom et titre de la personne qui dirige l'initiative au sein de l'organisation responsable
- Auteur du rapport (si ce n'est pas la personne précédente)
- Adresse du site Web de l'initiative, s'il y a lieu
- Date de remise du rapport
- Veuillez reproduire la déclaration ou l'avertissement suivant dans votre rapport :
Le présent projet a été soutenu financièrement par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada. Les points de vue qui y sont exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Table des matières

- Veuillez produire une table des matières comportant les titres de rubriques du présent modèle.

Sommaire exécutif

- Veuillez fournir un sommaire exécutif de votre rapport, en utilisant les mêmes titres de rubriques que pour le rapport.

Contexte de fondement

- Veuillez décrire comment l'initiative est née ainsi que le besoin auquel il était destiné à répondre, en insistant sur le rôle du projet dans le renouvellement des soins de santé primaires et l'appui qu'il a apporté aux changements dans le système de soins de santé.

Buts et objectifs

- Veuillez indiquer les objectifs du programme du FASSP que votre initiative a abordés.
- Veuillez inclure à la fois les objectifs communs (à toutes les initiatives) et les objectifs précis à votre enveloppe du FASSP.
- Veuillez vous reporter à la pièce jointe B pour prendre connaissance des objectifs, et veuillez faire en sorte que votre réponse concorde avec votre rétroaction relative à la pièce B.
- Veuillez décrire les buts et les objectifs précis de votre initiative.
- Si les buts et les activités ont changé au cours de votre initiative, veuillez expliquer comment et pourquoi.

Activités

- Veuillez décrire les activités que vous avez entreprises pour atteindre vos buts et vos objectifs.
- Veuillez mentionner les activités qui s'adressent particulièrement aux Autochtones ou aux communautés minoritaires de langue officielle, s'il y a lieu.
- Veuillez mentionner les obstacles que vous avez dû vaincre et les défis que vous avez dû relever pour que votre initiative réussisse, en mettant en évidence les stratégies de gestion du changement que vous avez utilisées pour ce faire, ainsi que les autres facteurs qui ont contribué à la réussite.
- Veuillez fournir une description de votre plan et de vos activités d'évaluation.
- Veuillez fournir une description de votre plan et de vos activités de diffusion.

Résultats

- Veuillez décrire les résultats de votre initiative, en lien avec les buts et les objectifs visés, en incluant les résultats de vos activités d'évaluation.
- Expliquez comment votre initiative a contribué au renouvellement des soins de santé primaires et à l'adaptation du système de soins de santé.
- Veuillez parler des résultats de votre initiative, tant attendus qu'inattendus, ainsi que du processus et des résultats importants qui en ont découlé.
- Veuillez fournir des résultats chiffrés lorsque c'est possible.
- Veuillez fournir des informations sur les effets des activités de diffusion, si ces effets sont connus.

Effets

- Veuillez expliquer l'importance de l'initiative dans le contexte du renouvellement des soins de santé primaires et de la réforme du système de soins de santé, et expliquez les effets de l'initiative, réels ou éventuels, sur des paramètres autres que ceux définis dans son cadre.
- Veuillez traiter des effets de l'initiative tant sur les politiques que la pratique, le cas échéant.

Viabilité

- Veuillez décrire les stratégies que vous avez élaborées pour assurer la viabilité de votre initiative.
- Expliquez comment la viabilité des résultats de votre initiative sera assurée.

Cas de réussite

- Veuillez fournir une courte description des réussites notables que vous désirez mettre en lumière.

Transférabilité

- Décrivez comment certains des résultats ou des produits découlant de votre initiative peuvent être utiles à d'autres.

THÈMES DE SYNTHÈSE : LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Instructions

- On vous a demandé de remplir le questionnaire parce que votre initiative touchait la prise en charge des maladies chroniques ou la promotion de la santé.
- Veuillez remplir les deux sections, ou une seule, selon le cas. Si votre initiative touchait la gestion de l'information, veuillez aussi remplir le questionnaire à ce sujet.
- Certaines de vos réponses peuvent recouper des parties de votre rapport final au FASSP. N'hésitez pas à renvoyer à votre rapport final au lieu de répondre (veuillez préciser la page à laquelle vous renvoyez).

Section A : Prise en charge des maladies chroniques

1. Votre initiative comporte-t-elle une stratégie générale, qui pourrait être appliquée à différentes maladies chroniques, ou visait-elle certaines maladies en particulier? Dans ce dernier cas, veuillez nommer les maladies en question.

3. Veuillez décrire les objectifs de votre initiative à l'égard de la prise en charge des maladies chroniques, ainsi que les activités que vous avez entreprises en ce sens.
 - Veuillez inclure les efforts déployés pour encourager l'autogestion des clients ou des patients, s'il y a lieu.
 - Veuillez préciser les rôles et responsabilités des personnes travaillant auprès des clients ou des patients.

4. Veuillez décrire les obstacles et les défis (prévus et imprévus) auxquels vous avez dû faire face, ainsi que les activités de gestion du changement que vous avez entreprises en rapport avec ceux-ci. Veuillez mettre en évidence les facteurs qui ont rendu possible l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques.
 - Veuillez décrire les résultats que vous avez obtenus à ce jour (p. ex. le nombre de fournisseurs participant au projet et le nombre de clients ou de patients ayant reçu des services).
 - Comment mesurez-vous les effets de votre initiative de prise en charge des maladies chroniques, et quels effets avez-vous mesurés jusqu'à maintenant? Veuillez fournir, le cas échéant, des renseignements sur :
 - la qualité de vie;
 - le nombre de visites effectuées auprès de spécialistes;
 - les admissions à l'hôpital et la durée des séjours;
 - le degré de satisfaction des clients ou des patients et du fournisseur;
 - les résultats en ce qui a trait à la santé des patients.

Section B : Promotion de la santé [devrait-on nommer cette section « Promotion de la santé et Prévention des maladies et des blessures »? J'ai utilisé « Promotion de la santé » surtout pour faire court, mais si le fait de laisser de côté la partie « Prévention des maladies et des blessures » entraîne une omission, on pourrait envisager de la rétablir.]

1. Est-ce que votre initiative comporte une stratégie générale de promotion de la santé, ou cible-t-elle des problèmes particuliers (comme le fait d'arrêter de fumer)? Dans ce dernier cas, veuillez citer les problèmes en question.
2. Ciblez-vous des clients ou des patients en particulier? Si oui, de quelle manière?
3. Veuillez décrire les objectifs de votre initiative quant à la promotion de la santé, ainsi que les activités que vous avez entreprises en ce sens.
 - Veuillez inclure les efforts déployés pour encourager la participation des clients ou des patients, le cas échéant.
 - Veuillez inclure les efforts déployés pour mettre en application les lignes directrices de prévention qui ont fait l'objet de recommandations (par le groupe de travail canadien sur les services préventifs de santé), le cas échéant.
 - Veuillez préciser les rôles et responsabilités des personnes travaillant auprès des clients ou des patients.
5. Veuillez décrire les obstacles et les défis (prévus et imprévus) auxquels vous avez dû faire face, ainsi que les activités de gestion du changement que vous avez entreprises en rapport avec ceux-ci. Veuillez mettre en évidence les facteurs qui ont contribué au succès des activités de promotion de la santé.
8. Veuillez décrire les résultats que vous avez obtenus à ce jour (p. ex. le nombre de fournisseurs participant à l'initiative et le nombre de clients ou de patients ayant reçu des services).
 - Comment mesurez-vous les effets de votre initiative de promotion de la santé, et quels effets avez-vous mesurés à ce jour? Veuillez inclure, le cas échéant, des renseignements sur :
 - la qualité de vie;
 - les effets sur la santé des clients ou des patients;
 - la proportion des lignes directrices de prévention qui ont été mises en pratique.

THÈME DE SYNTHÈSE : ÉVALUATION

Instructions

- On vous a demandé de remplir le présent questionnaire parce que votre initiative touche le renforcement des moyens d'évaluation des soins de santé primaires.
 - Certaines de vos réponses peuvent recouper des parties de votre rapport final au FASSP. N'hésitez pas à renvoyer à votre rapport final au lieu de répondre (veuillez préciser la page à laquelle vous renvoyez).
1. Veuillez expliquer comment votre initiative a contribué à améliorer les moyens d'évaluation des soins de santé primaires – par exemple, en fournissant des mesures de référence, en définissant des indicateurs, en renforçant la capacité à recueillir des données, etc.
 2. Quels éléments ou caractéristiques des soins de santé primaires avez-vous cherché à mesurer, dans le cadre de votre initiative, et de quelle façon?
 3. Si vous avez mis au point des outils d'évaluation précis, veuillez indiquer :
 - comment vous les avez fait connaître;
 - s'ils ont été utilisés, et, dans ce cas, où et par qui;
 - comment ils ont été intégrés dans les modèles de responsabilité administrative ou comment ils soutiennent des initiatives d'amélioration de la qualité;
 - les difficultés qu'on a éprouvées lors de leur mise en place, ainsi que les stratégies de gestion du changement utilisées pour y faire face.
 4. Veuillez formuler un commentaire relatif à la question sur la collecte de données pour soutenir vos objectifs et vos produits d'évaluation – en d'autres mots, les données sont-elles déjà disponibles? A-t-on besoin de nouvelles méthodes de collecte de données?
 5. Avez-vous conscience de l'existence de résultats importants en ce qui a trait au renouvellement des soins de santé primaires rendus possibles par votre initiative (c.-à-d. des résultats mesurables engendrés par les outils créés dans le cadre de votre initiative)?

THÈME DE SYNTHÈSE : LES ÉQUIPES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Instructions

- On vous a demandé de remplir le présent questionnaire parce que votre initiative touche la création d'équipes de soins de santé primaires (SSP).
- Veuillez remplir la section A, et les sections qui suivent en fonction de vos réponses à la section A.
- Certaines de vos réponses peuvent recouper des parties de votre rapport final au FASSP. N'hésitez pas à renvoyer à votre rapport final au lieu de répondre (veuillez préciser la page à laquelle vous renvoyez).

Section A (toutes les initiatives)

Veuillez indiquer en cochant le type d'équipe de SSP touché par votre initiative (si votre initiative touchait aux deux types, veuillez cocher les deux cases et fournir une réponse pour chacun des deux types) :

- 1 Des équipes de SSP répondant aux besoins généraux de leurs populations cibles. *Veuillez remplir les sections B et C.*
- 2 Des équipes de SSP répondant à des besoins particuliers ou traitant des affections précises (elles peuvent s'occuper, par exemple, de la prise en charge des maladies chroniques). *Veuillez remplir les sections B et D.*

Section B (toutes les initiatives)

- Veuillez décrire les aspects suivants de votre équipe de SSP :
 - direction et reddition de comptes;
 - mécanisme de financement;
 - composition (combien comporte-t-elle de fournisseurs, de quelles professions, etc.);
 - environnement physique (votre équipe est-elle virtuelle, ou est-ce que les membres de votre équipe sont installés au même endroit);
 - mécanismes de rémunération des fournisseurs;
 - palette de services fournis;
 - rôles et responsabilités des fournisseurs, incluant la relation entre les cadres de fonction individuels et les soins dispensés en collaboration;
 - accès (heures d'ouverture, disponibilité en dehors des heures d'ouverture, etc.).
- Comment les groupes de clients ou de patients sont-ils ciblés par les équipes?
- Combien d'équipes ont été créées à ce jour? Veuillez inclure 1) le nombre total d'équipes; 2) pour chacune des équipes, le nombre de clients ou de patients ayant reçu des services; 3) le nombre total de clients ou de patients ayant reçu des services; 4) la distribution géographique des équipes (se trouvent-elles en région rurale ou en région urbaine)?

- Comment vos équipes de SSP favorisent-elles la participation de leurs clients ou de leurs patients, et dans quels buts (p. ex. pour personnaliser les services ou pour faciliter les activités de planification)? Comment la composition de l'équipe (c.-à-d. le nombre de fournisseurs ainsi que les professions auxquelles ils appartiennent) reflète-t-elle les besoins de la collectivité ou des clients ou patients?
- Veuillez décrire les obstacles et les défis (prévus et imprévus) auxquels vous avez dû faire face, ainsi que les activités de gestion du changement qu'on a entreprises en conséquence. Veuillez mettre en évidence les facteurs qui ont aidé les fournisseurs à travailler en équipe.
- Vos équipes de SSP s'occupent-elles de prise en charge des maladies chroniques ou de promotion de la santé? Si oui, veuillez remplir le questionnaire « Prise en charge des maladies chroniques et promotion de la santé ».
- Vos équipes de SSP utilisent-elles des outils de gestion de l'information (p. ex. la télésanté, les logiciels d'aide à la décision et les archives médicales sur support électronique) pour les aider dans leur travail? Si oui, veuillez remplir le questionnaire « Gestion de l'information ».
- Comment vos équipes de SSP soutiennent-elles le contrôle de la qualité ou les initiatives d'amélioration, et comment mesurent-elles leur rendement (quels indicateurs utilisez-vous)?
- Comment mesurez-vous les effets produits par vos équipes de SSP, et quels sont les effets que vous avez mesurés à ce jour? Veuillez fournir, selon le cas, des informations sur :
 - les résultats en matière de santé;
 - le degré de succès obtenu dans la poursuite d'objectifs tels que les taux optimaux d'immunisation, les tests de dépistage, la prise en charge des maladies chroniques, etc.;
 - la rentabilité;
 - le degré de satisfaction des fournisseurs et des clients ou des patients.

Section C (à remplir si vous avez coché la case 1 de la section A)

- Comment vos équipes de SSP déterminent-elles la composition ou les caractéristiques de leurs groupes de clients ou de patients (caractéristiques démographiques, état de santé, etc.)?
- Comment vos équipes de SSP assurent-elles leur intégration et la coordination de leurs services au sein du système de soins de santé (hôpitaux, soins à domicile, spécialistes, etc.) pour leurs clients ou leurs patients?
- Est-ce que vos équipes de SSP tiennent un registre de clients ou de patients souffrant d'affections chroniques? Si non, comment ciblent-elles les clients ou les patients pour des interventions de prise en charge des maladies chroniques?

Section D (à remplir si vous avez coché la case 2 de la section A)

- À quel besoin votre équipe de SSP répond-elle?
- Comment vos équipes de SSP assurent-elles la coordination de leurs services avec les autres composantes du système de soins de santé (hôpitaux, spécialistes, soins à domicile, etc.)? Si le principal fournisseur de SSP d'un client ou d'un patient (il s'agit habituellement du médecin de famille) NE fait PAS partie de l'équipe, veuillez indiquer comment la coordination avec cette personne s'effectue.

THÈME DE SYNTHÈSE : GESTION DE L'INFORMATION

Instructions

- On vous a demandé de remplir le questionnaire parce que votre initiative touchait la gestion de l'information dans le cadre du renouvellement des soins de santé primaires.
- Veuillez répondre le plus brièvement possible tout en fournissant suffisamment de détails.
- Veuillez remplir la section A (toutes les initiatives). Remplissez également la section B si votre initiative comprenait des lignes téléphoniques de conseils.
- Il est possible que certaines réponses aux questions ci-dessous chevauchent les renseignements fournis dans le rapport final au FASSP. Veuillez établir un renvoi à votre rapport final au lieu de répondre de nouveau (veuillez indiquer la page exacte à laquelle se trouve la réponse).

Section A (toutes les initiatives)

1. Veuillez décrire :
 - i. quel type de gestion de l'information touchait votre initiative (p. ex. dossiers médicaux électroniques; télésanté; lignes téléphoniques de conseils) (si plus d'un support informatique était proposé, veuillez les décrire séparément);
 - ii. les services ou les activités soutenus par la gestion de l'information (p. ex. aide à la décision clinique; tenue de dossiers; ordonnances; prescription des examens et réception des résultats);
 - iii. vos objectifs relatifs à l'usage de la gestion de l'information pour soutenir la prestation de SSP. Mettez l'accent sur les façons dont elle soutient les nouvelles activités ou des activités améliorées.
2. Veuillez décrire les obstacles et les défis (prévus et imprévus) auxquels vous avez dû faire face et les activités de gestion du changement que vous avez entreprises afin de les affronter. Veuillez mettre en évidence les facteurs qui ont facilité la mise en œuvre de votre initiative de gestion de l'information.
3. Veuillez décrire les résultats que vous avez obtenus jusqu'à maintenant dans le cadre de ce processus (p. ex. nombre de technologies mises en place et les fournisseurs qui s'en servent).
4. Comment mesurez-vous l'impact de votre usage de la gestion de l'information, et quels effets avez-vous mesurés jusqu'à maintenant? Veuillez inclure les renseignements suivants selon le cas :
 - i. accès;
 - ii. qualité;
 - iii. collaboration entre les fournisseurs;
 - iv. satisfaction du patient ou du client, ainsi que du fournisseur;
 - v. rapport coût-efficacité;

- vi. autonomie en matière de santé;
- vii. suivi des soins;
- viii. intégration aux autres parties du secteur des soins de santé (p. ex. spécialistes, hôpitaux, laboratoires, etc.). En ce qui a trait à ce dernier point, veuillez décrire les considérations liées à l'interopérabilité.

Section B (Seuls les responsables d'initiatives touchant des lignes téléphoniques de conseils doivent remplir la présente section en plus de la section A)

1. Veuillez décrire l'éventail des services fournis par l'entremise de votre ligne téléphonique de conseils.
 - Si votre initiative ne comprend pas la prestation de services directs, veuillez décrire comment vous vous attendez à ce qu'elle fournisse un soutien aux lignes téléphoniques de conseils.
 - Fournissez-vous des services « actifs » (p. ex. appels sortants pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques) en plus de répondre aux appels entrants?
2. Comment votre service téléphonique de conseils se coordonne-t-il au fournisseur principal de soins de santé primaires du client ou du patient (habituellement un médecin de famille)?
3. Veuillez traiter des éléments suivants si vous ne l'avez pas déjà fait dans le cadre de vos réponses à la section A :
 - i. comment votre ligne téléphonique de conseils a-t-elle influé sur l'accès (p. ex. nombre et type de services fournis; comment a-t-on conseillé les clients ou les patients; l'impact prévu sur les autres services tels que l'usage de services d'urgence);
 - ii. rapport coût-efficacité.



Santé
Canada

Health
Canada

FONDS POUR L'ADAPTATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

RAPPORT D'ÉVALUATION FORMATIVE

Septembre 2005



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

Canada 

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les nombreuses personnes, à Santé Canada et à l'extérieur du Ministère, qui ont participé à la présente évaluation. Sans leur collaboration, la présente étude d'évaluation n'aurait pas été possible. Nous aimerions tout particulièrement signaler la contribution des personnes suivantes.

L'ensemble du personnel du FASSP, qui a mis son temps et son expertise à notre disposition tout au long de l'étude. Nous remercions tout particulièrement les personnes suivantes de la Division des soins de santé primaires et continus, Direction générale de la politique de santé, Santé Canada :

- ❑ Nancy Milroy-Swainson, directrice;
- ❑ Cindy Moriarty, gestionnaire;
- ❑ Louise Rosborough, gestionnaire intérimaire;
- ❑ Sandra Tomkins, analyste principale des politiques;
- ❑ Georgia Livadiotakis, analyste des politiques.

Nous remercions également les personnes suivantes de la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère, Direction générale du contrôleur ministériel, Santé Canada :

- ❑ Kevin McKenzie, gestionnaire, Évaluation;
- ❑ Jennifer Cushon, évaluatrice;
- ❑ Diane Spallin, coordonnatrice administrative;
- ❑ Jennifer Taylor, évaluatrice.

Nous tenons aussi à saluer la contribution du Groupe consultatif FPT du FASSP et les parties concernées par les programmes qui ont été interrogées dans le cadre de la présente étude.

Santé Canada a bénéficié de l'aide des entreprises EKOS Research Associates Inc. et Integrity Research Network Inc. aux fins de l'obtention de données.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
SOMMAIRE	iii
INTRODUCTION	1
MÉTHODES	14
CONCLUSIONS	22
IMPACT DU FONDS	38
RECOMMANDATIONS	47
ANNEXE A	49
ANNEXE B	67

SOMMAIRE

CONTEXTE

Le 11 septembre 2000, les premiers ministres se sont mis d'accord sur le fait que des « améliorations aux soins de santé primaires étaient cruciales pour le renouvellement des services de santé ». Ils ont souligné l'importance de former des équipes multidisciplinaires. À la suite de ces engagements, le gouvernement du Canada annonçait, en 2001, la création d'un Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP, le Fonds), et l'investissement de 800 millions de dollars entre les années 2001–2002 et 2006–2007 en vue de soutenir financièrement les activités de transition visant à mettre en oeuvre, partout au Canada, de grandes initiatives durables relatives au renouvellement des soins de santé primaires. Les objectifs du Fonds sont les suivants :

- ❑ accroître le nombre de personnes ayant accès à des organisations de soins de santé primaires qui sont responsables de la prestation planifiée d'un ensemble défini de services complets à une population déterminée;
- ❑ mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, sur la prévention des maladies et des blessures et sur la gestion des maladies chroniques;
- ❑ accroître l'accès aux services essentiels 24 heures sur 24, 7 jours semaine;
- ❑ former des équipes interdisciplinaires de dispensateurs de soins de santé primaires, de sorte que les soins les plus appropriés soient offerts par les professionnels les plus adéquats;
- ❑ faciliter la coordination et l'intégration avec d'autres services de santé.

Le FASSP compte cinq enveloppes de financement : provinciale-territoriale, multigouvernementale, nationale, Autochtones et Communautés minoritaires de langue officielle. L'enveloppe provinciale-territoriale, qui représente la majorité du financement consenti par le FASSP (576 millions de dollars), soutient directement les activités de renouvellement des soins de santé primaires des provinces et des territoires. L'enveloppe multigouvernementale offre aux provinces et aux territoires qui veulent collaborer l'occasion de réaliser des économies d'échelle, d'accroître l'efficacité et de surmonter des obstacles communs au chapitre du renouvellement des soins de santé primaires. L'enveloppe nationale appuie les initiatives qui, à l'échelle nationale, créent les conditions nécessaires à l'avancement des soins de santé primaires et aident à surmonter des obstacles communs ou à combler des lacunes au chapitre du renouvellement des soins de santé primaires. L'enveloppe Autochtones soutient les initiatives qui s'attachent particulièrement au renouvellement des services de soins de santé primaires destinés aux peuples autochtones (Premières nations, Inuits et Métis) et, de façon plus générale, à répondre aux besoins particuliers des

communautés autochtones. Enfin, l'enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle appuie les initiatives qui répondent aux besoins des communautés minoritaires anglophones et francophones au Canada. Toutes les initiatives, quelle que soit l'enveloppe, servent de complément aux activités provinciales et territoriales.

ÉVALUATION DU PROGRAMME

Le Comité ministériel de vérification et d'évaluation de Santé Canada a déterminé que la présente évaluation formative est un projet d'évaluation clé. Par conséquent, c'est la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère qui a géré l'étude d'évaluation, en collaboration avec la direction du FASSP. On a procédé à une évaluation formative du FASSP afin de satisfaire aux exigences de la présentation au Conseil du Trésor de 2001. Elle contribue également à la prise de décisions par la direction du programme, car elle s'assortit de recommandations susceptibles d'être mises en oeuvre au cours de la période qu'il reste au Fonds, et de leçons tirées permettant d'orienter de futurs programmes de Santé Canada qui seraient de nature similaire. Les objectifs de l'évaluation formative sont d'évaluer la conception, la mise en oeuvre, la portée et l'impact cumulatif du FASSP.

Conception et méthodes

Puisque le FASSP évolue au sein d'un environnement dynamique, la présente étude est fondée sur un modèle d'analyse préalable et postérieure dans lequel s'inscrivent les méthodes suivantes :

- ❑ une **analyse de la recherche** ayant pour but d'examiner l'information relative à des programmes semblables de renouvellement des soins de santé primaires et à la gestion du changement dans les systèmes de soins de santé;
- ❑ une **analyse documentaire** qui vise à évaluer l'impact cumulatif du Fonds;
- ❑ la tenue d'**entrevues** auprès de 40 intervenants du programme, y compris des entretiens avec des représentants de Santé Canada, des représentants provinciaux et territoriaux, des promoteurs de projets de chaque enveloppe du FASSP, des promoteurs de projets qui n'ont pas obtenu de financement, des évaluateurs provinciaux et territoriaux, des évaluateurs de projets et des chercheurs et experts dans le domaine des soins de santé primaires;
- ❑ une **comparaison fondée sur une étude des conditions de base**, dans le cadre de laquelle on utilise l'exercice 2001 comme point de référence en vue d'évaluer l'impact cumulatif du programme.

Les méthodes et le modèle utilisés aux fins de la présente étude sont décrits plus en détail dans le cadre d'évaluation du FASSP, qui formule des stratégies d'évaluation et de mesure du rendement du FASSP.

Limites

Même si les auteurs de l'évaluation ont pris toutes les mesures nécessaires pour mener une étude complète et conforme aux exigences méthodologiques, il faut tenir compte des limites suivantes :

- capacité limitée d'assurer le suivi des résultats et de la gestion du rendement;
- mesure dans laquelle il est possible de répondre aux questions de l'évaluation;
- incapacité de formuler, à l'égard des progrès réalisés, des déductions de causalité valides;
- évolution constante de l'environnement dans lequel s'inscrit le FASSP.

CONCLUSIONS

La présente étude d'évaluation a permis de mettre en relief certaines lacunes à l'égard du contexte de mesure du rendement et d'évaluation du programme dans lequel s'inscrit le FASSP. La stratégie de mesure du rendement énoncée dans le cadre d'évaluation du FASSP n'a pas été pleinement mise en oeuvre, de sorte qu'on ne dispose pas de toutes les données nécessaires pour procéder à une évaluation approfondie de la conception, de la mise en oeuvre, de la portée et de l'impact cumulatif du programme. On ne saurait avancer que le FASSP n'a pas eu d'impact jusqu'à maintenant : les données disponibles ne permettent seulement pas d'évaluer pleinement l'efficacité du FASSP. Par conséquent, les conclusions formulées dans le présent rapport sont fondées principalement sur les activités et les extraits du Fonds, et sur les opinions des intervenants du programme.

Conception

La conception et les objectifs du programme du FASSP ont été déterminés à la lumière de consultations officielles menées auprès des provinces et des territoires ainsi que d'un certain nombre d'organismes nationaux et de groupes intéressés. Les objectifs du FASSP, auxquels adhèrent les intervenants du programme, sont conformes à l'orientation des activités de renouvellement des soins de santé primaires partout au Canada, et pour cause : l'adoption d'au moins un des objectifs du FASSP est une condition préalable à l'obtention de financement.

Les auteurs de l'évaluation ont également cherché à déterminer s'il est approprié d'utiliser le Fonds comme mécanisme pour accélérer le renouvellement des soins de santé primaires. En ce qui concerne les mécanismes de financement, des représentants de Santé Canada ont déclaré que la conclusion d'accords de contribution a facilité la reddition de comptes et l'uniformisation des initiatives. Cependant, les représentants PT et les intervenants du programme étaient plus divisés sur cette question, et certains se sont dits préoccupés par le

délai entre l'établissement du Fonds et l'approbation des accords de contribution, par la lourdeur des exigences redditionnelles provinciales, et par la mesure dans laquelle il était possible de faire des progrès en vue de la réalisation des objectifs du Fonds au cours de la période de cinq ans.

Mise en oeuvre

Les questions d'évaluation relatives à la mise en oeuvre du Fonds s'intéressaient à la mesure dans laquelle la mise en oeuvre du Fonds était conforme aux attentes, à la nature du processus d'approbation, à la répartition des ressources, aux obstacles qu'on a dû surmonter au moment de la mise en oeuvre, et à l'étendue des activités de contrôle liées au Fonds.

Les résultats de l'évaluation montrent qu'il y a plusieurs différences entre la conception initiale du FASSP et la mise en oeuvre réelle du Fonds. Toutefois, ces différences sont généralement conformes à l'intention du programme conçu, et reflètent la nature évolutive du Fonds et l'environnement dynamique où s'effectue le renouvellement des soins de santé primaires. À la lumière des entrevues avec les intervenants du programme et de l'analyse documentaire, le principal obstacle à la mise en oeuvre est le délai entre l'établissement du Fonds et le parachèvement des accords de contribution. Les retards à cet égard influent sur la quantité de données disponibles concernant l'impact du FASSP.

L'évaluation révèle que Santé Canada dispose de plusieurs mécanismes permettant de suivre les progrès réalisés par le FASSP, y compris des outils de contrôle d'ensemble, des outils de gestion financière, des outils redditionnels et des outils de clôture de projet.

Portée

Les auteurs de l'évaluation formative ont cherché à déterminer la mesure dans laquelle le FASSP favorisait la collaboration et la communication avec les intervenants du Fonds. L'information dont on disposait au moment de l'analyse documentaire ainsi que celle obtenue à l'occasion des entrevues avec les intervenants montrent qu'on utilise des mécanismes de communication officiels et officieux pour communiquer avec les intervenants du programme, et que ces mécanismes sont perçus comme efficaces.

En ce qui concerne l'établissement de partenariats, les intervenants du programme ont mentionné un certain nombre de facteurs qui ont contribué à l'établissement de partenariats et à la collaboration, y compris l'existence du Fonds, la gamme d'activités visées par le financement, et la collaboration nécessaire à la mise en oeuvre d'initiatives.

Impact du Fonds

Les auteurs de l'évaluation ont cherché à évaluer l'impact cumulatif du FASSP. En raison de la quantité limitée d'informations sur la mesure du rendement accessibles au moment de la collecte de données, les conclusions s'attachent principalement aux activités et aux extraits au lieu de s'intéresser aux issues du Fonds.

Les intervenants du programme estiment que le FASSP a eu un impact positif sur le renouvellement des soins de santé primaires au Canada; de nombreux répondants ont mentionné des exemples où le Fonds a permis d'accélérer des efforts de renouvellement qui existaient déjà et d'en déployer de nouveaux.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes sont fondées sur les conclusions ainsi que sur l'analyse de multiples sources de données obtenues en vue d'aborder les questions de l'évaluation formative liées à la conception, à la mise en oeuvre, à la portée et à l'impact cumulatif du FASSP.

La présente étude d'évaluation révèle qu'il y a des domaines où la communication et la mise en commun de l'information entre les intervenants pourraient être améliorées. On a également cerné des lacunes à l'égard de la gestion du rendement du FASSP. Il n'a pas été possible d'évaluer l'impact du programme, puisque la stratégie de mesure du rendement du FASSP n'a pas été mise en oeuvre. Afin d'améliorer la mesure continue de la communication et du rendement et de veiller à ce que l'information soit recueillie en vue de procéder à l'évaluation sommative, nous formulons les recommandations suivantes.

1. La direction du FASSP devrait examiner sa stratégie de mesure du rendement et ses activités de contrôle, amorcer la planification en vue de l'évaluation sommative, et veiller à ce que l'information sur le rendement soit recueillie en vue de permettre l'évaluation des issues et des résultats du FASSP. Plus précisément :
 - a) Le FASSP devrait se doter d'un système de suivi pour documenter et suivre les issues du FASSP et rendre compte publiquement des progrès réalisés.
 - b) Les activités de contrôle devraient être intégrées officiellement et liées pleinement au modèle logique et à la stratégie de mesure du rendement du FASSP.
 - c) Le FASSP devrait planifier sa stratégie d'évaluation sommative et la communiquer aux provinces, aux territoires et aux initiatives financées par le FASSP afin que l'information pertinente en matière de rendement soit recueillie aux fins de l'évaluation sommative.

2. En vue d'améliorer la communication avec les intervenants, on recommande que la direction du FASSP joue un rôle plus important au chapitre de l'obtention et de la diffusion d'informations et de résultats liés au FASSP afin d'assurer la durabilité des initiatives, d'informer les intervenants des progrès réalisés par le FASSP en temps opportun, et d'améliorer les liens éventuels entre les initiatives.

LEÇONS TIRÉES

L'évaluation formative s'assortissait de deux objectifs : premièrement, formuler, à l'intention de la direction du FASSP, des recommandations susceptibles d'être mises en oeuvre au cours du temps qu'il reste au Fonds. Deuxièmement, l'évaluation visait à extrapoler sur les leçons tirées susceptibles de s'appliquer à de futurs programmes comparables de Santé Canada. Même si les leçons générales tirées (présentées plus bas) découlent des conclusions de l'évaluation du FASSP, on ne s'attend pas à ce que la direction du Fonds y donne suite ou les mette en oeuvre.

À la lumière des conclusions de l'évaluation formative du FASSP, on a cerné les leçons suivantes :

1. Les programmes à durée limitée qui consentent du financement à d'autres ordres de gouvernement devraient chercher à déterminer si le recours à des accords de contribution est un mécanisme approprié pour le transfert de fonds.
2. Les exigences relatives à l'évaluation et à la mesure du rendement devraient être intégrées officiellement à la conception du programme. Cela suppose qu'on met au point des définitions et des indicateurs communs, des outils de collecte de données, des modèles redditionnels et des exigences d'évaluation, et qu'on les présente aux bénéficiaires de financement dès le début de la mise en oeuvre du programme.
3. Si la durabilité est un critère pertinent dans le cadre du programme, il faudrait définir cette notion, et il faudrait, à l'étape de la conception du programme, envisager l'incidence de ce critère sur les bénéficiaires de financement et sur les intervenants du programme, et en faire part aux personnes concernées. En définissant d'entrée de jeu les notions essentielles à la réussite du programme, on arrive à s'entendre sur l'incidence de chaque notion, et à accroître les chances de réussite.

INTRODUCTION

Le présent rapport fait état des conclusions et des recommandations formulées à la suite de l'évaluation formative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP, ou le Fonds). Le rapport, constitué de cinq sections, commence par une introduction qui décrit la notion de soins de santé primaires et le contexte dans lequel s'inscrit le renouvellement des soins de santé primaires au Canada. On procède ensuite à la description du FASSP, en fournissant notamment de l'information sur les objectifs du programme, les enveloppes de financement, le profil des ressources et le modèle logique du programme. La deuxième section du rapport s'attache aux méthodes d'évaluation, et décrit les questions et les enjeux de l'évaluation ainsi que la conception, les méthodes et les limites de l'évaluation. La section suivante, qui comprend le gros du rapport, présente les conclusions de l'étude d'évaluation organisées en fonction des aspects examinés dans le cadre de l'évaluation : conception, mise en oeuvre, portée et impact cumulatif. La quatrième section décrit la situation des soins de santé primaires au Canada aux débuts du Fonds et au moment de la présente étude afin de cerner tout changement à l'égard des soins de santé primaires au Canada. La dernière section s'assortit de recommandations formulées à la lumière de l'évaluation du FASSP.

Le Comité ministériel de vérification et d'évaluation (CMVE) de Santé Canada a déterminé que l'évaluation formative du FASSP était un projet d'évaluation clé pour 2004-2005 : c'est donc la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère qui a été chargée de gérer l'évaluation. Le financement consenti sous le régime du FASSP vise les exercices 2001-2002 à 2005-2006, et certaines initiatives jouiront d'une prolongation de la période de financement, et toucheront des contributions jusqu'en septembre 2006. Les activités du FASSP se poursuivront jusqu'en mars 2007. Vu la période visée par le financement versé sous forme contribution et le temps nécessaire à la mise en oeuvre du programme, l'évaluation formative permet de faire ce qui suit :

- ❑ contribuer à la prise de décisions par la direction du programme en formulant des recommandations susceptibles d'être mises en oeuvre au cours de la période qui reste au Fonds, et veiller à ce qu'on recueille de l'information sur le rendement aux fins de l'évaluation sommative;
- ❑ formuler des recommandations susceptibles d'orienter la conception de programmes de nature similaire par Santé Canada;
- ❑ remplir les engagements pris dans la présentation du FASSP au Conseil du Trésor, y compris l'élaboration d'un cadre d'évaluation (parachevée en juin 2004), la présente évaluation formative (2004-2005) et une évaluation sommative (2006-2007) visant à évaluer l'impact global du Fonds.

RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU CANADA

Définition des soins de santé primaires

La notion de « soins de santé primaires » n'a rien de nouveau : en 1978, dans la *Déclaration d'Alma-Ata* de l'Organisation mondiale de la santé, on décrivait les soins de santé primaires comme faisant partie intégrante du système de soins de santé d'un pays, puisque c'est le premier niveau de contact avec le système de soins de santé, c'est ce qui permet aux soins de santé de s'approcher le plus possible de l'endroit où les gens vivent et travaillent, et c'est le premier élément d'un processus de soins de santé continu¹. Depuis l'époque de la Déclaration, les soins de santé primaires sont devenus un élément central des réformes des systèmes de soins de santé à l'échelle internationale.

Pour comprendre les objectifs du FASSP, il importe d'établir la distinction entre deux notions liées : les soins primaires et les soins de santé primaires. Le terme « soins primaires » désigne le « diagnostic, le traitement et la gestion de problèmes de santé au moyen de services dispensés principalement par des médecins »². Les « soins de santé primaires », quant à eux, « englobent les soins primaires, mais reconnaissent également des facteurs plus généraux qui influent sur la santé, y compris la santé de la population, la prévention des maladies et la promotion de la santé, au moyen de services dispensés par des médecins et par d'autres fournisseurs, bien souvent dans un contexte de médecine de groupe et d'équipes multidisciplinaires et en tiennent compte »³. Autrement dit, les soins de santé primaires désignent une approche en matière de santé et une gamme de services qui transcendent le système de soins de santé classique et qui englobent tous les services contribuant à la santé, comme les services liés au revenu, au logement, à l'éducation et à l'environnement. Les soins primaires correspondent au volet des soins de santé primaires qui s'attache aux services de soins de santé, y compris la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, et le diagnostic et le traitement des maladies et des blessures.

Même si les définitions des soins de santé primaires proposées dans les publications canadiennes ne sont pas uniformes, on peut néanmoins dégager des caractéristiques et des thèmes communs qui sont pertinents au contexte canadien. Le niveau de contact avec le système de soins de santé est un élément commun à de nombreuses définitions des soins de

¹ Organisation mondiale de la santé (1978). *Déclaration d'Alma-Ata*. Extrait le 22 avril 2005. http://www.who.dk/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=French

² Santé Canada (2000). *Opportunities and Potential: A Review of International Literature on Primary Health Care Reform and Models*. Préparé par : John Marriott et Ann L. Mable. Ottawa (Ontario), p. 1.

³ *Ibid.*

santé primaires, y compris celles énoncées par l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan et Santé Canada, qui décrivent les soins de santé primaires comme le premier point de contact des Canadiens avec le système de soins de santé. De plus, une analyse des définitions, des restructurations, des modèles de soins de santé primaires (et de leurs composantes) de partout au Canada fait ressortir les caractéristiques communes suivantes :

- ❑ continuité des services 24 heures sur 24, 7 jours semaine, en personne ou par téléphone;
- ❑ établissement d'équipes de professionnels de la santé vraiment interdisciplinaires qui vont au-delà du médecin de famille et de l'infirmière;
- ❑ possibilité pour le patient de choisir son fournisseur de soins primaires (et, dans certains cas, on s'attend à ce qu'il s'intègre à la liste de clients du fournisseur choisi pour une période minimum);
- ❑ accent sur les activités de promotion du mieux-être et de la santé;
- ❑ financement misant sur des ententes de capitation, des honoraires à l'acte pour les services spécialisés, et les fonds consentis dans le cadre de programmes⁴.

Rapports sur la réforme en santé

Les gouvernements FPT ont déployé des efforts considérables en vue de mener des enquêtes de recherche sur l'état du système de soins de santé du Canada. Les rapports tant nationaux que provinciaux insistent fortement sur le renouvellement des soins de santé primaires dans le cadre de la réforme du système de soins de santé. En 2002, le Rapport Romanow a convenu de l'importance des soins de santé primaires, dont la reconnaissance est presque universelle, et a mis en relief les avantages qu'ils procurent, comme les suivants : une meilleure coordination des soins dispensés par les divers secteurs du système de soins de santé; l'amélioration de la qualité des soins dispensés par des réseaux d'organismes et de fournisseurs de soins de santé investis d'une responsabilité collective à l'égard des soins dispensés aux personnes; et une utilisation plus efficace des ressources en vue de prévenir les maladies et de réserver de coûteux soins hospitaliers aux personnes qui en ont vraiment besoin⁵. De même, les rapports sur les réformes provinciales du système de santé de l'Alberta, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario, du Québec et de la Saskatchewan ont insisté sur le besoin de restructurer la fourniture de soins de santé primaires en vue d'assurer le succès de la mise en oeuvre de la réforme des soins de santé.

⁴ Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (2002). *Romanow and Beyond: A Primer on Health Reform Issues in Canada*. Extrait d'Internet à l'adresse suivante : <http://www.cprn.com/fr/doc.cfm?doc=130>

⁵ Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. Extrait le 20 mai 2005 (pp. 115 à 166) à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/hhr/romanow_f.pdf

- ❑ Le rapport Mazankowski de l'Alberta recommandait que les fournisseurs de soins explorent et adoptent diverses approches à l'égard de l'organisation et de la prestation de services de soins de santé⁶.
- ❑ Le rapport du Nouveau-Brunswick réclame l'établissement de centres de santé communautaires ayant pour mandat de dispenser une gamme de services, et la création d'une Fiche de rendement du système de santé assortie de normes et de mesures du rendement⁷.
- ❑ La Commission Clair du Québec a déterminé que les soins de santé primaires constituent la base du système de soins de santé, et a demandé qu'on établisse des réseaux de soins de santé primaires et des groupes de médecine familiale en vue d'améliorer l'accès à des services de première ligne 24 heures sur 24, 7 jours semaine⁸.
- ❑ La Commission Fyke de la Saskatchewan recommandait qu'on établisse des équipes de services de santé primaires ayant pour mandat de veiller à ce qu'on dispense un service complet, 24 heures sur 24, 7 jours semaine⁹.

Soins de santé primaires et renouvellement du système de santé au Canada

Pour comprendre la réforme des soins de santé et le renouvellement des soins de santé primaires au Canada, il est crucial de comprendre les rôles et responsabilités des ordres de gouvernement fédéral, provinciaux et territoriaux. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de l'administration, du financement et de la prestation des services de soins de santé sur leur territoire respectif. Le gouvernement fédéral est responsable de faire ce qui suit : assurer l'exécution de la *Loi canadienne sur la santé*; contribuer au

⁶ Premiers Advisory Council on Health for Alberta (2001). *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health*. Extrait le 19 mai 2005 (p. 10) à l'adresse suivante : http://www.premiersadvisory.com/pdf/PACH_report_final.pdf

⁷ Gouvernement du Nouveau-Brunswick (2001). *Rapport du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé*. Extrait le 13 janvier 2005 à l'adresse suivante : <http://www.gnb.ca/0051/index-f.asp>

⁸ Gouvernement du Québec (2000). *Rapport et recommandations : solutions émergentes*. Extrait le 19 mai 2005 à l'adresse suivante : <http://www.cessss.gouv.qc.ca>

⁹ Gouvernement de la Saskatchewan (2001). *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*. Extrait le 19 mai 2005 (p. 15) à l'adresse suivante : http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_commission_on_medicare-bw.pdf

financement des services de soins de santé provinciaux et territoriaux au moyen de transferts financiers; dispenser des services de soins de santé à certains groupes (p. ex. Premières nations et Inuits et anciens combattants); et exercer d'autres fonctions liées à la santé, comme exécuter des programmes de santé publique et de protection de la santé et effectuer des recherches en santé¹⁰.

Réunion des premiers ministres (2000)

L'engagement à l'égard de la collaboration, pris sous le régime de l'Entente cadre sur l'union sociale, se poursuit, par l'entremise du mécanisme de réunion des premiers ministres. Le 11 septembre 2000, les premiers ministres se sont entendus sur une vision, un ensemble de principes et un plan d'action pour le renouvellement du système de santé. Dans le plan d'action, on prévoit continuer de faire du renouvellement des soins de santé primaires une priorité, et on précise que l'amélioration des soins de santé primaires est essentielle au renouvellement des services en santé.

En réaction aux engagements pris par les premiers ministres en 2000, le gouvernement du Canada a annoncé, en 2001, la création du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP), investissement de 800 millions de dollars qui sera effectué entre les exercices 2001-2002 et 2006-2007 en vue de soutenir financièrement la mise en oeuvre de grandes initiatives durables relatives au renouvellement des soins de santé primaires partout au Canada.

Réunion des ministres (2003)

L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé réitérait l'engagement FPT à travailler en partenariat au renouvellement des soins de santé. À cette fin, les premiers ministres ont convenu d'accélérer immédiatement la mise en oeuvre des initiatives liées aux soins de santé primaires et de réaliser des progrès annuels considérables afin que les citoyens puissent toujours bénéficier des soins dont ils ont besoin auprès d'organismes ou d'équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires. L'objectif de l'Accord est d'offrir en tout temps, à au moins 50 % des Canadiens, l'accès à un fournisseur de soins de santé primaires approprié d'ici 2011.

¹⁰ Santé Canada (2004). *Health Care*. Extrait le 22 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/index.html>

Réunion des premiers ministres (2004)

Forts de leurs activités antérieures à l'égard du renouvellement, les premiers ministres ont réitéré l'objectif dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé, et se sont entendus pour établir un Réseau des pratiques exemplaires favorisant la mise en commun de l'information et la collaboration. Le principal objectif consiste à veiller à ce que l'accès en temps opportun à des soins de qualité soit une réalité pour les Canadiens. Ces engagements seront soutenus par un financement fédéral supplémentaire.

Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones

En 2004, le gouvernement du Canada annonçait 200 millions de dollars de financement pour la création d'un fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones qui aiderait les gouvernements et les collectivités à trouver de nouveaux moyens d'intégrer et d'adapter les services de santé afin de mieux répondre aux besoins des peuples autochtones.

Conseil canadien de la santé

Le Conseil canadien de la santé, organisme autonome ayant pour mandat d'informer les Canadiens à l'égard de questions touchant les soins de santé, considère également le renouvellement des soins de santé primaires comme une priorité. Dans son rapport pour 2005, le Conseil a insisté sur l'importance des soins de santé primaires, signalant qu'ils constituent la base du système de soins de santé du Canada¹¹. Le Conseil a appuyé les efforts déployés par les gouvernements FPT jusqu'à maintenant, et a formulé une série de recommandations visant à accélérer le changement, y compris les suivantes : adopter des définitions communes; accélérer la mise en place de nouveaux modèles de prestation de services; éliminer les obstacles réglementaires, changer les modèles d'éducation et de formation; accélérer l'introduction de technologies de l'information¹².

¹¹ Conseil canadien de la santé (2005). *Le renouvellement des soins de santé au Canada : accélérer le changement*. Extrait le 21 avril 2005 à l'adresse suivante : http://hcc-ccs.com/report/Annual_Report/Accelerer_le_changement_CCS_2005.pdf

¹² *Ibid.*

FONDS POUR L'ADAPTATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Objectifs du programme

Tel que prévu dans les documents utilisés aux fins de la création du FASSP, à la lumière de consultations tenues auprès de représentants provinciaux et territoriaux, et conformément aux priorités établies par les premiers ministres en 2000 à l'égard du renouvellement des soins de santé primaires, les objectifs communs du FASSP sont les suivants :

- ❑ accroître le nombre de personnes ayant accès à des organisations de soins de santé primaires qui sont responsables de la prestation planifiée d'un ensemble défini de services complets à une population déterminée;
- ❑ mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, sur la prévention des maladies et des blessures et sur la gestion des maladies chroniques;
- ❑ accroître l'accès aux services essentiels 24 heures sur 24, 7 jours semaine;
- ❑ former des équipes interdisciplinaires de fournisseurs de soins de santé primaires, de sorte que les soins les plus appropriés soient offerts par les professionnels les plus appropriés;
- ❑ faciliter la coordination et l'intégration avec d'autres services de santé (c.-à-d. dans les établissements et au sein de la collectivité).

Composantes du Fonds

Le FASSP compte cinq enveloppes de financement : provinciale et territoriale, multigouvernementale, nationale, Autochtones et communautés minoritaires de langue officielle. Les objectifs mentionnés plus haut s'appliquent aux cinq enveloppes de financement. De plus, quatre de ces enveloppes s'assortissent d'objectifs plus précis : multigouvernementale, nationale, Autochtones et communautés minoritaires de langue officielle.

❑ Enveloppe provinciale-territoriale (PT)

L'enveloppe PT vise à aider les provinces et territoires à élargir leurs initiatives relatives aux soins de santé primaires et à en accélérer la mise en oeuvre en fournissant un soutien financier ponctuel pour soutenir le renouvellement systémique des soins de santé primaires. Dans le contexte des objectifs communs, le financement soutient de grandes initiatives de mise en oeuvre qui mèneront à des changements fondamentaux et durables au chapitre de l'organisation, du financement et de la prestation de services de soins de santé primaires dans chaque province et dans chaque territoire.

❑ Enveloppe multigouvernementale (MG)

L'enveloppe MG a pour but de soutenir des initiatives de collaboration entreprises par des PT afin de donner l'occasion aux gouvernements de travailler ensemble au renouvellement des soins de santé primaires. Les objectifs spécifiques de cette enveloppe sont les suivants : réaliser des économies d'échelle, favoriser la mise en commun des leçons tirées, accroître l'efficacité grâce à l'élimination du double emploi et surmonter les obstacles communs au renouvellement des soins de santé primaires.

❑ Enveloppe nationale

L'enveloppe nationale a pour but de soutenir des initiatives d'envergure, d'importance et de pertinence nationales qui appuieront et compléteront les activités de renouvellement des soins de santé primaires financées dans le cadre de l'enveloppe PT. Les objectifs de l'enveloppe nationale sont les suivants :

- accroître la durabilité du système de soins de santé primaires en engageant les intervenants et le public dans un dialogue sur le renouvellement des soins de santé primaires;
- informer le public au sujet du renouvellement des soins de santé primaires;
- optimiser la synergie et miser sur des approches de renouvellement axées sur la collaboration en établissant des tribunes pour la mise en commun de l'information;
- améliorer l'accès à l'information sur les soins de santé primaires à l'échelle nationale, et améliorer la qualité de cette information;
- concevoir des outils pratiques communs permettant de surmonter les obstacles qui surviennent dans le cadre du processus de renouvellement;
- faciliter la collaboration entre les professions liées aux soins de santé primaires;
- faciliter la modification des pratiques des fournisseurs de soins de santé primaires.

L'enveloppe nationale appuie les initiatives s'inscrivant dans trois volets de financement :

- Stratégies nationales : stratégies qui s'appliquent aux initiatives nationales et qui optimisent la synergie et la rentabilité grâce à des approches communes ou collaboratives dans des secteurs clés du renouvellement des soins de santé primaires.
- Outils de transition : ces outils offrent aux fournisseurs, aux planificateurs et aux administrateurs l'occasion de mettre en commun l'information et d'échanger sur leurs expériences en matière de gestion du changement lorsque les efforts de renouvellement sont mis en oeuvre. Le volet qui se consacre aux outils de transition s'assortit d'une composante FPT et d'une composante destinée aux répondants.
- Initiatives nationales : pour les initiatives de renouvellement des soins de santé primaires qui ont une portée ou une pertinence nationale, mais qui ont lieu dans un contexte local ou régional.

❑ Enveloppe Autochtones

L'enveloppe Autochtones soutient des initiatives qui se consacrent au renouvellement des services de soins de santé primaires destinés aux Autochtones (Premières nations, Inuits et Métis), et répond au besoin des peuples autochtones d'avoir accès à des soins de santé primaires intégrés en faisant la promotion de changements importants et durables dans les systèmes de santé FPT qui servent les populations autochtones.

Les objectifs propres à cette enveloppe sont les suivants :

- favoriser une productivité et une rentabilité accrues des services de soins de santé primaires destinés aux Autochtones en intégrant les ressources et services existants;
- améliorer la coordination de la prestation des services de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, des gouvernements provinciaux et territoriaux, des Premières nations et des communautés inuites et des organismes de santé;
- améliorer la capacité des systèmes des provinces et des territoires et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits afin qu'ils puissent se rendre des comptes et rendre compte à leur clientèle grâce à la mise en commun de l'information;
- améliorer la qualité des services de soins de santé primaires dispensés aux peuples autochtones, y compris au chapitre de l'adaptation culturelle des services;
- améliorer les liens entre les services de soins de santé primaires et les services sociaux dispensés aux peuples autochtones.

L'enveloppe Autochtones soutient des initiatives s'inscrivant dans les deux catégories de financement suivantes :

- Renouvellement du système de santé : pour les initiatives d'envergure qui visent non pas à renouveler certains centres, certaines pratiques professionnelles ou certains établissements où l'on dispense des soins, mais bien à renouveler l'ensemble des systèmes de prestation de soins de santé primaires. Lorsqu'on parle d'initiatives d'envergure, cela peut vouloir dire qu'un vaste territoire est touché par l'initiative, mais cela peut également décrire la profondeur du renouvellement.
- Amélioration du système de santé : pour les activités qui ne mènent pas nécessairement à des changements dans l'ensemble d'un système de santé, mais qui améliorent la fourniture de soins de santé primaires d'une façon particulièrement adaptée aux besoins des peuples autochtones.

En 2003, un protocole d'entente conclu par la DSSPC et la DGSPNI a permis d'affecter 15 millions de dollars sur trois ans aux fins de la Stratégie pour les soins infirmiers et de l'Initiative d'intégration des soins de santé. La DGSPNI gère les fonds conformément aux modalités du FASSP et à la Politique sur les paiements de transfert du Conseil du Trésor, et participe à l'évaluation du programme et du cadre redditionnel du Fonds.

❑ Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle (CMLO)

L'enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle vise à financer les initiatives qui soutiennent le renouvellement des soins de santé primaires dispensés aux communautés minoritaires anglophones et francophones de partout au Canada. L'enveloppe des CMLO cherche :

- à améliorer la mise en commun de l'information, le réseautage et la création de liens entre les fournisseurs, les gouvernements et les communautés minoritaires de langue officielle;
- à concevoir des outils et des activités de formation à l'intention des fournisseurs afin d'améliorer l'accès des communautés minoritaires de langue officielle aux services de soins de santé primaires;
- à accroître la capacité des fournisseurs de dispenser des services de soins de santé primaires aux communautés minoritaires de langue officielle de partout au Canada.

L'enveloppe des CMLO soutient deux grandes initiatives : Communautés minoritaires anglophones et Communautés minoritaires francophones. Le Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux et la Société santé en français sont les organismes responsables de ces initiatives.

Gestion du programme

Le FASSP est géré par un secrétariat qui exerce ses activités au sein de la Direction des politiques de soins de santé de la Direction générale de la politique de santé. Au moment de la création du Fonds, 30 millions de dollars de fonds de fonctionnement ont été consentis à la Division des soins de santé primaires, laquelle comptait trois unités :

- une unité du financement qui gérait le processus de contributions (lignes directrices relatives au financement, demandes de propositions, examen des propositions, contrôle des ententes, etc.);
- une unité des politiques qui oriente les décisions en matière de financement dans le cadre du FASSP et qui, à son tour, s'inspire des résultats des initiatives financées par le FASSP dans un contexte stratégique plus large en vue du renouvellement des soins de santé primaires;
- une unité des opérations et de la reddition de comptes responsable de la gestion financière des fonds consentis sous forme de contributions, et de la conception d'outils de reddition de compte, comme le cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) et le cadre de vérification fondé sur les résultats (CVFR).

À la suite d'un remaniement de la Direction, on a déplacé le secrétariat du FASSP à la Division des soins de santé primaires et continus (DSSPC).

Ressources du programme

Conformément au CGRR du FASSP, le Fonds disposait initialement de 800 millions de dollars. Par la suite, il y a eu des changements à l'égard du budget et de l'affectation des ressources. Le tableau 1 présente le budget initial et le budget révisé du FASSP.

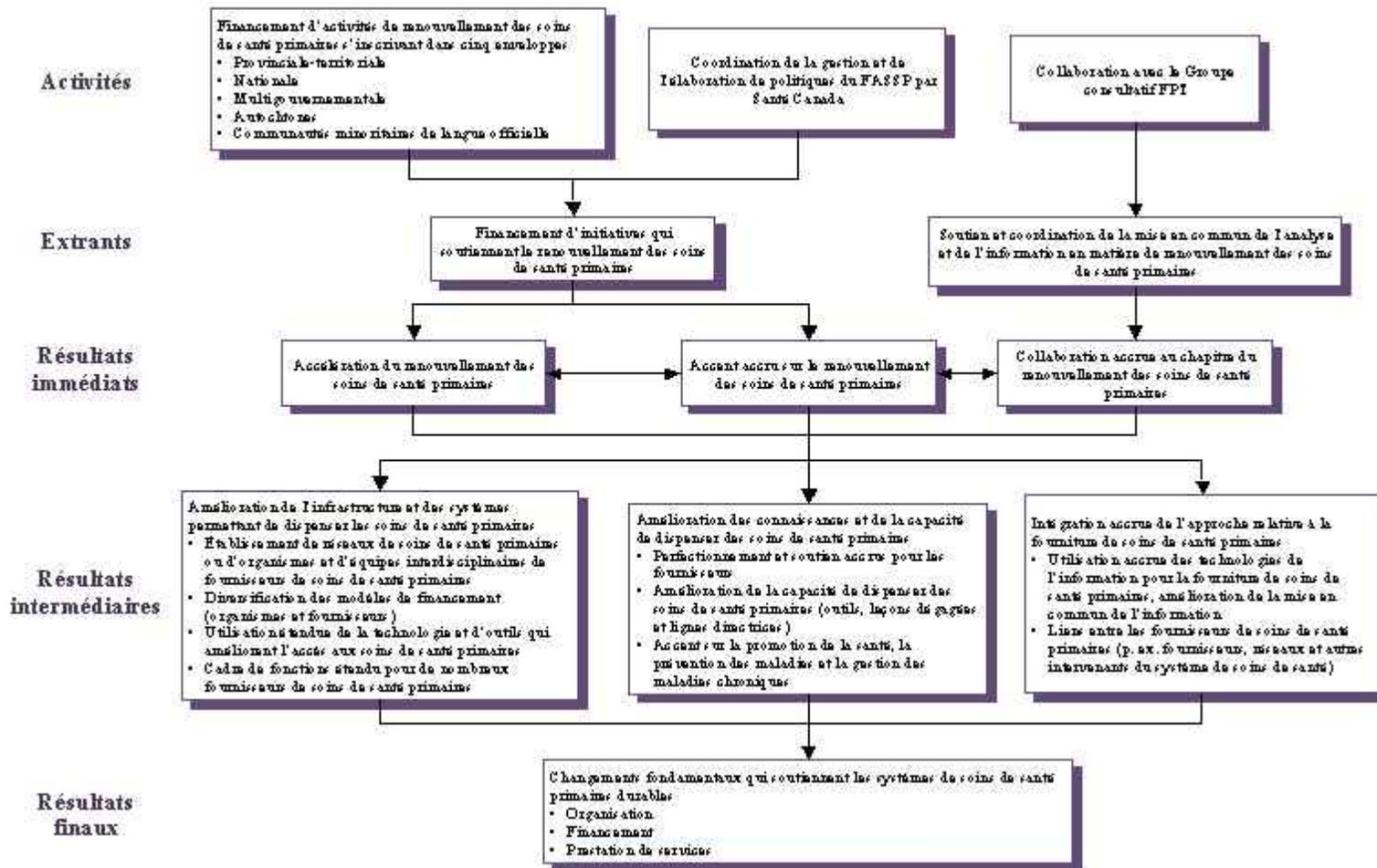
Tableau 1		
Affectation initiale et actuelle des ressources du FASSP (en millions de dollars)		
Enveloppe	Affectation initiale	Affectation réelle
Enveloppe provinciale-territoriale	576	576
Enveloppe multigouvernementale	25	30,2
Enveloppe nationale	50	64
Enveloppe Autochtones	20	34,7
Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle	15	30
Fonds non affectés	84	-
Somme des contributions versées (sous-total)	770	734,9
Budget de fonctionnement (y compris le coût des locaux à TPSGC)	30	29,4
Total	800	764,3
Fonds inutilisés (15,7 M\$ en 2001-2002 et 2,9 M\$ en 2003-2004)		18,6
Réduction ministérielle (16,6 M\$, soit 5,9 M\$ en 2004-2005 et 8,9M \$ en 2005-2006)		31,4
Réorientation de fonds non utilisés (3,9 M\$ en 2002-2003 et 8,7 M\$ en 2003-2004)		12,6
Transfert de crédits des contributions au F et E MJANR 2005-2006		4,78

Modèle logique du FASSP

En 2001, on a élaboré un modèle logique fondé sur le contexte dans lequel s'inscrivait le FASSP à l'époque. En 2004, l'élaboration du cadre d'évaluation du FASSP donnait l'occasion d'examiner et de revoir le modèle logique du programme, à la lumière des renseignements obtenus auprès des diverses sources de données utilisées aux fins de l'orientation du cadre et d'une séance relative au modèle logique avec des participants de la DSSPC et de la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère (DMERM). Le modèle logique remanié du FASSP (figure 1) est un diagramme utilisé pour décrire et présenter les éléments du Fonds et pour orienter la stratégie relative à la mesure du rendement et à l'évaluation formative. En plus de décrire les principales composantes du programme, le modèle logique décrit les liens entre les principales activités, les extrants et les résultats immédiats, intermédiaires et finaux¹³.

¹³ Un texte décrivant le modèle logique du FASSP a également été rédigé, mais il ne figure pas dans le présent rapport.

Modèle logique du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires



MÉTHODES

Nous avons commencé à planifier l'évaluation en juin 2004, après que la direction de la DMERM et du FASSP en a élaboré le mandat; la collecte des données a été effectuée de septembre 2004 à mars 2005; nous avons rédigé le rapport final en mai 2005 et l'avons parachevé en juillet de la même année.

ASPECTS ET QUESTIONS DE L'ÉVALUATION

De portée nationale, l'évaluation se concentrait sur quatre aspects d'évaluation clés : la conception, la mise en oeuvre, la portée et l'impact cumulatif. Les questions posées dans le cadre de l'évaluation formative du FASSP figurent dans le tableau 2.

Tableau 2				
Questions posées dans le cadre de l'évaluation formative du FASSP				
Aspects de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Analyse de la recherche	Analyse documentaire	Entrevues auprès des intervenants
Conception	Dans quelle mesure le FASSP a-t-il permis adéquatement d'accélérer la réforme des soins de santé primaires au Canada?	X	X	X
	Les objectifs du Fonds sont-ils appropriés?	X	X	X
	A-t-on inclus les bons intervenants dans le processus de conception afin d'obtenir une participation et un soutien complets?		X	X
	Quelles sont les forces et les faiblesses du processus de conception?		X	X
Mise en oeuvre	A-t-on mis en oeuvre le FASSP comme voulu?		X	X
	Le processus d'approbation était-il équitable, complet et opportun?		X	X
	Comment les ressources ont-elles été affectées? L'ont-elles été de façon adéquate?		X	X
	À quels obstacles s'est-on buté pendant la mise en oeuvre?		X	X
	Dans quelle mesure le programme a-t-il suivi les progrès du FASSP?		X	X

Tableau 2
Questions posées dans le cadre de l'évaluation formative du FASSP

Aspects de l'évaluation	Questions de l'évaluation	Analyse de la recherche	Analyse documentaire	Entrevues auprès des intervenants
Portée	Quels genres de communication a-t-on établie avec les partenaires et les intervenants?		X	X
	Quelles étaient les conditions requises pour susciter la confiance et garantir le succès des partenariats et des efforts de collaboration (entre les différents ordres de gouvernement et entre les fournisseurs)?		X	X
Impacts	À ce jour, quelles données permettent d'établir que le Fonds aura permis de mettre davantage l'accent sur le renouvellement des soins de santé primaires?	X	X	X
	À ce jour, quels facteurs ont contribué aux efforts de collaboration et aux partenariats?	X	X	X

CONCEPTION DE L'ÉVALUATION

Le contexte dans lequel le FASSP se situe est complexe et présente toute une série de défis à relever en ce qui concerne l'évaluation du programme. Le FASSP est un programme universel non uniforme, c'est-à-dire que, même s'il est uniforme en principe du fait de ses objectifs communs, sa mise en oeuvre varie sensiblement¹⁴. Les PT et d'autres enveloppes sont à différentes étapes du renouvellement des soins de santé primaires et ont mis l'accent sur divers objectifs du FASSP.

Comme dans le cas du FASSP, les programmes universels présentent des défis importants à relever en ce qui concerne l'évaluation du programme, car il n'y a aucune population non servie pouvant servir de groupe témoin¹⁵. Le FASSP fournit des fonds à l'ensemble des PT qui, à leur tour, utilisent le financement pour soutenir la prestation des soins de santé primaires à toute leur population; par conséquent, le recours à un groupe témoin n'est pas possible. En raison de la façon dont le FASSP est conçu, pour évaluer l'impact du programme, on peut comparer uniquement le même groupe ou la même population cible avant et après son exposition au programme. Caractéristique essentielle d'une méthode de recherche fondée sur l'évaluation antérieure et l'évaluation postérieure : on peut comparer la même

¹⁴ *Ibid*, p. 344.

¹⁵ Rossi, Peter H., Howard E. Freeman et Mark W. Lipsey. (1999). *Evaluation: A Systematic Approach* (sixième édition), SGE Publications Inc., p. 263.

population cible à deux moments donnés avant et après l'intervention du programme¹⁶. Cette méthode de recherche fondée sur une évaluation antérieure et une évaluation postérieure représente l'assise des évaluations formatives et sommatives du FASSP.

MÉTHODES DE L'ÉVALUATION FORMATIVE

Comme il est précisé dans le cadre d'évaluation du FASSP, on a établi de multiples sources de données qui devaient former l'assise de l'évaluation formative; en effet, le fait de recueillir des données de nombreuses sources et d'obtenir différents points de vue apporte une meilleure crédibilité aux conclusions.

Analyse de la recherche

Aux fins de l'évaluation, on a consulté divers ouvrages de recherche afin d'analyser les données qu'ils présentent au sujet de cas semblables de programmes de renouvellement des soins de santé primaires et de programmes de gestion du changement dans les soins de santé. En outre, ce volet a permis l'analyse de données secondaires qui ont permis l'évaluation de l'impact cumulatif du programme, l'étude de base servant de point de référence. Pour l'analyse, la stratégie consistait entre autres à consulter les ouvrages universitaires, ceux affichés sur le Web et les données non officielles de gouvernements et d'organismes de recherche à l'aide de recherches par mots clés. Après avoir recueilli l'information, on l'a examinée pour en dégager les thèmes communs et s'en servir comme fondement à l'analyse de la recherche.

Analyse documentaire

On a analysé la documentation de programme afin d'obtenir des renseignements sur le programme évalué et de faciliter l'évaluation de son impact cumulatif. Parmi les documents analysés, mentionnons les suivants : la présentation au Conseil du Trésor sur le FASSP et le CGRR, des documents de politique, des informations en matière de budget et de dépenses, des documents portant sur la responsabilisation, des dossiers administratifs, et des rapports d'étape annuels présentés par les PT et des initiatives financées. On a utilisé un modèle d'analyse documentaire dans le but de faciliter l'extraction et l'organisation des données en fonction des questions de l'évaluation et des indicateurs de rendement.

¹⁶ *Ibid*, p. 267.

Entrevues auprès des intervenants

On a mené des entrevues auprès des intervenants du programme afin d'en évaluer la conception, la mise en oeuvre et la portée. La DSSPC et la DMERM ont dressé une liste complète des intervenants du programme, et on a ensuite appliqué les critères de sélection afin d'établir la liste finale des intervenants à interroger; parmi les critères de sélection, mentionnons le nombre de répondants à interroger selon le type d'intervenant, l'importance d'éviter dans la mesure du possible les chevauchements avec les répondants interrogés au cours de l'élaboration du cadre d'évaluation du FASSP afin de réduire au minimum la fatigue chez les personnes interrogées, et la représentation régionale des répondants.

Avant d'établir le calendrier des entrevues, on a communiqué avec tous les répondants potentiels et on leur a envoyé une lettre de présentation indiquant le but des entrevues et assurant aux candidats qu'on respectera le caractère confidentiel de leurs renseignements conformément aux politiques et aux lois du gouvernement fédéral régissant l'information. Puis, avant l'entrevue, on a fourni aux répondants un exemplaire du guide d'entrevue, qui leur offrait des renseignements de base sur l'évaluation et la liste des questions d'entrevue, dans le but de les aider à se préparer.

Au total, on a mené 40 entrevues auprès des répondants dans un certain nombre de groupes d'intervenants, comme on peut le voir dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3	
Répartition des entrevues menées auprès des intervenants du FASSP	
Catégorie de répondants	Nombre d'entrevues menées
Représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux	8
Représentants de Santé Canada	10
Promoteurs de projets	10
Promoteurs de projets non financés	1
Chercheurs, experts et ONG	5
Évaluateurs de projets et évaluateurs PT	6
Total	40

Menées de novembre 2004 à janvier 2005, les entrevues se sont faites soit en personne soit par téléphone¹⁷. Les entrevues ont duré généralement de 45 minutes à une heure et se sont passées dans la langue officielle de préférence du répondant. Elles ont été enregistrées, et on a rédigé un sommaire détaillé après chacune; puis, ces sommaires ont été présentés au répondant pour validation.

On a analysé les résultats de l'entrevue selon trois facteurs, c'est-à-dire qu'on a déterminé les thèmes et les messages clés de chaque répondant, de chaque catégorie de répondants (c.-à-d. les thèmes et les messages communs chez les répondants de la même catégorie) et parmi les diverses catégories de répondants.

Les entrevues visaient à sonder les perceptions et les opinions des intervenants. Étant donné la nature qualitative des données, il est utile d'utiliser des descripteurs qualitatifs comme « certains » répondants ou « la plupart » des répondants au cours de l'analyse des données et du stade de rédaction du rapport. Il importe de noter que la fermeté de la réponse (c.-à-d. le nombre de répondants qui partagent la même opinion) ne reflète pas nécessairement l'importance du thème ou du message qui s'y rattache. On a utilisé les paramètres suivants en appliquant les descripteurs à l'interprétation des résultats :

Tableau 4	
Descripteurs utilisés pour les entrevues menées auprès des intervenants	
Descripteur	Définition
Certains; quelques-uns	25 % des répondants ou moins (c.-à-d. dix répondants ou moins)
Bon nombre; plusieurs	De 25 % à 75 % des répondants
Presque tous; la plupart	75 % ou plus

Mise à jour de l'étude de base

En 2004, on a terminé l'étude de base dans laquelle on décrit le système de soins de santé primaires au Canada dans chaque province et territoire, de même que les populations cibles financées par le FASSP au début du financement en 2001-2002. L'analyse de la recherche et l'analyse documentaire visaient à dégager des renseignements semblables sur les soins de santé primaires, de sorte qu'on puisse les comparer à l'étude de base.

¹⁷ En raison des compressions budgétaires liées à l'évaluation, les entrevues ont été menées en personne uniquement lorsque la personne interrogée résidait dans la région de la capitale nationale et était disponible pour une entrevue en personne.

Analyse, intégration et rédaction du rapport final

Après avoir déterminé toutes les sources de données, les évaluateurs de la DMERM ont analysé tous les rapports et les ont résumés en vue de rédiger le rapport d'évaluation formative. On a élaboré un modèle de saisie des données afin de faciliter l'extraction et l'organisation des conclusions selon les aspects, les questions et les indicateurs de l'évaluation. Il importe de noter que la phase de collecte des données pour l'analyse documentaire s'est prolongée au-delà des échéances prévues au contrat de sorte que les évaluateurs de la DMERM puissent examiner d'autres données primaires. On a incorporé l'information uniquement s'il le fallait pour bien décrire le FASSP et ses activités, et non pas pour qu'elle soit incorporée à l'analyse des données. Après avoir réparti l'information par catégorie, les évaluateurs en ont effectué une analyse thématique et ont fait part de leurs conclusions fondées sur les questions de l'évaluation.

LIMITES

Analyse documentaire

Il importe de noter que l'analyse documentaire comporte plusieurs limites. Premièrement, en raison de la nature du Fonds (c.-à-d. celle liée à l'utilisation d'ententes de contribution pour le transfert de fonds), on doit procéder à une évaluation afin de garantir l'utilisation judicieuse et équitable des fonds du programme. Toutefois, les relations FPT sont fondées sur la confiance et la coopération, de sorte que les provinces doivent transmettre des renseignements limités sur le rendement directement au gouvernement fédéral. Cette situation pose problème aux évaluateurs qui cherchent des renseignements approfondis sur le Fonds. Les évaluateurs doivent plutôt se fier à des données sur le rendement qui sont accessibles publiquement.

Deuxièmement, la documentation relative au programme n'est pas toujours produite à des fins d'évaluation, de sorte que certains renseignements ne sont pas pertinents à ce chapitre. Plus précisément, certains des renseignements que les bénéficiaires de fonds ont fournis à Santé Canada dans leur rapport d'étape annuel (conformément au modèle de rapport) dans le cadre de l'entente ne pouvaient pas être rendus publics ni par conséquent être inclus dans le rapport d'évaluation.

Troisièmement, l'information dont on disposait n'était pas toujours uniforme ni complète ou ne correspondait pas aux objectifs du programme, de sorte qu'elle rendait difficile l'évaluation de l'impact du programme. En outre, comme les initiatives sont financées à différents moments, lorsqu'on a procédé à la collecte des données, de nombreux projets étaient toujours en cours de planification et de mise en oeuvre et n'offraient donc aucun renseignement sur le rendement, ce qui pose problème pour l'évaluation de l'impact cumulatif du FASSP.

Entrevues menées auprès des intervenants

On doit tenir compte de certaines limites associées aux entrevues. Tout d'abord, malgré nos efforts répétés en vue de communiquer avec les répondants initialement sélectionnés, certains ont refusé de participer et d'autres n'ont tout simplement pas répondu à la demande, ou d'autres encore ont remis constamment leur rendez-vous à plus tard ou ne se sont pas présentés à l'heure de l'entrevue; dans ces cas, on a choisi un remplaçant de façon aléatoire. Par conséquent, on a pu dévier parfois de la perspective initialement visée. Autre limite : plusieurs personnes n'étaient pas en mesure de répondre à toutes les questions. Les dernières limites touchaient les facteurs inhérents aux recherches qualitatives; le nombre de répondants sélectionnés représente seulement en partie les intervenants du FASSP, de sorte que leurs opinions ne reflètent pas nécessairement celles de tous les intervenants. En outre, il importe de noter que bon nombre de répondants travaillent en étroite collaboration avec le FASSP ou ont reçu des fonds de lui; par conséquent, on peut dire qu'ils ont des intérêts directs et ne peuvent donc exprimer des opinions tout à fait impartiales.

Analyse de la recherche et mise à jour de l'étude de base

On doit tenir compte de plusieurs limites importantes associées à l'analyse de la recherche et à la mise à jour de l'étude de base au moment d'examiner l'information. Premièrement, l'analyse de la recherche n'a pas permis d'obtenir beaucoup de renseignements sur les pratiques exemplaires et les leçons dégagées. Deuxièmement, la principale source d'information utilisée pour éclairer cette phase de l'étude était celle accessible publiquement. Cela entraîne plusieurs limites, car elle n'est pas produite explicitement à des fins d'évaluation et ne correspond donc pas toujours aux objectifs du FASSP. Par exemple, on disposait comme principale source d'information pour les données de 2004 de rapports FPT sur des indicateurs de santé comparables, qui utilisaient des renseignements tirés de sources de données nationales fournies par Statistique Canada, Santé Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. Même si ces rapports sont utiles pour décrire les soins de santé primaires au Canada, ils n'offrent aucun renseignement directement lié aux objectifs du FASSP. L'information provenait de multiples sources de données recueillies à différents moments sans qu'on utilise toujours les mêmes techniques de collecte des données et méthodes de rapport. Par exemple, les rapports de 2004 sur les indicateurs de santé comparables ne correspondaient pas aux rapports de 2002 étant donné qu'on a adopté une série commune d'indicateurs de base en 2004 après avoir exclu certains des indicateurs précédents et en avoir ajouté de nouveaux. De plus, on n'a pas utilisé les mêmes méthodes de rapport pour certains indicateurs, car certains rapports sont normalisés en fonction de l'âge tandis que d'autres ne le sont pas. En conséquence, même si on s'est efforcé de recueillir toute l'information pouvant servir à l'évaluation des progrès du FASSP, les renseignements de 2002 et de 2004 ne sont pas toujours comparables d'une année à l'autre et ne devraient donc pas être interprétés de cette manière. Compte tenu de ces limites, l'information est présentée non pas dans le cadre des conclusions, mais plutôt dans l'annexe B du rapport. Cette annexe servira de point de référence et de comparaison à l'évaluation sommative.

Mesure dans laquelle il était possible de répondre aux questions de l'évaluation

Dans le cadre de l'étude d'évaluation, on s'est fondé sur de multiples sources de données pour évaluer de façon équilibrée et globale les différents aspects du FASSP, c'est-à-dire sa conception, sa mise en oeuvre, sa portée et son impact cumulatif. La direction du FASSP a fourni des documents bien organisés et complets qui se sont révélés essentiels à la présente étude, sans compter qu'elle a répondu sans hésiter à toutes les demandes relatives à la collecte des données. Toutefois, en raison de lacunes sur le plan de la gestion du rendement et de son évaluation continue, la mesure dans laquelle on pouvait répondre aux questions de l'évaluation est limitée.

Incapacité de formuler, à l'égard des progrès réalisés, des déductions de causalité valides

Compte tenu de la complexité du renouvellement des soins de santé primaires au Canada et des grands objectifs du FASSP, la méthode de recherche adoptée dans la présente étude était fondée sur une évaluation antérieure et une évaluation postérieure. Toutefois, du fait que la collecte continue de renseignements sur le rendement était limitée, les seules sources d'information dont on disposait au moment de l'évaluation étaient des rapports, accessibles publiquement, sur les soins de santé primaires. L'information utilisée dans le cadre de la présente étude variait d'une région à l'autre du pays et n'était nullement comparable à celle présentée dans l'étude de base, sans compter qu'elle ne correspondait pas directement aux objectifs du FASSP. Résultat : l'évaluation ne peut permettre de déterminer si l'impact ou les progrès sont attribuables à ce fonds.

Évolution constante de l'environnement dans lequel s'inscrit le FASSP

Le FASSP évolue dans un milieu complexe et dynamique, dont il faut tenir compte lorsqu'on évalue l'impact de ce fonds. Le renouvellement des soins de santé touche un large éventail d'intervenants et comporte plusieurs secteurs prioritaires, dont les soins de santé primaires. Depuis la mise en oeuvre du FASSP, les gouvernements FPT ont investi des ressources et déployé des initiatives qui auront sans doute des répercussions sur le milieu dans lequel évoluent ce fonds et les initiatives qu'il finance. Vu l'importance du rayonnement et de la mise en oeuvre des engagements liés à la réforme des soins de santé, on peut difficilement isoler les effets du FASSP de ces facteurs externes; par conséquent, on voit mal comment on pourrait évaluer les progrès de ce fonds sans tenir compte de l'impact d'autres initiatives déployées en parallèle.

CONCLUSIONS

Nous vous présentons ici les conclusions de l'évaluation formative du FASSP réparties par aspect : conception, mise en oeuvre et portée. Comme nous l'avons déjà précisé dans la section sur les méthodes, les conclusions sont fondées sur de multiples sources de données qui ont été résumées afin de former l'assise du présent rapport.

CONCEPTION

L'évaluation formative visait à déterminer si le Fonds a été conçu de façon appropriée. Les questions de l'évaluation portant sur la conception devaient permettre d'explorer le mécanisme du Fonds, ses objectifs, le degré de participation des intervenants, et ses forces et faiblesses.

Le Fonds à titre de mécanisme visant à accélérer le renouvellement des soins de santé primaires

On ne trouve pas assez de renseignements sur le rendement dans l'analyse documentaire et l'analyse de la recherche pour évaluer l'efficacité du Fonds à titre de mécanisme visant à accélérer le renouvellement des soins de santé primaires; en outre, les données obtenues au cours des entrevues menées auprès des intervenants sont partagées et n'offrent que des renseignements non scientifiques sur cette question.

Tous les répondants, à l'exception des évaluateurs provinciaux et des évaluateurs de projets, devaient présenter leur opinion sur la pertinence du Fonds (ententes de contribution) à titre de mécanisme visant à accélérer le renouvellement des SSP. La plupart des représentants de Santé Canada, des promoteurs de projets et des chercheurs ont convenu que le Fonds s'est révélé un mécanisme utile dans le cadre des mesures visant à accélérer le renouvellement des SSP au Canada. Tous les représentants de Santé Canada estimaient que les ententes de contribution étaient un moyen efficace de s'assurer que les initiatives financées font l'objet d'un cadre de responsabilisation et sont conformes aux objectifs du FASSP, même si quelques répondants ont déclaré que le temps que prend le processus d'approbation des ententes de contribution peut nuire à certaines initiatives, qui risquent de ne pas être terminées comme prévu en cinq ans.

Les représentants provinciaux et territoriaux avaient des opinions plus partagées sur la question. Même si certains représentants PT ont déclaré que le Fonds est efficace, la plupart d'entre eux se sont dits préoccupés par le délai de cinq ans et le délai requis pour la conclusion d'ententes de contribution. De l'avis de quelques répondants provinciaux et

territoriaux, le mécanisme des ententes de contribution est difficile à gérer, de sorte qu'un simple transfert financier aurait été plus efficace. Quelques représentants provinciaux et territoriaux ont également exprimé des préoccupations au sujet de la nature transitoire du Fonds (c.-à-d. le calendrier de cinq ans), qui risque de nuire aux mesures visant à attirer des ressources humaines.

Un petit nombre de promoteurs et de chercheurs ont présenté des critiques spécifiques au sujet de la pertinence du Fonds, y compris les suivantes : certaines collectivités risquent d'être exclues du financement en raison de la nature du Fonds, qui est axée sur les propositions; le calendrier prévu risque de rendre difficile la mise en oeuvre de projets durables; enfin, un répondant estimait que Santé Canada n'encourageait pas la créativité ni l'innovation dans le cadre de ce Fonds.

Participation des intervenants

Les conclusions tirées des entrevues menées auprès des intervenants et de l'analyse documentaire révèlent que la consultation des intervenants s'inscrivait dans le cadre du processus de conception du FASSP et a permis d'élaborer les objectifs du Fonds. En entrevue, on a constaté que bon nombre de représentants de Santé Canada et de représentants PT ne pouvaient offrir de commentaires sur l'inclusion des intervenants à l'étape de conception du Fonds parce qu'ils y avaient peu participé. Les représentants de Santé Canada et les représentants PT qui y ont participé ont précisé que l'on a mené de vastes consultations. L'analyse documentaire a également montré qu'on a utilisé plusieurs mécanismes de consultation pour éclairer le processus d'élaboration du FASSP. Au cours de la Conférence annuelle des ministres de la Santé de 2000, on a discuté du document énonçant une vision des soins de santé primaires au Canada (appelé également le document de vision), et les ministres de la Santé ont adopté les visions, les buts, les objectifs et le cadre pour les soins de santé primaires présentés dans ce document; ce dernier s'articule autour de nombreux thèmes qui sont devenus plus tard des objectifs du FASSP. Après cela, on a élaboré un document de travail sur la conception du FASSP, afin de susciter les discussions fédérales-provinciales-territoriales et d'établir un consensus sur les questions touchant spécifiquement le fonds. On a élaboré ce document d'après les résultats de consultations PT, y compris celles visant à négocier certains aspects du Fonds, soit les objectifs, les exigences relatives aux propositions, l'élaboration des propositions et le processus d'approbation, de même que les coûts admissibles et les enveloppes de financement. Enfin, le CGRR du FASSP révèle que le Groupe consultatif FPT sur les soins primaires a éclairé la conception du Fonds.

Les représentants de Santé Canada ont également souligné que les consultations menées auprès des organismes nationaux (p. ex. organismes de soins de santé, organismes de fournisseurs de soins de santé et organismes autochtones) portaient sur les enveloppes nationale, multigouvernementale et Autochtones. L'analyse documentaire a montré qu'on a

également consulté de nombreux groupes autochtones, y compris la DGSPNI, l'Assemblée des Premières nations et diverses ONG autochtones axées sur la santé, les femmes, la toxicomanie et la santé mentale.

Objectifs du Fonds

Dans l'ensemble, les objectifs du FASSP sont corroborés par les données relevées dans les ouvrages de recherche, et les intervenants du programme estiment qu'ils sont pertinents et bien étayés et qu'ils s'appliquent bien au FASSP. Ces objectifs sont conformes aux activités de renouvellement des soins de santé primaires déployées dans les PT et aux principes globaux de la réforme des soins de santé primaires. En ce qui a trait à la pertinence des objectifs, l'analyse de la recherche a révélé que les provinces et les régions régionales de la santé (RRS) ont mis l'accent sur des thèmes liés aux soins de santé primaires qui sont tout à fait conformes aux objectifs du Fonds. Les provinces et les territoires tiennent compte de l'objectif relatif à l'accès dans leurs ouvrages. Les données d'enquête de Kouri et Winquist (2004) ont révélé que les nouvelles initiatives dans le domaine des soins de santé primaires portaient sur les nouvelles méthodes de soins, la priorité croissante accordée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies et des blessures, de même que sur la gestion des maladies chroniques¹⁸. En outre, cette étude a montré que 37 des 45 RRS participaient aux efforts de collaboration intersectorielle, laquelle se traduit par le soutien dans leur administration de l'objectif de l'équipe de soins de santé interdisciplinaire¹⁹. L'analyse de la recherche n'a pas permis de dégager beaucoup de données probantes selon lesquelles les provinces et les territoires soutiendraient l'objectif de coordination et d'intégration. Toutefois, les résultats de Kouri et Winquist révèlent que les initiatives en matière de collaboration intersectorielle devraient favoriser de meilleurs efforts de coordination et d'intégration.

L'analyse documentaire a aussi montré que les objectifs sont fondés sur les résultats de vastes consultations auprès des PT et sur les éléments communs du document de vision et l'entente conclue au cours de la RPM de 2000. De plus, les initiatives PT soutiennent les objectifs du FASSP, selon une analyse des éléments et des thèmes des projets PT. Plus particulièrement, le premier et le deuxième objectifs du Fonds sont de toute évidence les plus soutenus par ces projets. En outre, comme on s'attend à ce que les autres objectifs soient plus longs à élaborer, il faut mettre selon toute logique l'accent sur le premier objectif. Il importe de noter que l'on s'attend à ce que les efforts de renouvellement PT correspondent aux objectifs du FASSP compte tenu du fait que l'on exige de mettre l'accent sur ces objectifs dans le cadre du financement accordé au titre du FASSP.

¹⁸ Kouri, Denise et Brandace Winquist (2004). *Primary Health Care Renewal and Canada's Regional Health Authorities*, Canadian Centre of Analysis and Regionalization and Health. Extrait le 28 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.regionalization.org/Publications/Survey_04_PHC.pdf

¹⁹ *Ibid.*

Forces et faiblesses de la conception

Les répondants ont indiqué, sans que leurs réponses ne soient très différentes selon la catégorie à laquelle ils appartiennent, les forces et les faiblesses de la conception. Parmi les forces cernées par les répondants, mentionnons les suivantes :

- les efforts de communication, de collaboration et de partenariat découlant du Fonds;
- la marge de manœuvre dont disposent les provinces et les territoires et d'autres promoteurs, de sorte qu'ils puissent cerner les objectifs et les priorités à l'intérieur des grands objectifs du Fonds;
- le contrôle effectué au titre du Fonds, que l'on a décrit comme étant clair et proactif;
- le financement consacré au renouvellement des soins de santé primaires;
- certains aspects de l'affectation du Fonds, notamment l'accent sur l'affectation aux provinces et aux territoires;
- l'utilisation d'ententes de contribution, qui permet à SC d'effectuer un suivi des projets et de s'assurer que les fonds sont dépensés conformément aux objectifs du Fonds;
- quelques répondants ont décrit la direction et le personnel de Santé Canada comme une force du Fonds;
- le processus d'évaluation rigoureux s'appliquant aux propositions;
- les économies réalisées grâce à l'enveloppe multigouvernementale. Par exemple, c'est le cas des télé-soins dans la région de l'Atlantique;
- un chercheur ou répondant d'une ONG a cerné le Groupe consultatif FPT comme une force.

Voici les faiblesses cernées par les répondants :

- le calendrier de cinq ans du Fonds, car bon nombre de répondants estiment que ce délai n'est pas suffisant pour leur permettre de terminer leurs travaux (conformément aux objectifs du FASSP);
- le temps entre l'établissement du Fonds et la conclusion des ententes de contribution, surtout dans le cas de l'enveloppe nationale. En raison de ce délai d'attente, certains projets n'ont pas commencé à temps. De plus, un certain nombre de répondants estimaient que le Fonds aurait pu bénéficier d'une orientation nationale en matière d'évaluation au titre de l'enveloppe nationale;
- le volume de travail énorme, compte tenu du calendrier de cinq ans;
- les préoccupations relatives à la viabilité des projets et des initiatives après l'expiration des fonds;
- quelques répondants étaient préoccupés par le calendrier de la Stratégie de sensibilisation aux soins de santé, estimant qu'elle a commencé trop tard au cours de la mise en oeuvre du Fonds;
- un petit nombre de répondants ont cerné le manque de communication entre les promoteurs comme une faiblesse;

- quelques représentants de SC ont évoqué le manque de points centraux ou de stratégies dans certaines enveloppes, notamment l’enveloppe nationale. Par exemple, ces répondants ont déclaré que la plupart des initiatives financées au titre de cette enveloppe ne mettent pas l’accent sur le renouvellement global du système.

Sommaire

On a conçu le FASSP et établi des objectifs d’après les résultats des consultations menées auprès des provinces et des territoires. En outre, on a consulté un certain nombre de groupes autochtones, d’organismes de soins de santé et d’organismes de fournisseurs de soins de santé au moment d’établir les enveloppes nationale, multigouvernementale et Autochtones. Il importe de noter que quelques représentants de Santé Canada estimaient que les consultations auprès des organismes de santé étaient limitées. On estimait que les objectifs du FASSP correspondaient aux activités de renouvellement des soins de santé primaires déployées dans les provinces et les territoires.

Dans la présente section, on a également évalué la pertinence perçue du Fonds à titre de mécanisme visant à accélérer le renouvellement des soins de santé primaires, de même que certaines des forces et faiblesses du Fonds. Presque tous les représentants de SC estimaient que le Fonds est un mécanisme permettant adéquatement d’accélérer le renouvellement. Toutefois, les représentants PT avaient des opinions plus partagées à ce sujet et ont évoqué certaines préoccupations relatives à la durée du processus d’approbation des ententes de contribution et au calendrier de cinq ans. De plus, on a relevé une faiblesse, c’est-à-dire le manque de viabilité des efforts de renouvellement soutenus par le Fonds. Les répondants se sont dits à maintes reprises préoccupés par la nature provisoire du Fonds, thème qui revient dans d’autres sections du présent rapport. En ce qui a trait aux forces, on en a dégagées de nombreuses qui portaient généralement sur la collaboration et le partenariat, la souplesse, le financement proprement dit et les activités spécifiques qu’il permet de soutenir.

MISE EN OEUVRE

L’évaluation formative a permis de déterminer si les objectifs du Fonds sont conformes aux issues voulues. Les questions de l’évaluation abordées dans la présente section étaient les suivantes : mesure dans laquelle le Fonds a été mis en oeuvre comme voulu; nature du processus d’approbation; affectation des ressources; obstacles auxquels on s’est buté pendant la mise en oeuvre; étendue du contrôle du Fonds.

Écarts dans la mise en oeuvre

Les résultats ont révélé plusieurs écarts entre la conception initiale du FASSP et la mise en oeuvre réelle du Fonds; parmi les principaux écarts dans la mise en oeuvre, mentionnons les suivants : modification des modalités du FASSP; mise au point des objectifs des enveloppes ciblées; changements au chapitre de l'affectation et de l'administration des ressources du FASSP; changements à l'égard de la gestion de l'enveloppe des CMLO; modification des initiatives.

En 2001-2002, on a fait des progrès considérables en ce qui a trait à la mise en oeuvre du Fonds, y compris l'élaboration de processus détaillés relatifs à la mise en oeuvre du FASSP et à l'évolution de la nomenclature qui s'y rattache. Afin de tenir compte de la réalité du Fonds après un an d'activité, on a apporté plusieurs modifications aux modalités du FASSP en 2002; parmi ces modifications, mentionnons les suivantes : l'affectation de fonds supplémentaires aux petites administrations; d'autres précisions relatives à l'enveloppe PT; l'admissibilité au financement pour l'élaboration de propositions dans le cas de toutes les enveloppes; une prolongation du calendrier pour l'élaboration du cadre d'évaluation du FASSP; des révisions apportées à la nomenclature du FASSP et à la conceptualisation des enveloppes de financement. Par exemple, on avait initialement prévu un financement réparti selon une formule de 70 % et de 30 % entre l'enveloppe PT et l'enveloppe nationale; toutefois, on a modifié la description du programme afin d'y inclure cinq enveloppes de financement. Tout au long de la mise en oeuvre, on a apporté d'autres changements à la nomenclature du Fonds. Comme on l'a mentionné dans l'introduction, on a précisé davantage les objectifs initiaux des enveloppes ciblées (enveloppe multigouvernementale, enveloppe nationale, enveloppe Autochtones et enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle) après avoir établi la conception initiale du Fonds et les priorités de chaque enveloppe.

Autre écart considérable dans la mise en oeuvre qui s'est manifesté de façon continue : les modifications apportées tant à l'ensemble du budget du FASSP qu'aux enveloppes de financement spécifiques; les modifications de l'ensemble du budget du FASSP ont été effectuées pour plusieurs raisons, entre autres à la suite des changements apportés aux modalités, des fonds non utilisés, des réductions ministérielles et des fonds non affectés; même si on a modifié l'affectation des enveloppes, le peu de documents relatifs au programme auxquels on a pu avoir accès au moment de la collecte des données ne nous a pas permis de trouver d'autres explications à ces modifications que celle selon laquelle on disposait de fonds non affectés au début du programme.

De plus, on a changé le processus d'administration du Fonds. Lorsque le FASSP a été établi, l'unité des politiques mettait l'accent sur ce fonds et les soins de santé primaires. En 2002-2003, un remaniement de la Direction des politiques sur la santé a donné lieu à un accroissement du rôle de la Division, dont on a changé le nom pour Division des soins de santé primaires et continus afin de tenir compte des responsabilités supplémentaires dans le domaine des soins à domicile et des soins continus, de même que des soins palliatifs et des

soins de fin de vie. En outre, on a dissout l'unité des opérations et de la responsabilisation, et certaines fonctions (ainsi que les ressources connexes) ont été centralisées dans le bureau du directeur général.

En général, les répondants (représentants FPT) estimaient qu'il n'y a pas eu trop d'écarts dans la mise en oeuvre du Fonds et que celle-ci correspondait dans l'ensemble aux objectifs et aux plans. Quelques répondants ont parlé d'ajouts ou de changements apportés au Fonds, dont les suivants :

- augmentation de l'enveloppe des CMLO à la suite du « Plan d'action sur les langues officielles » (rapport Dion);
- augmentation du financement au titre de l'enveloppe Autochtones en raison de l'affectation de fonds à la DGSPNI;
- retards dans la mise en oeuvre, considérés par quelques-uns comme un écart. On a également noté ce point dans l'analyse documentaire, et nous l'aborderons dans la section suivante;
- financement supplémentaire affecté aux petites administrations.

Parmi les changements qui se sont produits pendant la mise en oeuvre du Fonds et qui ont été mentionnés au cours des entrevues puis confirmés par l'analyse documentaire, mentionnons celui touchant la gestion de l'enveloppe de financement des CMLO. En juillet 2004, on a élaboré un protocole d'entente afin de transférer l'enveloppe des CMLO au Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) de Santé Canada. On avait décidé de cette réaffectation parce qu'on estimait que les programmes de financement sous forme de contributions aux langues officielles devaient être chapeautés par une seule direction générale dans le but de favoriser une approche coordonnée d'accès aux programmes et de réduire les risques au minimum (p. ex. le risque de financement en double ou de chevauchement des efforts). Le BACLO a été chargé de gérer l'enveloppe des CMLO, y compris les engagements pris et les ententes de contribution signées avant le transfert. Le Bureau gère les fonds conformément aux modalités du FASSP et à la Politique sur les paiements de transfert du Conseil du Trésor, en plus de participer au cadre de rapport du Fonds.

On a également modifié la mise en oeuvre de certaines initiatives du FASSP. Par exemple, l'analyse documentaire a révélé que la Stratégie nationale d'évaluation (SNE), financée au titre de l'enveloppe nationale, a fait l'objet de plusieurs changements depuis l'établissement du Fonds. Cette stratégie est axée sur la création de renseignements, de données probantes et d'outils visant à soutenir la réforme des soins de santé primaires. Initialement, l'ICIS et le Conseil sur la qualité des soins de santé étaient chargés d'élaborer une proposition pour la Stratégie nationale d'évaluation, proposition qui n'a toutefois pas abouti. Selon l'analyse documentaire, les raisons de cet arrêt étaient les suivantes : la diminution de la participation du Conseil sur la qualité des soins de santé; les préoccupations au sujet de la faisabilité compte tenu du temps dont on disposait; les préoccupations des représentants FPT, qui se demandaient si la proposition préliminaire répondait aux besoins PT; la réduction du

financement du Fonds. L'approche et les objectifs initiaux de la SNE sont demeurés les mêmes, même si on a dû revoir la manière dont on les appliquera en raison du fait qu'on disposait de moins de fonds et de temps. Au moment de la collecte des données, on avait lancé deux projets visant à créer des indicateurs en matière de soins de santé primaires et une trousse d'évaluation dans ce domaine.

Obstacles à la mise en oeuvre

D'après les résultats de l'analyse documentaire et des entrevues menées auprès des intervenants, on a déterminé que le principal obstacle à la mise en oeuvre était le temps qu'il fallait compter entre l'établissement du Fonds et la signature des ententes de contribution; même si l'évaluation n'a pas permis de connaître la cause, on a constaté que la période entre la réception de la proposition et l'annonce du financement variait considérablement d'une administration ou d'une initiative à une autre. Selon l'analyse documentaire, parmi les principaux obstacles à la mise en oeuvre de l'initiative, on retrouve un délai de plusieurs mois pour l'approbation et l'affectation des fonds destinés aux projets au titre des enveloppes nationale, multigouvernementale, Autochtones et celle des CMLO. D'après les rapports d'étape annuels, la longueur de ce délai a donné lieu à un resserrement des échéanciers et à un accroissement des défis à relever dans le cadre des initiatives. Par exemple, on a dû éliminer des activités prévues pour certains projets et augmenter les charges de travail pour compenser le temps perdu.

Pour ce qui est des projets, l'analyse documentaire a révélé que l'obstacle à la mise en oeuvre le plus fréquemment mentionné est l'hésitation des médecins à participer aux nouveaux modèles de soins de santé primaires. Dans le cas de nombreux projets, on a également souligné que des problèmes liés aux ressources humaines font également partie des obstacles à la mise en oeuvre des projets, par exemple le fait que les processus d'embauche prennent plus de temps que prévu et le roulement du personnel. En ce qui a trait aux projets déployés dans le Nord et dans les régions éloignées, on a souvent fait état des difficultés à trouver des candidats qualifiés pour combler les postes vacants.

Affectation des ressources

Le Fonds s'élevait initialement à 800 millions de dollars au total; toutefois, on a révisé le budget depuis en raison des changements apportés aux modalités du FASSP, des fonds non affectés (ces changements n'ont pas eu de répercussions sur le budget total) de même que des fonds non utilisés et des réductions ministérielles, ce qui a modifié le budget global. En ce qui concerne les affectations réelles du FASSP, les fonds dans les enveloppes ont été répartis comme suit :

- enveloppe provinciale-territoriale : 13 ententes de contribution signées – enveloppe complète;
- enveloppe multigouvernementale : cinq ententes de contribution signées – enveloppe complète;

- enveloppe nationale : 15 ententes de contribution signées;
- enveloppe Autochtones : six ententes de contribution et un protocole d'entente avec la DGSPNI signés – enveloppe complète;
- enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle : une entente de contribution signée et un certain nombre de propositions en cours de négociation pour les deux composantes.

Veillez consulter l'annexe A pour obtenir une liste détaillée des initiatives, des affectations et des partenaires au titre du FASSP.

Processus d'approbation

D'après l'information obtenue, le processus d'approbation du financement du FASSP est passé par différentes étapes et variait selon l'enveloppe de financement. En ce qui a trait au processus d'élaboration des propositions, le FASSP offrait un financement à ce titre aux PT et à certains autres intervenants afin de les aider à élaborer de bonnes propositions. De plus, le processus des lettres d'intention utilisé pour les enveloppes nationale et Autochtones a permis à la direction du Fonds d'examiner les idées, de cerner les lacunes risquant de se présenter et de déterminer les secteurs potentiels de collaboration.

Dans le cas des propositions provinciales-territoriales, on a négocié les propositions sur le plan bilatéral avec chaque administration. En ce qui concerne l'examen, au moins trois personnes examinaient chaque proposition, et on a invité des membres du personnel de Santé Canada à examiner les propositions correspondant à leur domaine d'expertise. Les propositions multigouvernementales ont été examinées par l'agent de projet, les analystes régionaux et d'autres employés de Santé Canada. Dans certains cas, selon le contenu de la proposition, on a demandé à des examinateurs à l'extérieur de la Division de participer. Les lettres d'intention relatives à l'enveloppe nationale ont été regroupées par thème, puis des représentants de Santé Canada possédant de l'expertise dans le domaine les ont examinées. On a ensuite envoyé des demandes de propositions aux parties jugées concernées par l'entremise du processus des lettres d'intention. Des membres du personnel de Santé Canada ont ensuite examiné les propositions selon leur domaine d'expertise. Les lettres d'intention portant sur l'enveloppe Autochtones ont été examinées uniquement par le personnel du FASSP, étant donné que Santé Canada (DGSPNI) avait reçu l'autorisation de présenter une demande de financement au titre de cette enveloppe. Des Autochtones possédant de l'expertise dans le domaine de la prestation des services de santé, des analystes régionaux, des employés de Santé Canada dotés de l'expertise requise et des agents de programme ont également examiné ces propositions. En ce qui a trait à l'enveloppe des CMLO, les propositions ont été examinées par des membres compétents du personnel de Santé Canada.

Avant d'approuver le financement des initiatives au titre du FASSP, on les a toutes évaluées en fonction d'une série de critères qui comprenait les suivants : contexte; financement; buts et objectifs; respect des objectifs du FASSP; indicateurs de progrès; nature transitoire; budget

global pour chaque exercice et budget détaillé pour le premier exercice, et sa faisabilité; viabilité; recommandations. Après que les représentants de Santé Canada ont examiné les propositions d'après les critères établis, on a présenté une rétroaction à chacune des PT ou aux responsables de chaque initiative avant d'apporter les corrections nécessaires. On a acheminé la version finale des propositions au cabinet du Ministre pour approbation, puis on a annoncé le financement conjoint. Une fois que le financement a été approuvé, l'agent de programme responsable du dossier a avisé le bénéficiaire, et on a rédigé une entente de contribution.

On a demandé aux représentants provinciaux et territoriaux de fournir des commentaires au sujet du processus d'approbation utilisé dans leur administration. Selon les réponses, le processus d'approbation variait d'une administration à une autre. Presque tous les répondants estimaient que ce processus était complet et équitable, même si on a fait état de préoccupations au sujet de son manque de rapidité; bon nombre de répondants estimaient que le processus était trop long et retardait les initiatives. On tardait également à obtenir l'approbation de Santé Canada et celle des provinces et des territoires.

Surveillance du rendement

L'analyse documentaire et les entrevues ont révélé que Santé Canada dispose de plusieurs mécanismes permettant de suivre les progrès du FASSP, dont des rapports financiers trimestriels, des rapports d'étape annuels, des évaluations annuelles des risques, des visites sur place et des réunions FPT. En outre, les agents de programme communiquent régulièrement avec les responsables des initiatives financées et suivent les progrès de leurs activités. Ces mécanismes de rapport sont nécessaires pour que le gouvernement fédéral puisse évaluer les progrès, suivre la mise en oeuvre des initiatives et soutenir les activités globales de planification financière du FASSP et de rapport sur le rendement. Actuellement, l'information sur le rendement obtenue grâce à ces activités de surveillance est limitée, surtout en raison de la longueur du délai requis pour l'établissement des ententes de contribution, ce qui a retardé la mise en oeuvre des initiatives.

Les rapports d'étape ont révélé que les écarts en matière de rapports représentaient un obstacle à la surveillance. On a élaboré un modèle de rapport d'étape, mais ce n'est pas pour tous les projets qu'on l'a bien suivi. Par exemple, même si un large éventail d'initiatives sont financées, les PT et les responsables des initiatives financées doivent rendre compte de la manière dont leur initiative (financement du FASSP) soutient la réalisation des objectifs communs du Fonds. Toutefois, très peu de rapports annuels fournissent ce genre de renseignements, et on se penchera plus à fond sur ce problème ci-dessous.

Selon l'analyse documentaire, la surveillance du FASSP se fait conformément aux lignes directrices établies par Santé Canada, qui sont précisées dans le document portant sur les lignes directrices relatives à la surveillance des programmes. La surveillance des ententes de

contribution incombe à l'agent de programme, qui suit les conseils du coordonnateur ou du gestionnaire de programme. Les agents de programme suivent les progrès du bénéficiaire en ce qui a trait aux activités, aux issues et aux extrants clairement définis dans le plan de travail du bénéficiaire.

L'examen documentaire a également montré que les soumissions budgétaires doivent être présentées annuellement à Santé Canada, ou bien lorsque l'affectation des fonds a été modifiée. En plus de présenter des rapports continus, chaque PT et bénéficiaire de financement doit évaluer la mise en oeuvre et l'impact du projet dans le contexte des cinq objectifs et soumettre un rapport sur ces activités d'évaluation avant juin 2006.

Les agents de programme disposent d'un certain nombre d'outils de surveillance leur permettant de vérifier la conformité avec les modalités des programmes et les modalités financières. Parmi les différentes catégories d'outils, mentionnons les suivantes :

- outils de surveillance globale (c.-à-d. gestion de fichiers; liste de surveillance des projets; compte rendu des conversations; formulaire de rapport des visites sur place; guide d'évaluation des projets et des niveaux de participation);
- outils de gestion financière (p. ex. formulaire et guide pour les rapports trimestriels sur les prévisions des mouvements de trésorerie et les relevés des dépenses; liste de contrôle pour les rapports trimestriels sur les mouvements de trésorerie);
- outils de rapport (c.-à-d. lignes directrices sur les rapports d'étape annuels; liste de contrôle pour les rapports d'étape annuels);
- outils de clôture des projets (c.-à-d. liste de contrôle pour la clôture des projets; communications relatives à la clôture des projets).

De plus, Santé Canada a élaboré des lignes directrices et des cadres de travail relatifs à l'évaluation des risques et aux vérifications des bénéficiaires de contributions consenties sous le régime du Fonds.

Les entrevues menées auprès des représentants provinciaux et territoriaux, des promoteurs de projets et des évaluateurs révèlent que la plupart des provinces, des territoires et des projets mesurent leur rendement et assurent le suivi des progrès réalisés au moyen d'une combinaison d'exigences redditionnelles de SC et de leurs propres outils d'évaluation ou de mesures du rendement. On a déclaré qu'un grand nombre de provinces et de territoires sont dotés de cadres d'évaluation et effectuent des évaluations sur leur territoire. Toutefois, le degré et le type de contrôle varient d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Les représentants de Santé Canada ont révélé que les extrants des processus de contrôle de Santé Canada ont été utilisés en vue de produire des comptes rendus pour les premiers ministres, à des fins de reddition de comptes, et pour veiller à ce que le Ministère soit informé. Toutefois, on ne saurait décrire clairement en quoi ces processus de contrôle sont liés à la gestion du rendement du Fonds.

Résumé

La mise en oeuvre a dévié quelque peu après la conception initiale du Fonds; on a notamment apporté des modifications aux modalités d'origine, aux protocoles d'entente conclus avec le BACLO et la DGSPNI, on a amélioré les objectifs de certaines enveloppes, et on a remanié le budget du Fonds et de certaines enveloppes. Cependant, ces changements sont généralement conformes à l'intention initiale du programme, telle que décrite dans les documents utilisés pour justifier la création du Fonds. Les modifications mentionnées reflètent plutôt la nature évolutive du Fonds ainsi que l'environnement dynamique dans lequel s'inscrit le renouvellement des soins de santé primaires.

Le principal obstacle mentionné au chapitre de la mise en oeuvre concerne la longueur du délai entre la présentation de la proposition et la réception du financement (le temps exigé pour conclure les ententes de contribution). En raison de la durée de cette période, de nombreuses initiatives ont dû composer avec un échéancier plus serré, ce qui a miné la durabilité de certaines initiatives.

L'analyse documentaire et les entrevues auprès des intervenants ont permis de constater que le FASSP était doté de plusieurs mécanismes de suivi du rendement du Fonds et des initiatives financées. Toutefois, la qualité de l'information recueillie grâce à ces processus est variable, et ne satisfait pas aux exigences redditionnelles initiales. Les rapports d'étape, qui constituent la principale source d'information sur le contrôle du rendement, ne contenaient généralement pas de renseignements directement liés aux progrès réalisés au chapitre des objectifs et des issues du FASSP. De plus, l'utilité de l'information recueillie grâce à ces processus redditionnels n'était pas claire, et n'a pas été liée à la gestion du rendement du FASSP.

PORTÉE

En ce qui concerne la portée, les auteurs de la présente évaluation formative ont cherché à déterminer la mesure dans laquelle le FASSP favorisait la collaboration et la communication avec les intervenants du Fonds. On a examiné la nature et l'étendue de la communication et de la collaboration, y compris les mécanismes et les conditions qui ont favorisé l'interaction.

Mécanismes de communication et de collaboration

L'information obtenue dans le cadre de l'analyse documentaire et des entrevues menées auprès des intervenants montre qu'on mise sur des mécanismes de communication formels et informels en vue de communiquer avec les intervenants du programme. Tous les répondants provinciaux et territoriaux ainsi que quelques évaluateurs et promoteurs de projets considèrent le Groupe consultatif FPT sur les soins de santé primaires (SSP) comme le principal mécanisme de communication de SC. Le GC FPT sur les SSP a été établi en 2000 à titre de

tribune de collaboration pour la négociation de certains aspects liés à la conception du Fonds, et pour favoriser une collaboration continue au chapitre de la promotion du renouvellement des soins de santé primaires. Le GC est constitué de 15 membres, y compris un président (directeur du FASSP), le gestionnaire du FASSP, et un représentant de chaque province et de chaque territoire. Les intervenants se sont dits très satisfaits du GC, précisant qu'il favorise la création de partenariats et la collaboration. En 2004, le GC a tenu trois réunions en personne et trois téléconférences. Au moment de la collecte de données aux fins de la présente évaluation, on prévoyait trois réunions au cours du premier semestre de 2005.

En outre, l'analyse documentaire a permis de reconnaître la valeur de la Stratégie nationale sur le traitement en collaboration à titre de mécanisme de communication, car elle soutient l'intégration de disciplines visées au chapitre des soins de santé primaires, ainsi que le perfectionnement professionnel et la formation des équipes interdisciplinaires. Qui plus est, le comité de liaison sur la politique et le programme de soins de santé primaires a été établi en 2004, et on s'attend à ce que ses membres se réunissent chaque mois. Ce comité, qui a tenu sa première réunion en juin 2004, a pour mandat :

- de mettre en commun l'information relative aux activités de chacun;
- de cerner des occasions de collaboration;
- de prodiguer des conseils à l'égard d'activités de suivi, lorsque des occasions d'activité de collaboration ont été repérées.

On a également conclu que la communication continue entre les projets et les agents de programme de SC concernés était efficace, et qu'à cette communication s'ajoutaient la communication par courriel et le site Web de SC. Les répondants s'entendaient généralement pour dire que les mécanismes de communication cités plus haut étaient appropriés, même si quelques-uns (des promoteurs de projets, des représentants provinciaux et territoriaux et des évaluateurs) ont laissé entendre que SC devrait favoriser une mise en commun accrue de l'information.

Les répondants ont révélé que les provinces, les territoires et les responsables des initiatives ont utilisé Internet, en particulier un site Web, à des fins de communication. En outre, plusieurs répondants ont mentionné le courriel à titre d'outil de communication clé. De nombreux évaluateurs, représentants provinciaux et territoriaux et promoteurs ont aussi mentionné à titre de mécanismes de communication les groupes de travail et la tenue de réunions régulières avec les partenaires, y compris les organismes du domaine de la santé, les régions régionales de la santé, les représentants gouvernementaux et les partenaires de mise en oeuvre. Parmi les autres mécanismes de communication mentionnés par plusieurs répondants provinciaux et territoriaux et évaluateurs, mentionnons la tenue d'ateliers, de conférences de recherche et de tribunes.

Les représentants de Santé Canada ont décrit les mécanismes informels de communication à l'interne, du courriel jusqu'aux discussions et conversations. Parmi les mécanismes de communication formels décrits par les représentants de SC, mentionnons les suivants :

- un groupe de travail interne de SC pour l'initiative de Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP);
- la reddition de comptes officielle dans le Rapport sur les plans et priorités et dans le Rapport ministériel sur le rendement;
- le réseau de soins de santé primaires, organe de mise en commun de l'information géré par l'Unité de la politique des soins de santé primaires;
- des réunions périodiques des organismes qui représentent les communautés de langue officielle avec le personnel de SC;
- des communications internes dans le cadre de la Stratégie en matière de ressources humaines en santé.

En mai 2004, le Manitoba a tenu une conférence nationale sur les soins de santé primaires, financée par la Stratégie de sensibilisation aux SSP (enveloppe nationale), en vue de faciliter la collaboration et la communication. Plusieurs répondants, dans toutes les catégories, ont signalé que la conférence nationale tenue à Winnipeg en mai 2004 avait été un mécanisme de communication très utile aux personnes qui y ont assisté. L'analyse documentaire révèle que la conférence nationale a rassemblé plus de 1 000 fournisseurs de soins de santé, responsables des politiques et décideurs, administrateurs des soins de santé et autres personnes s'intéressant aux soins de santé primaires. Environ 250 résumés ont été présentés à l'occasion de cette conférence.

Partenariats et collaboration

Les personnes interrogées ont mentionné un certain nombre de facteurs qui ont contribué à l'établissement de partenariats et à la collaboration, ou qui ont miné ces activités, mais il n'a pas été possible de dégager des thèmes ou des variations dans les réponses des répondants à cette question. De nombreux répondants ont affirmé que l'existence du Fonds est en soi un facteur qui contribue à la collaboration. D'autres ont également parlé de l'importance des attentes ou des exigences à l'égard de la création de partenariats dans le cadre d'initiatives. Quelques répondants ont mentionné que les occasions offertes aux promoteurs et aux partenaires de se rencontrer contribuaient également à l'établissement de partenariats et à la collaboration. Parmi les autres facteurs soulevés à cet égard, mentionnons les suivants : l'établissement d'objectifs clairs pour le FASSP; la grande notoriété du Fonds; et la participation du personnel et les efforts déployés par les agents de programme de Santé Canada.

Plusieurs personnes interrogées ont signalé que le temps disponible pour l'établissement de partenariats et la collaboration n'était pas propice à de telles activités. Parallèlement, les retards au chapitre de l'approbation et de la mise en oeuvre ont également été mentionnés à titre de facteurs qui minent l'établissement de partenariats et la collaboration. Parmi les autres facteurs mentionnés par les répondants, mentionnons les suivants : obstacles législatifs à des approches et à des modèles axés sur la collaboration; résistance et problèmes FPT; résistance des fournisseurs de soins de santé primaires au changement; préoccupations des médecins

évoluant dans un milieu interdisciplinaire à l'égard de la responsabilité (à l'échelon des projets); difficultés liées à l'échange d'informations sur les clients avec d'autres cadres et fournisseurs; et préoccupations à l'égard de la viabilité des projets.

On a demandé aux personnes interrogées, sauf aux chercheurs et aux ONG, si le FASSP avait contribué à l'établissement de partenariats et à la collaboration au chapitre du renouvellement des soins de santé primaires au Canada. Elles ont toutes répondu par l'affirmative. Les répondants ont mentionné plusieurs exemples, dont les suivants :

- De nombreuses personnes interrogées ont signalé que le FASSP avait mené à l'établissement de nouveaux partenariats entre provinces et territoires.
- Plusieurs répondants ont mentionné des partenariats entre des ONG, des collectivités et des gouvernements, en particulier parce que les promoteurs de projets doivent obtenir l'approbation de leur gouvernement provincial ou territorial.
- Plusieurs répondants, en particulier dans les catégories des promoteurs, des évaluateurs et des PT, estimaient que le Fonds avait mené à la création de nouveaux partenariats entre les fournisseurs, les organismes de santé et les organismes fournisseurs de soins.
- Quelques répondants ont déclaré que le Fonds avait mené à la création de partenariats entre les PT et les régions régionales de la santé.
- Certains répondants étaient d'avis que le Fonds avait favorisé la création de partenariats avec des établissements d'enseignement et entre eux, en particulier dans le cadre d'initiatives visant à surmonter les obstacles à la pratique en collaboration.
- Certains répondants ont déclaré que l'enveloppe des CMLO avait servi de catalyseur pour la création d'un certain nombre de nouveaux partenariats.
- Quelques répondants ont déclaré que le Fonds avait permis de renforcer des partenariats entre SC et des communautés des Premières nations.

L'analyse documentaire, en particulier l'examen des rapports d'étape, a également permis de cerner un certain nombre d'exemples de collaboration et de partenariat, y compris les suivants :

- Le Collège des médecins de famille du Canada a appuyé un projet d'atelier sur la gestion des maladies chroniques (GMC) élaboré par le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador.
- On a consenti du financement, dans le cadre de l'enveloppe provinciale-territoriale, en vue de soutenir la tenue d'une série de conférences multidisciplinaires, dont une en 2003 (*Teamwork in Action: There's a Role for Everyone*) et une autre en 2004 (*Working Together to Prevent Sexually Transmitted Infections*).
- Au Yukon, on a présenté des exposés sur les activités du territoire aux infirmières praticiennes communautaires du Yukon, aux commissaires de la santé des Premières nations, à l'Association pour la santé publique du Yukon et au Health and Social Service Council du Yukon.
- L'une des principales activités de la Colombie-Britannique concernait le lancement de projets de collaboration visant à améliorer la qualité.

- L'Alberta a coordonné la tenue d'une réunion provinciale conjointe sur la mise en commun de l'information, et financé un atelier visant à déterminer comment établir un partenariat avec les organismes de loisirs municipaux en vue de tenir des activités de loisirs destinées aux malades chroniques.
- En Saskatchewan, on a tenu des réunions des partenaires intersectoriels qui rassemblaient les ministères de l'Apprentissage, des Services sociaux et de la Justice. De plus, on a établi un certain nombre de comités collaboratifs ayant pour mandat de surveiller HealthLine.
- L'Ontario a participé à des conférences sur les soins primaires et à des réunions connexes en vue de promouvoir les réseaux Santé familiale de l'Ontario.
- À Terre-Neuve, environ 500 intervenants ont été consultés, et on a tenu des réunions avec animateurs, et intégré des activités de perfectionnement.
- L'enveloppe nationale a permis de constituer un comité d'experts, qui rassemblait un petit groupe d'experts-conseils régionaux et d'experts-conseils en matière de soins palliatifs tertiaires, ayant pour mandat de présenter les aspects cliniques. De plus, la proposition de l'ICIS concernant l'établissement d'indicateurs relatifs aux SSP, qui s'inscrit dans l'enveloppe nationale, suppose la tenue de consultations auprès d'un grand nombre d'intervenants.

Résumé

Comme on l'a déjà dit, et comme en témoignent les nombreux exemples soulevés, l'une des grandes forces du Fonds concerne la facilitation de la collaboration et de l'établissement de partenariats parmi les intervenants. Les divers mécanismes de communication (formels et non formels) utilisés pour communiquer avec les intervenants du Fonds ont favorisé cela. De plus, un certain nombre de promoteurs croient que l'existence du Fonds a en soi contribué à la collaboration, même si l'exigence de financement relative à la collaboration a également contribué à une telle situation. Toutefois, on a signalé que des problèmes liés à l'échéancier du Fonds et les retards au chapitre de la mise en oeuvre ont miné les efforts de collaboration et de partenariats. Qui plus est, on a fait le lien entre les retards au chapitre de la mise en oeuvre et l'échéancier limité du Fonds et la durabilité, et tous ces aspects sont, à la lumière des diverses sources de données, interreliés et récurrents.

IMPACT DU FONDS

La présente section énonce des conclusions liées à l'impact cumulatif du FASSP, à la lumière des données recueillies dans le cadre de l'analyse documentaire, des entrevues auprès des intervenants, de l'analyse de la recherche et de la comparaison fondée sur une étude des conditions de base. Tout d'abord, nous nous penchons sur l'impact du FASSP sur le renouvellement des soins de santé primaires au Canada, et nous tentons de déterminer à quel point le FASSP est en voie de réaliser ses objectifs globaux; ensuite, nous présenterons les activités et les extraits du FASSP pour chaque enveloppe de financement; enfin, nous terminerons la section des conclusions en évaluant les progrès réalisés jusqu'à maintenant. Malheureusement, l'évaluation des progrès et de l'impact du Fonds est fondée non pas sur les issues des initiatives, mais bien sur les activités et les extraits des initiatives. Cela tient au fait qu'on ne dispose pas de renseignements de fond sur les issues ou les résultats cumulatifs du Fonds. L'évaluation sommative tiendra compte de l'information relative aux issues.

RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

La majorité des répondants, toutes catégories confondues, s'entendent pour dire que, de façon générale, le FASSP a eu un impact positif sur le renouvellement des soins de santé primaires au Canada; un nombre très modeste de répondants ont fait valoir qu'il était trop tôt pour déterminer l'impact du Fonds. De nombreux répondants ont fourni des exemples de situations où le Fonds a accéléré des efforts existants au chapitre du renouvellement, ainsi que des exemples de nouveaux efforts découlant du Fonds. Même si les rapports d'étape font état de résultats initiaux du FASSP, ces résultats, qui ne sont qu'anecdotiques pour l'instant, concernent principalement les activités de démarrage et de mise en oeuvre. L'analyse documentaire a permis de constater que la majorité des activités documentées s'inscrivaient dans des initiatives financées dans le cadre de l'enveloppe provinciale-territoriale : cela n'a rien d'étonnant, car les initiatives s'inscrivant dans cette enveloppe de financement ont été les premières mises en oeuvre. Les activités liées à des initiatives financées sous le régime d'autres enveloppes étaient généralement limitées, ce qui tient peut-être à des retards au chapitre du financement et à des problèmes d'échéancier.

Les répondants, toutes catégories confondues, conviennent que le FASSP a favorisé une compréhension et une mobilisation accrues à l'égard du renouvellement des SSP. Toutefois, certains répondants ont déclaré que, malgré une croissance chez les intervenants, le degré de sensibilisation et de compréhension du public demeure faible. Quelques répondants estiment que les fournisseurs de soins de santé sont, grâce au Fonds, plus ouverts au renouvellement des SSP, et d'autres ont mentionné des exemples de compréhension et de mobilisation accrues dans le milieu des établissements d'enseignement postsecondaire.

On a invité les répondants à dire s'ils croyaient que le FASSP était en voie de réaliser ses objectifs d'ensemble. Toutes les personnes interrogées, sauf deux, se sont dites d'avis que le FASSP était en voie de réaliser ses objectifs. Toutefois, de nombreux répondants craignent qu'il ne soit pas possible de réaliser ces objectifs dans les délais prévus : ils croient qu'on ne peut apporter de grands changements en cinq ans seulement, comme on le prévoit dans les objectifs du Fonds. Par exemple, certains croient qu'on mettra plus de cinq ans pour réaliser les objectifs liés à l'accès.

Comme on l'a déjà mentionné, la durabilité au chapitre de l'impact et de la lancée est source de préoccupations pour plusieurs personnes interrogées. D'ailleurs, des répondants ont suggéré qu'on apporte certains changements au Fonds afin d'en assurer le succès. Ces suggestions concernaient surtout l'extension de la durée du Fonds et le repérage de leçons dégagées. L'analyse de la recherche a également permis de déterminer que la durabilité est un enjeu essentiel à l'innovation et à la création de nouvelles initiatives dans le domaine des soins de santé. On a déterminé que les initiatives comme le Fonds ne sont que des éléments qui s'inscrivent dans un continuum d'engagements dont nous avons besoin pour assurer le succès du renouvellement et apporter des changements concrets à l'avenir. L'analyse de la recherche dans le domaine laisse croire que le succès tient à une bonne compréhension du contenu, du contexte et du processus de changement, ainsi qu'à un processus de mise en oeuvre efficace. La durabilité, notion multidimensionnelle en soi, peut tenir à des idées, à des connaissances, à du financement, à des partenariats et, plus important encore, à des issues.

ACTIVITÉS ET EXTRANTS

Dans la présente section, on décrit les extrants cumulatifs du FASSP, en ce qui concerne les initiatives financées et les sommes consenties, alors que la section précédente ne présentait qu'un résumé de l'impact du Fonds. Le FASSP a octroyé du financement à une gamme d'initiatives s'inscrivant dans les cinq enveloppes de financement, à la lumière des objectifs globaux du Fonds et des objectifs propres à chaque enveloppe de financement. De plus, le cas échéant, nous fournissons de l'information sur les progrès réalisés jusqu'à maintenant (voir l'annexe A, qui décrit en détail toutes les initiatives du FASSP, y compris le montant du financement et les partenaires).

Enveloppe provinciale-territoriale

La majeure partie du FASSP (576 millions de dollars, ou 72 %) est attribuée aux provinces et territoires, en fonction surtout du nombre d'habitants, moyennant un supplément de financement pour les administrations dont la population est plus modeste (Territoires du Nord-Ouest, Yukon, Nunavut et Île-du-Prince-Édouard). Chaque province et territoire entreprend des réformes en vue de changer la façon dont les soins de santé primaires sont organisés, financés ou dispensés, et, par conséquent, d'améliorer l'accès des Canadiens aux

soins de santé primaires. Les principaux thèmes autour desquels s'articulent les initiatives financées par le FASSP dans le cadre de l'enveloppe PT sont les suivants :

- la création d'équipes de fournisseurs de soins de santé responsables de dispenser des soins de santé primaires à une population définie;
- un accent sur la gestion des maladies chroniques;
- des initiatives de gestion du changement et de formation visant à soutenir la transition vers de nouveaux modèles de prestation de services.

Parmi les autres thèmes communs, mentionnons les suivants : services consultatifs téléphoniques en matière de santé, promotion de la santé et prévention des maladies et des blessures, communications et éducation du public, santé mentale, technologies de l'information, prestation de services en région rurale ou éloignée, modèles de paiement, évaluation, télésanté et soins partagés.

Tableau 5
Initiatives des provinces et des territoires s'inscrivant dans le FASSP

Province ou territoire et montant obtenu	Activités
<p align="center">Alberta 54 876 073 \$</p>	<p>Le ministère albertain de la Santé et du Mieux-être a affecté les fonds que lui a consentis le FASSP à un <i>Primary Health Care Capacity Building Fund</i> de 16 millions de dollars qui soutient dix programmes visant à étendre la prestation de soins de santé primaires en Alberta; toutes les initiatives ont été mises en oeuvre et sont en cours. Parmi les projets dont le financement a été approuvé, mentionnons les suivants : un programme ayant pour but d'aider les Albertains des régions nordiques éloignées à mieux gérer leur diabète; un programme pour aider les patients des régions sanitaires de Chinook et de Calgary qui souffrent de maladies chroniques; et un réseau visant à améliorer les services de santé offerts aux enfants et aux jeunes dans le sud de l'Alberta. Le reste du financement du FASSP a été affecté à <i>Health Link Alberta</i> et à la mise en oeuvre d'un service téléphonique provincial de triage et d'information sur la santé en 2003 ainsi qu'à deux composantes Web.</p>
<p align="center">Colombie-Britannique 74 022 488 \$</p>	<p>Le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique a affecté la majeure partie du financement consenti par le FASSP (93 %) directement aux régies de la santé pour la conception d'initiatives visant à réagir à des problèmes régionaux et à étendre la prestation de soins de santé primaires durables. On a financé, notamment, des réseaux et des organismes de soins de santé primaires et des centres de santé communautaires, ainsi que des initiatives relatives aux soins partagés, à la prestation de soins par les infirmières et à la gestion des maladies chroniques. En outre, une part du financement consenti par le FASSP est utilisée en vue de soutenir des initiatives à l'échelle de la province et du système; par exemple, grâce au soutien du FASSP, la <i>British Columbia Nurse Line</i> a ajouté des services de pharmaciens de garde pour la fourniture de conseils après les heures normales d'ouverture.</p>

Tableau 5
Initiatives des provinces et des territoires s'inscrivant dans le FASSP

Province ou territoire et montant obtenu	Activités
<p align="center">Manitoba 20 844 059 \$</p>	<p>Santé Manitoba a réparti le financement consenti par le FASSP de façon graduelle. Au cours de la Phase I, on a affecté 8,8 millions de dollars à la création de cinq initiatives ayant pour but de jeter les bases du renouvellement des soins de santé primaires dans la province : l'expansion des centres téléphoniques <i>Health Links</i>, des initiatives de formation relatives à la pratique collaborative, une initiative relative aux technologies de l'information, la sensibilisation du public aux soins de santé primaires, et l'amélioration des services médicaux d'urgence. Au cours de la Phase II, Santé Manitoba a approuvé l'octroi de plus de 11,9 millions de dollars à 17 initiatives de soins de santé primaires présentées par les régies régionales de la santé aux fins de la réforme et de l'amélioration de leurs soins de santé primaires. Les initiatives ont été retenues en fonction de leur capacité de favoriser : l'accroissement de l'accès aux soins primaires grâce à l'établissement de réseaux de médecins de famille et à la pratique infirmière avancée, le renforcement des capacités communautaires, le renforcement organisationnel des régies régionales de la santé, et la création de systèmes de prestation de services intégrés.</p>
<p align="center">Nouveau-Brunswick 13 689 805 \$</p>	<p>Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick utilise le financement obtenu auprès du FASSP pour soutenir deux grandes initiatives : l'établissement d'un réseau de centres de soins de santé communautaires (CSSC) et l'amélioration des services ambulanciers. Le reste du financement obtenu auprès du FASSP est utilisé pour élaborer et mettre en oeuvre une stratégie de gestion du changement, effectuer une analyse du système d'information de gestion pour le secteur public et le secteur des services de santé mentale, aider à la mise en oeuvre de diverses initiatives de télésanté, et procéder à des évaluations. Jusqu'à maintenant, le Nouveau-Brunswick a établi, partout dans la province, cinq CSSC dont les heures d'ouverture varient, et qui offrent une gamme de programmes et services liés aux soins de santé primaires, dispensés par tout un éventail de professionnels de la santé.</p>
<p align="center">Terre-Neuve-et-Labrador 9 705 620 \$</p>	<p>Le financement consenti par le FASSP au ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador est utilisé en vue de soutenir le coût de la transition lié à la planification, à la mise en oeuvre et à l'évaluation de projets relatifs aux soins de santé primaires mis en oeuvre à l'échelle de la province. Le Ministère établit officiellement des équipes interdisciplinaires dans toute la province, en fonction des besoins de la population servie, et mise sur tout un éventail de professionnels de la santé.</p>
<p align="center">Territoires du Nord-Ouest 4 771 470 \$</p>	<p>Grâce au financement obtenu auprès du FASSP, le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest entreprend 11 initiatives de renouvellement des soins de santé primaires qui soutiennent collectivement la transition vers des services de santé et des services sociaux fondés sur les soins primaires communautaires. Parmi les initiatives, mentionnons les suivantes : éducation du public et du personnel et coordination de la réforme des soins primaires, création de services et d'équipes de soins de santé primaires intégrés, soutien en vue de l'amélioration des services en matière de santé génésique offerts aux femmes, et formation pour les fournisseurs de soins de santé.</p>

Tableau 5
Initiatives des provinces et des territoires s'inscrivant dans le FASSP

Province ou territoire et montant obtenu	Activités
Nouvelle-Écosse 17 073 265 \$	Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse affecte sa part de financement du FASSP aux quatre grandes priorités suivantes : aiguiller les soins de santé primaires vers des équipes chargées de dispenser les soins de santé primaires de façon concertée; favoriser l'évolution de la culture organisationnelle des fournisseurs de soins de santé, de façon à soutenir l'adoption d'une approche fondée sur la santé de la population, et à favoriser la collaboration et l'adoption d'un rôle accru au chapitre de la promotion de la santé; changer le système de financement des soins de santé primaires; et soutenir le passage du système de soins de santé primaires à l'utilisation de dossiers électroniques de santé.
Nunavut 4 508 924 \$	Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut entreprend une série d'initiatives de transition progressives dans le but d'apporter des changements structurels au système de soins de santé primaires du territoire. Le financement obtenu auprès du FASSP permet au Nunavut d'entreprendre deux grandes composantes : un processus de gestion du changement menant à la fourniture de soins de santé primaires intégrés, coordonnés et axés sur le patient et la communauté; et une stratégie de gestion de l'information ayant pour but de fournir l'information nécessaire au soutien des soins de santé primaires.
Ontario 213 170 044 \$	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario utilise sa part du FASSP pour financer un éventail de projets de renouvellement des soins de santé primaires visant à réaliser les objectifs suivants : faciliter l'inscription de médecins qui participent au Réseau Santé familiale et à d'autres modèles de soins primaires; soutenir les projets visant à examiner et à évaluer l'intégration des fournisseurs interdisciplinaires aux modèles de soins primaires; concevoir des systèmes d'information pour favoriser le paiement efficient et rapide des honoraires des médecins dans le cadre des modèles de soins primaires; soutenir les activités de communication auprès du public et des fournisseurs en matière de renouvellement des soins de santé primaires; concevoir un programme d'accréditation volontaire pour les médecins et les autres fournisseurs interdisciplinaires qui travaillent au sein des modèles de soins primaires; concevoir et mettre en oeuvre un programme de formation en leadership à l'intention des fournisseurs de soins primaires interdisciplinaires dans le cadre des modèles de soins primaires; faciliter l'établissement de liens avec les services de santé mentale et les services de réadaptation; et soutenir les activités de gestion de projet du Ministère, ainsi que certaines des activités liées au Réseau Santé familiale de l'Ontario.
Île-du-Prince-Édouard 6 526 879 \$	Le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard utilise les fonds obtenus du FASSP pour entreprendre deux grandes initiatives de restructuration des soins de santé primaires, et pour promouvoir et évaluer ces initiatives. La plus grande initiative concerne l'établissement, partout dans la province, de centres de santé familiale qui misent sur la pratique concertée d'équipes interdisciplinaires de professionnels de soins de santé, sur des protocoles de gestion des soins, sur la diversification des modes de paiement, sur des heures d'ouverture prolongées, sur l'inscription du patient et sur l'amélioration des technologies de l'information. La deuxième initiative consiste à élaborer et à mettre en oeuvre une stratégie de vie saine fondée sur une approche axée sur la santé de la population.

Tableau 5
Initiatives des provinces et des territoires s'inscrivant dans le FASSP

Province ou territoire et montant obtenu	Activités
<p align="center">Québec 133 681 686 \$</p>	<p>Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec utilise sa part du FASSP pour financer la mise en oeuvre des Groupes de médecine de famille (GMF). Un GMF est un groupe de médecins de famille dont les membres travaillent en étroite collaboration avec les infirmières en vue de dispenser des services médicaux aux personnes inscrites. Les médecins de famille qui sont membres des GMF travailleront aussi en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé dans les CLSC, les hôpitaux, les pharmacies communautaires, etc., de façon à compléter les services qu'ils dispensent. Le MSSS compte établir progressivement environ 300 GMF partout au Québec, afin que l'ensemble de la population soit inscrite d'ici la fin de 2005.</p>
<p align="center">Saskatchewan 18 592 405 \$</p>	<p>C'est dans le contexte de son plan d'action décennal relatif aux soins de santé que le ministère de la Santé de la Saskatchewan utilise les fonds consentis par le FASSP en vue de soutenir certaines des activités de transition de la province au cours des quatre premières années. Parmi les activités financées, mentionnons les suivantes : renforcer la capacité du Ministère de définir les services essentiels, de mettre au point et de fixer des normes et d'établir des indicateurs de rendement relatifs aux soins de santé primaires; renforcer la capacité des régies de la santé régionales de gérer la mise en oeuvre et le changement dans la région; entreprendre des initiatives de conception de programmes relatifs au développement communautaire et à la formation des équipes; et établir un service d'aide téléphonique ayant pour fonction de dispenser des services d'évaluation et d'aiguillage 24 heures sur 24, sept jours sur sept.</p>
<p align="center">Yukon 4 537 282 \$</p>	<p>Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon affecte le financement obtenu auprès du FASSP à deux grandes activités. La première initiative a pour but de réorienter les structures et les processus organisationnels en vue de mobiliser les intervenants aux fins du repérage des obstacles et des solutions favorisant une plus grande intégration des services et un accent accru sur la promotion de la santé dans le contexte des soins de santé primaires. La deuxième initiative concerne la conception d'outils technologiques de soutien visant à améliorer les systèmes d'information liés aux soins de santé primaires. En 2003, on a convié 100 délégués de partout dans le territoire à une conférence sur la planification des soins de santé primaires en vue d'examiner des façons d'améliorer les soins de santé primaires au Yukon, et on a cerné les domaines prioritaires suivants : traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, modes de vie sains, information sur la santé, stratégie relative aux maladies chroniques, coopération et collaboration, et plan d'action en matière de santé. On élabore actuellement un plan de mise en oeuvre qui fait fond sur ces recommandations et domaines prioritaires.</p>

Enveloppe multigouvernementale

L'enveloppe multigouvernementale a octroyé au total 30,2 millions de dollars de financement à cinq initiatives, soit deux initiatives dans les provinces atlantiques, et trois dans les provinces et territoires de l'Ouest. Ces initiatives visaient surtout à soutenir la création ou l'amélioration des lignes info-santé ainsi que la création ou l'amélioration d'équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires.

Au moment de la collecte des données, on disposait de bien peu d'informations en ce qui concerne les progrès réalisés au chapitre des objectifs du FASSP. À la lumière de l'information disponible, les progrès réalisés concernaient principalement les activités de planification et de mise en oeuvre, comme l'établissement de structures de gouvernance et de mécanismes de gestion de projet pour les initiatives, l'établissement de groupes de travail et de comités directeurs, la tenue de consultations auprès des intervenants, et la mise en commun de l'information parmi les intervenants du projet. Plusieurs rapports font état de préoccupations à l'égard de la longueur du processus d'approbation et du temps exigé pour mettre en oeuvre le projet.

Enveloppe nationale

Sous le régime de l'enveloppe nationale, on a consenti jusqu'à maintenant un total de 64 millions de dollars à 35 initiatives s'inscrivant dans les trois volets de financement suivants : Stratégies nationales ciblées, Outils de transition et Initiatives nationales.

Les Stratégies nationales ciblées (42,5 millions de dollars) soutiennent et complètent les priorités PT et optimisent la synergie grâce à des approches communes relatives au renouvellement des soins de santé primaires. Les trois domaines clés cernés par le Comité consultatif FPT du FASSP aux fins du financement sont le traitement en collaboration, la sensibilisation et l'évaluation. La stratégie nationale relative au traitement en collaboration est constituée de cinq initiatives menées par des ONG à l'égard de divers aspects touchant la formation, la pratique et les outils liés au traitement en collaboration (30,1 millions de dollars); la stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires est constituée de deux initiatives menées par le gouvernement en vue de sensibiliser les Canadiens au renouvellement des soins de santé primaires et de soutenir les initiatives connexes (10 millions de dollars); et la stratégie nationale d'évaluation des soins de santé primaires, qui relève du gouvernement, est constituée de deux initiatives ayant pour but de concevoir des indicateurs et des instruments d'évaluation à l'égard des soins de santé primaires (2,3 millions de dollars)²⁰.

²⁰ Nous tenons à souligner que la stratégie nationale d'évaluation financée dans le cadre de l'enveloppe nationale du FASSP est distincte de la Stratégie d'évaluation du FASSP, et qu'elle est constituée d'activités distinctes.

Les Outils de transition offrent l'occasion de mettre en commun l'information et les expériences en matière de gestion du changement à l'égard d'aspects particuliers du renouvellement des soins de santé primaires. Les initiatives financées dans le cadre de ce volet s'inscrivent dans une composante FPT ou dans une composante destinée aux répondants. Les initiatives qui s'inscrivent dans la composante FPT doivent être dirigées ou parrainées par un gouvernement FPT, et les propositions doivent être soumises par un membre du Groupe consultatif FPT du FASSP. À ce jour, dix initiatives ont bénéficié de financement, pour un total de 3,5 millions de dollars. Quant à la composante destinée aux répondants, on consent aux gouvernements FPT et aux organisations non gouvernementales sans but lucratif un financement pouvant aller jusqu'à 75 000 \$, dans le cadre d'une formule axée sur le partage des coûts, en vue de la tenue de conférences ou d'ateliers. Jusqu'à maintenant, huit initiatives ont été financées, pour un total de 397 160 \$. On a octroyé au total 4 millions de dollars à 18 initiatives s'inscrivant dans le volet Outils de transition.

Les Initiatives nationales concernent des activités de renouvellement des SSP qui sont d'envergure nationale, mais qui sont mises en oeuvre dans le contexte local ou régional, lorsque les résultats sont susceptibles d'orienter la mise en oeuvre d'initiatives dans d'autres régions. On finance huit projets dans le cadre de ce volet, pour un total de 17,5 millions de dollars, et le financement consenti s'étend de 471 900 \$ à 4,3 millions de dollars. Les initiatives financées se penchent sur un éventail d'enjeux, y compris les suivants : l'amélioration des partenariats entre les fournisseurs de soins au chapitre de la gestion de cas à domicile, le contrôle du rendement au chapitre des soins primaires en santé mentale, les soins palliatifs, la gestion des maladies chroniques, et un accès accru des populations cibles aux SSP (p. ex. services d'interprétation pour les personnes confrontées à des obstacles d'ordre linguistique, accès des populations minoritaires francophones, et accès des communautés gay, lesbiennes, bisexuelles et transgenres).

L'ensemble des responsables de projets qui ont présenté des rapports en 2003-2004 ont déclaré qu'ils n'en étaient qu'à l'étape de la planification et de la mise en oeuvre du projet, de sorte qu'ils n'étaient pas en mesure de rendre compte de progrès réalisés à l'égard des objectifs du FASSP. La plupart des activités ayant fait l'objet d'une reddition de comptes comprenaient l'établissement de structures de gestion de projet et l'établissement d'une collaboration parmi les intervenants du projet. Les rapports d'étape ont également fait ressortir que l'établissement de l'échéancier était source de préoccupations pour la plupart des initiatives.

Enveloppe Autochtones

Le financement consenti dans le cadre de l'enveloppe Autochtones (environ 34,7 millions de dollars), laquelle compte deux volets de financement, soit le volet renouvellement du système de santé et le volet amélioration du système de santé, vise à soutenir des initiatives destinées spécifiquement au renouvellement des soins de santé primaires pour les peuples autochtones. Les initiatives de renouvellement du système de santé visent à renouveler l'ensemble des

systèmes de fourniture de soins de santé primaires, et six initiatives ont été financées dans le cadre de ce volet jusqu'à maintenant, pour un total de 26,1 millions de dollars. Ce volet de financement comprend également le transfert de 15 millions de dollars à la DGSPNI (en vertu d'un protocole d'entente) visant l'Initiative pour l'intégration des soins de santé (IISS) et la Stratégie pour les soins infirmiers (SSI). De plus, on a affecté 8,6 millions de dollars à quatre initiatives d'amélioration du système de santé qui ont pour but d'améliorer la prestation de soins de santé d'une façon qui concerne spécifiquement les Autochtones.

En raison de l'échéancier de plusieurs initiatives financées dans le cadre de l'enveloppe Autochtones (dont un grand nombre ont reçu du financement vers la fin de l'exercice 2003-2004), on a fait état de bien peu de progrès réalisés au-delà d'activités de gestion et de mise en oeuvre de projets, comme l'établissement de structures de gouvernance, la tenue de consultations auprès d'intervenants du projet et les communications initiales avec les parties concernées. Quant aux initiatives financées par la DGSPNI (Stratégie pour les soins infirmiers et Initiative pour l'intégration des soins de santé), les extraits concernent la conception et la diffusion d'un outil d'éducation, la tenue de consultations auprès des régions et des partenaires, et l'élaboration de deux projets liés à l'IISS.

Communautés minoritaires de langue officielle (CMLO)

Les initiatives financées dans le cadre de l'enveloppe des CMLO s'inscrivaient dans les deux volets de financement suivants : initiatives destinées aux communautés minoritaires anglophones (10 millions de dollars) et initiatives destinées aux communautés minoritaires francophones (6,3 millions de dollars). L'unique initiative destinée aux anglophones vise à repérer et à sélectionner des initiatives régionales partout au Québec. Le volet destiné aux francophones a consenti des fonds, dans le cadre de trois initiatives, à des activités de réseautage national, à des activités de réseautage à l'échelon provincial et territorial, et à des initiatives liées à la prestation de services.

Au moment de la collecte des données, les comptes rendus des initiatives financées dans le cadre de cette enveloppe ne faisaient état que d'activités de démarrage et de mise en oeuvre de projets.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes sont fondées sur les conclusions ainsi que sur l'analyse de multiples sources de données obtenues en vue d'aborder les questions de l'évaluation formative liées à la conception, à la mise en oeuvre, à la portée et à l'impact cumulatif du FASSP.

La présente étude d'évaluation révèle qu'il y a des domaines où la communication et la mise en commun de l'information entre les intervenants pourraient être améliorées. On a également cerné des lacunes à l'égard de la gestion du rendement du FASSP. Il n'a pas été possible d'évaluer l'impact du programme, puisque la stratégie de mesure du rendement du FASSP n'a pas été mise en oeuvre. Afin d'améliorer la mesure continue de la communication et du rendement et de veiller à ce que l'information soit recueillie en vue de procéder à l'évaluation sommative, nous formulons les recommandations suivantes.

1. La direction du FASSP devrait examiner sa stratégie de mesure du rendement et ses activités de contrôle, amorcer la planification en vue de l'évaluation sommative, et veiller à ce que l'information sur le rendement soit recueillie en vue de permettre l'évaluation des issues et des résultats du FASSP. Plus précisément :
 - a. Le FASSP devrait se doter d'un système de suivi pour documenter et suivre les issues du FASSP et rendre compte publiquement des progrès réalisés.
 - b. Les activités de contrôle devraient être intégrées officiellement et liées pleinement au modèle logique et à la stratégie de mesure du rendement du FASSP.
 - c. Le FASSP devrait planifier sa stratégie d'évaluation sommative et la communiquer aux provinces, aux territoires et aux initiatives financées par le FASSP afin que l'information pertinente en matière de rendement soit recueillie aux fins de l'évaluation sommative.
2. En vue d'améliorer la communication avec les intervenants, on recommande que la direction du FASSP joue un rôle plus important au chapitre de l'obtention et de la diffusion d'informations et de résultats liés au FASSP afin d'assurer la durabilité des initiatives, d'informer les intervenants des progrès réalisés par le FASSP en temps opportun, et d'améliorer les liens éventuels entre les initiatives.

LEÇONS TIRÉES

L'évaluation formative s'assortissait de deux objectifs : premièrement, formuler, à l'intention de la direction du FASSP, des recommandations susceptibles d'être mises en oeuvre au cours du temps qu'il reste au Fonds. Deuxièmement, l'évaluation visait à extrapoler sur les leçons dégagées susceptibles de s'appliquer à de futurs programmes comparables de Santé Canada. Même si les leçons générales tirées (présentées plus bas) découlent des conclusions de l'évaluation du FASSP, on ne s'attend pas à ce que la direction du Fonds y donne suite ou les mette en oeuvre.

À la lumière des conclusions de l'évaluation formative du FASSP, on a cerné les leçons suivantes :

1. Les programmes à durée limitée qui consentent du financement à d'autres ordres de gouvernement devraient chercher à déterminer si le recours à des ententes de contribution est un mécanisme approprié pour le transfert de fonds.
2. Les exigences relatives à l'évaluation et à la mesure du rendement devraient être intégrées officiellement à la conception du programme. Cela suppose qu'on met au point des définitions et des indicateurs communs, des outils de collecte de données, des modèles redditionnels et des exigences d'évaluation, et qu'on les présente aux bénéficiaires de financement dès le début de la mise en oeuvre du programme.
3. Si la durabilité est un critère pertinent dans le cadre du programme, il faudrait définir cette notion, et il faudrait, à l'étape de la conception du programme, envisager l'incidence de ce critère sur les bénéficiaires de financement et sur les intervenants du programme, et en faire part aux personnes concernées. En définissant d'entrée de jeu les notions essentielles à la réussite du programme, on arrive à s'entendre sur l'incidence de chaque notion, et à accroître les chances de réussite.

ANNEXE A

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005	
Initiative	Affectation totale du FASSP
ENVELOPPE PROVINCIALE-TERRITORIALE	
Alberta	54 876 073 \$
Colombie-Britannique	74 022 488 \$
Manitoba	20 844 059 \$
Nouveau-Brunswick	13 689 805 \$
Terre-Neuve-et-Labrador	9 705 620 \$
Territoires du Nord-Ouest	4 771 470 \$
Nouvelle-Écosse	17 073 265 \$
Nunavut	4 508 924 \$
Ontario	213 170 044 \$
Compris dans la composante dont le calcul est fonction du nombre d'habitants : Atelier sur la gestion des maladies chroniques Responsable : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario Partenaires : Ministère de la Planification de la santé de la Colombie-Britannique et ministère de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador.	
Île-du-Prince-Édouard	6 526 879 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
Québec	133 681 686 \$
Saskatchewan	18 592 405 \$
Yukon	4 537 282 \$
ENVELOPPE MULTIGOUVERNEMENTALE	
Assurer un meilleur avenir : Engagement des fournisseurs actuels dans un système renouvelé de soins de santé primaires dans les provinces de l'Atlantique Responsable : Nouvelle-Écosse Partenaires : Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador et Île-du-Prince-Édouard.	7 011 126 \$
Info-santé Responsable : Alberta Partenaires : Colombie-Britannique, Saskatchewan, Manitoba, Nunavut, Territoires du Nord-Ouest et Territoire du Yukon.	6 813 600 \$
<i>Integrating Primary Care with the Multi-Disciplinary Team: Collaborative Care for Substance Use and Concurrent Disorders</i> Responsable : Université de la Colombie-Britannique, unité de l'évaluation de la santé mentale et de la consultation communautaire Partenaires : Territoire du Yukon et Colombie-Britannique.	1 500 000 \$
Autosoins-télésoins dans les provinces de l'Atlantique Responsable : Nouveau-Brunswick Partenaires : Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et Île-du-Prince-Édouard.	6 940 266 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
<p>Infostructure de gestion des maladies chroniques pour l'Ouest du Canada</p> <p>Responsable : Alberta (sous le régime <i>Western Health Information Collaborative</i>) Partenaires : Colombie-Britannique, Saskatchewan et Manitoba.</p>	8 000 000 \$
ENVELOPPE NATIONALE	
Enveloppe nationale – Stratégies nationales	
<i>Stratégies nationales – Traitement en collaboration</i>	
<p>Initiative canadienne de collaboration en santé mentale</p> <p>Responsable : Collège des médecins de famille du Canada Partenaires : L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, l'Association canadienne des ergothérapeutes, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale, l'Association canadienne pour la santé mentale, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des pharmaciens du Canada, l'Association des psychiatres du Canada, l'Association canadienne de psychologie, Les diététistes du Canada et Registered Psychiatric Nurses of Canada.</p>	3 845 000 \$
<p>Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires : Un processus de changement pour soutenir la pratique en collaboration</p> <p>Responsable : Société canadienne de psychologie Partenaires : L'Association canadienne des ergothérapeutes, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes, la Coalition canadienne pour l'amélioration des pratiques préventives chez les professionnels de la santé, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des pharmaciens du Canada, l'Association canadienne de physiothérapie, le Collège des médecins de famille du Canada et Les diététistes du Canada.</p>	6 551 700 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
<p>E-therapeutics : Outils de gestion des pharmacothérapies pour rehausser la sécurité et les résultats</p> <p>Responsable : Association des pharmaciens du Canada Partenaires : Le Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, la Coalition pour de meilleurs médicaments, Inforoute Santé du Canada Inc., l'Association canadienne des chaînes de pharmacies, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, le Conseil canadien des organismes bénévoles en santé, IBM Canada, Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, la Fédération nationale des spécialités du Canada, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, le projet PMA du Québec et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.</p>	8 840 300 \$
<p>Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens</p> <p>Responsable : L'Association des infirmières et infirmiers du Canada Partenaires : Les gouvernements, les organismes de réglementation de la pratique infirmière et d'autres organisations de la pratique infirmière.</p>	8 914 526 \$
<p>Soins primaires obstétricaux concertés</p> <p>Responsable : La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada Partenaires : Le Collège des médecins de famille du Canada, la Société de la médecine rurale du Canada, l'Association pour la santé des femmes, les Infirmières et infirmiers obstétriques et néonataux et l'Association canadienne des sages-femmes.</p>	2 000 000 \$
<i>Stratégie de sensibilisation aux soins de santé primaires</i>	
<p>Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires</p> <p>Responsable : Ministère de la Santé de la Saskatchewan Partenaires : Gouvernements FPT</p>	9 592 000 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
<p>Avançons les soins de santé primaires</p> <p>Responsable : Santé Manitoba</p> <p>Partenaires : Le FASSP, le Groupe consultatif FPT sur le FASSP, Santé Canada, le ministère de la Santé de la Saskatchewan, l'Association de santé communautaire du Manitoba, l'Association manitobaine de santé publique, le Collège manitobain des médecins de famille, la régie régionale de la Santé de Winnipeg, le Collège des infirmières et infirmiers autorisés du Manitoba, les régies régionales de la santé rurales et du Nord du Manitoba, les facultés de médecine, des soins infirmiers et de la réadaptation médicale de l'Université du Manitoba, l'Association médicale du Manitoba, l'Association des diététistes du Manitoba et Services à la famille et Logement Manitoba.</p>	473 865 \$
<i>Stratégie nationale d'évaluation</i>	
<p>Indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires</p> <p>Responsable : Institut canadien d'information sur la santé</p> <p>Partenaires : Experts nationaux, fournisseurs de soins de santé primaires, intervenants, gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (y compris le groupe consultatif FPT sur le FASSP) et autres par l'entremise d'une série de groupes de travail intégrés et de réunions spécifiques.</p>	1 814 753 \$
<p>Trousse d'instruments d'évaluation en matière de soins de santé primaires</p> <p>Responsable : Division des soins de santé primaires et continus, Santé Canada et Howard Research and Management Consulting Inc.</p> <p>Partenaires : Experts nationaux, fournisseurs de soins de santé primaires, intervenants, gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (y compris le Groupe consultatif FPT sur le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires) et autres par l'entremise d'une série de groupes de travail intégrés et de réunions spécifiques.</p>	489 871 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
Enveloppe nationale – Outils de transition	
<i>Composante fédérale-provinciale-territoriale</i>	
<p>Consolider l'appui à une stratégie canadienne de prestation de soins parmi les fournisseurs de soins de santé primaires</p> <p>Responsable : Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels Partenaires : CLSC René-Cassin; Institut de gérontologie sociale du Québec; équipe de recherche de l'outil d'évaluation des fournisseurs de soins; McConnell Care Renewal: Reaching out to Caregivers (Phase 2 de l'initiative « Respite for Family Caregivers »); et VON Canada.</p>	23 135 \$
<p>Diffusion des pratiques exemplaires dans les équipes multidisciplinaires</p> <p>Responsable : Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé Partenaires : Association des centres de santé de l'Ontario, Université Western Ontario, Sunnybrook and Women's College of Health Services Centre, et Université de Toronto.</p>	299 374 \$
<p>Assurer des soins de santé primaires dans le Nord grâce aux connaissances traditionnelles : Une initiative à l'échelle des territoires</p> <p>Responsable : Ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Nunavut Partenaires : Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest, de même que les représentants des communautés autochtones dans chaque gouvernement et des Aînés de chaque territoire.</p>	494 761 \$
<p>Encourager les initiatives en soins de santé primaires par un atelier portant sur la télésanté</p> <p>Responsable : Santé Manitoba Partenaires : Inforoute Santé du Canada, le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, la régie provinciale des services de santé de la Colombie-Britannique, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et le Réseau North en Ontario</p>	249 500 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
<p>Apprentissage et application dans le cadre d'un modèle de système</p> <p>Responsable : Faculté de médecine de l'Université Memorial à Terre-Neuve Partenaires : Ministères de cinq provinces (Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario, Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador) et départements de médecine familiale de trois provinces (Université de la Saskatchewan, Université d'Ottawa et Université Memorial de Terre-Neuve).</p>	445 600 \$
<p>Modèles de rémunération des médecins de famille et renouvellement des soins de santé primaires</p> <p>Responsable : Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse Partenaires : Les régies régionales de la santé de la Nouvelle-Écosse, le Centre de santé IWK et les Médecins de la Nouvelle-Écosse.</p>	506 000 \$
<p>Soutien accru aux médecins de famille en soins de santé primaires²¹</p> <p>Responsable : Collège des médecins de famille du Canada Partenaires : Société de la médecine rurale du Canada et représentants de chacune des sections provinciales du CMFC.</p>	232 900 \$

²¹ Il s'agit d'une initiative financée conjointement par Santé Canada : les coûts sont partagés par le FASSP et la Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé.

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
<p>Mesure de la rentabilité : Une proposition pour élaborer un cadre de travail pour la recherche future</p> <p>Responsable : Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé Partenaires : Association des centres de santé de l'Ontario, Université McMaster, Université de Toronto, Université York, Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé, Association médicale canadienne, Collège des médecins de famille du Canada, Association canadienne des infirmiers et des infirmières, Association canadienne des ergothérapeutes, Association canadienne des orthophonistes et des audiologistes, Association des pharmaciens du Canada, Coalition canadienne pour renforcer les pratiques préventives des professionnels de la santé, Association canadienne de physiothérapie et Les diététistes du Canada.</p>	351 174 \$
<p>Premières nations et les Inuits : Sommet national télésanté 2005-2015</p> <p>Responsable : Unité des solutions de cybersanté, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada Partenaires : Direction de la santé de l'Assemblée des Premières nations, Association des infirmières et infirmiers autochtones, Cercle autochtone des connaissances en télésanté, Inforoute Santé du Canada Inc., Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (Santé Canada), Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) et les directeurs provinciaux de programmes de télésanté.</p>	500 000 \$
<p>Soutenir la mise en œuvre de dossiers médicaux électroniques dans les établissements de soins de santé primaires multidisciplinaires</p> <p>Responsable : Division des soins de santé primaires et continus de Santé Canada Partenaires : Un comité consultatif composé de représentants des trois ordres de gouvernement et d'intervenants (p. ex., organismes fournisseurs, professionnels des soins de santé et intervenants régionaux de Santé Canada).</p>	455 000 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
<i>Composante destinée aux répondants</i>	
<p>6^e Sommet national sur la lutte contre le cancer dans la communauté</p> <p>Responsable : Centre régional d'oncologie du Nord-Ouest de l'Ontario Partenaires : Le comité de direction de la conférence était composé des représentants principaux de groupes d'intervenants dont la Société canadienne du cancer, l'Agence du cancer de la Colombie-Britannique, le Conseil sur le cancer de l'Alberta, l'Agence du cancer de la Saskatchewan, Action Cancer Manitoba, Action Cancer Ontario, le Centre de coordination de lutte contre le cancer, le Conseil québécois de lutte contre le cancer, la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique, Oncologie Nouvelle-Écosse, et le Centre d'oncologie D^r H. Bliss (Terre-Neuve-et-Labrador).</p>	75 000 \$
<p>Pratiques exemplaires des centres de soins de santé primaires : Conférence nationale</p> <p>Responsable : Fédération coopérative pour la santé communautaire ltée Partenaire : Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé.</p>	15 000 \$
<p>Établir des soins de santé primaires durables</p> <p>Responsable : Collège des infirmières et infirmiers autorisés de la Nouvelle-Écosse Partenaires : Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, le Collège canadien des directeurs de services de santé (sections de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard), les Médecins de la Nouvelle-Écosse, le Collège des médecins de famille du Canada (Section Nouvelle-Écosse), l'école d'administration des services de santé de l'Université Dalhousie et le bureau régional de Santé Canada pour l'Atlantique.</p>	49 500 \$
<p>Syndrome d'alcoolisation fœtale à Terre-Neuve-et-Labrador</p> <p>Responsable : Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador Partenaires : Le Bureau des soins de santé primaires de Santé Labrador, l'équipe du développement de l'enfant du Nord du Labrador, le Comité consultatif sur le SAF, et le Comité spécial sur le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale.</p>	58 660 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
<p>Conférence et atelier sur la mise en oeuvre de la réforme en soins de santé</p> <p>Responsable : Réseau santé familiale de l'Ontario Partenaires : L'école de l'étude des politiques, le Centre des services de santé et de la recherche en politiques et le Centre des études en soins primaires de l'Université Queen's.</p>	75 000 \$
<p>Soutenir la mise en oeuvre des pratiques exemplaires de gestion des maladies chroniques</p> <p>Responsable : Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique Partenaires : L'Association médicale de la Colombie-Britannique, la Société des médecins généralistes de la Colombie-Britannique, le Collège des médecins de famille de la Colombie-Britannique, le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique et l'Université de la Colombie-Britannique.</p>	75 000 \$
<p>Conférence : Façonner l'avenir des soins de santé en Nouvelle-Écosse</p> <p>Responsable : Collège des infirmières et infirmiers autorisés de la Nouvelle-Écosse Partenaires : Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, le Collège canadien des directeurs de services de santé (sections de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard), la Société médicale de la Nouvelle-Écosse, le Collège des médecins de famille de la Nouvelle-Écosse, et Santé Canada (Direction générale de la politique de la santé et des communications, Région de l'Atlantique).</p>	19 000 \$
<p>Qui s'inquiète de l'opinion des patients dans l'éducation professionnelle de la santé?</p> <p>Responsable : Division de la communication dans les soins de santé, Collège des disciplines de santé de l'Université de Colombie-Britannique Partenaires : Le Collège des disciplines de santé et la section d'éducation interprofessionnelle permanente de l'Université de Colombie-Britannique.</p>	30 000 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
Enveloppe nationale – Initiatives nationales	
<p>Amélioration continue de la mesure de la qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale</p> <p>Responsable : Unité d'évaluation et de consultation communautaire en santé mentale (département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique)</p> <p>Partenaires : Hôpital St. Paul's, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, Association canadienne pour la santé mentale, Université McMaster, Université Western Ontario, Université de Toronto, Institut national de santé publique du Québec, Université de Calgary, Conseil de la Saskatchewan sur la qualité en matière de santé, Université de la Saskatchewan et Institut canadien d'information sur la santé.</p>	2 000 000 \$
<p>Mainmise sur l'arthrite : Initiative communautaire nationale en soins de santé primaires</p> <p>Responsable : Société d'arthrite</p> <p>Partenaires : Association des infirmières et infirmiers du Canada, Sunnybrook and Women's College Health Sciences, Association des professionnels de la santé de l'arthrite, Société canadienne de rhumatologie, Programme Patients-partenaires contre l'arthrite, Unité de recherche et d'évaluation communautaire sur l'arthrite, Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé, le Réseau santé familiale de l'Ontario et d'autres associations et groupes nationaux pertinents d'intervenants.</p>	3 876 685 \$
<p>Services d'interprétation dans les soins de santé : Meilleur accès aux soins de santé primaires</p> <p>Responsable : L'Access Alliance Multicultural Community Health Centre [Centre de santé communautaire multiculturel de l'alliance pour un meilleur accès]</p> <p>Partenaires : Réseau d'interprétation en soins de santé (Toronto), Critical Link Canada, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration de l'Ontario, Autorité des services sanitaires provinciale de la Colombie-Britannique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, universités et collèges, diverses associations professionnelles des soins de santé.</p>	471 900 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
<p>Problèmes reliés à la qualité et au perfectionnement professionnel continu : Maintien des compétences</p> <p>Responsable : L'Association des facultés de médecine du Canada Partenaires : Toutes les facultés de médecine, y compris l'école de médecine du Nord de l'Ontario.</p>	985 000 \$
<p>Partenariat national entre les soins à domicile et les soins de santé primaires</p> <p>Responsable : Association canadienne de soins et services à domicile Partenaires : Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario (Halton et Peel), Régie régionale de la santé de Calgary, gouvernement fédéral, fournisseurs de soins de santé primaires, chercheurs et universitaires et autres associations d'intervenants.</p>	2 682 100 \$
<p>Projet Pallium : Initiative intégrée de renforcement de la capacité d'offrir des soins</p> <p>Responsable : Alberta Cancer Board (ACB) [Conseil sur le cancer de l'Alberta] Partenaires : Santé Canada, autres associations et organismes nationaux et régionaux de soins palliatifs et de soins de fin de vie, et administrations participantes (huit universités canadiennes, régies régionales de la santé et sept provinces et territoires).</p>	4 317 000 \$
<p>Des médecins et des soins de qualité pour les communautés francophones minoritaires du Canada</p> <p>Responsable : L'Association des facultés de médecine du Canada Partenaires : L'Université de Sherbrooke, l'Université du Manitoba, l'Université d'Ottawa, le Programme de formation médicale francophone du Nouveau-Brunswick, toutes les facultés de médecine au Canada, les gouvernements des provinces et des territoires intéressés, les centres de santé communautaires, la Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, la Société Santé en français, et le Consortium national de formation en santé.</p>	888 972 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
<p>Santé Arc-en-ciel : Améliorer l'accès aux soins</p> <p>Responsable : Coalition santé arc-en-ciel Canada Partenaires : Organismes et associations professionnelles, établissements d'enseignement, régies régionales de la santé et régies de santé de district, organismes de la communauté des gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres.</p>	2 307 000 \$
ENVELOPPE AUTOCHTONES	
Enveloppe Autochtones – Renouvellement du système de santé	
<p>Initiative de soins partagés de Bigstone-Aspen</p> <p>Responsable : Health Commission de Bigstone Partenaires : Bigstone Cree Nation, régie régionale de la santé d'Aspen, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits – Région de l'Alberta, Alberta Health and Wellness, la University of Alberta et la Alberta Heritage Foundation for Medical Research.</p>	1 995 000 \$
<p>Transition communautaire et organisationnelle pour améliorer la santé de tous les habitants du Nord</p> <p>Responsable : Northern Health Strategy Working Group Partenaires : Northern Inter-Tribal Health Authority, régie de la santé d'Athabasca, régie régionale de la santé de Keewatin Yatthè, régie régionale de la santé de Kelsey Trail, régie régionale de la santé Mamawetan Churchill River; Saskatchewan Health, Northern Relations, et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de la Région de la Saskatchewan.</p>	3 272 536 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
<p>Stratégie pour les soins infirmiers : La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada</p> <p>Responsable : Bureau des services infirmiers, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada</p> <p>Partenaires : Association des infirmières et infirmiers du Canada; Association canadienne des écoles de sciences infirmières; Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada; divers conseillers cliniciens et universitaires au Canada.</p> <p>Veuillez noter que le financement consenti à la DGSPNI aux fins de la Stratégie pour les soins infirmiers et l'Initiative pour l'intégration des soins de santé s'élève à 15 millions de dollars.</p>	4 200 000 \$
<p>Initiative pour l'intégration des soins de santé</p> <p>Responsable : Direction de la politique, de la planification et de l'analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada</p> <p>Partenaires : Bureaux régionaux de la DGSPNI, gouvernements provinciaux et territoriaux, organismes et communautés des Premières nations et des Inuits.</p> <p>Veuillez noter que le financement consenti à la DGSPNI aux fins de la Stratégie pour les soins infirmiers et l'Initiative pour l'intégration des soins de santé s'élève à 15 millions de dollars.</p>	10 800 000 \$
<p>Initiative santé et mieux-être des populations du Nord et autochtones</p> <p>Responsable : Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute</p> <p>Partenaires : Manitoba Keewatinowi Okimakanak, régie régionale de la santé de Burntwood, d'autres régies régionales de la santé, Manitoba Metis Federation, Conseil tribal Keewatin, Conseil tribal de la Nation des Cris, ministères des gouvernements fédéral et provinciaux et administrations municipales.</p>	2 925 150 \$
<p>Initiative Tui'kn</p> <p>Responsable : Membertou Development Corporation</p> <p>Partenaire : Régies de la santé de district, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de la Région de l'Atlantique et l'Université Dalhousie.</p>	2 946 380 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
Enveloppe Autochtones – Amélioration du système de santé	
<p>Outil pour aider les peuples isolés : Réseau IIU de télésanté du Nunavut</p> <p>Responsable : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut Partenaires : Sociétés et spécialistes des communications numériques; représentants de la communauté; fournisseurs de soins de santé et autres intervenants communautaires du milieu des services sociaux.</p>	2 700 041 \$
<p>Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones</p> <p>Responsable : Santé Manitoba Partenaires : Parmi les partenaires du programme, on retrouve des organismes autochtones, notamment le Kagike Danikobidan, le Manitoba Keewtinowi Okimakanak, la Southern Chiefs Organization et la Manitoba Metis Federation; le comité directeur du College of Midwives of Manitoba; des établissements d'enseignement; les gouvernements fédéral et provinciaux et les régies régionales de la santé.</p>	1 690 927 \$
<p>Plan d'expansion de Télésanté KO et du partenariat Réseau North</p> <p>Responsable : Keewaytinook Okimakanak (conseil des chefs) Partenaires : Première nation Sioux Lookout, Kuh-ke-nah Network de la Première nation SMART, Réseau North, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, Fonds du patrimoine du Nord de l'Ontario et FedNor, Industrie Canada.</p>	3 441 495 \$
<p>Mise en oeuvre d'un système de radiologie numérisée et de téléradiologie</p> <p>Responsable : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik Partenaires : Le Centre universitaire de santé McGill, les Centres de santé du Nunavik et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.</p>	801 900 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
ENVELOPPE DES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES DE LANGUE OFFICIELLE	
<i>Communautés minoritaires anglophones</i>	
Amélioration de l'accès aux services des soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec Responsable : Réseau communautaire de santé et de services sociaux Partenaires : Régies régionales de la santé et des services sociaux, organismes du milieu de la santé et organismes communautaires.	10 000 000 \$
<i>Communautés minoritaires francophones</i>	
Réseautage Santé en français Responsable : Société Santé en français, Réseautage Santé en français Partenaires : Gestionnaires d'établissements de santé, professionnels de la santé, représentants communautaires, représentants d'établissements d'enseignement et fonctionnaires.	1 900 000 \$
Préparer le terrain Responsable : Société Santé en français (SSF) Partenaires : Les réseaux provinciaux et territoriaux affiliés à la SSF, ainsi que les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, en particulier les autorités responsables de la planification en matière d'organisation des services de santé.	4 005 000 \$
Coordination des initiatives de l'enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle Responsable : Société Santé en français (SSF) Partenaires : Les 17 réseaux provinciaux et territoriaux affiliés à la SSF	460 000 \$

Initiatives financées dans le cadre du FASSP, en date de juin 2005

Initiative	Affectation totale du FASSP
<i>Initiatives du réseau Société en français</i>	
La composante francophone de BC Health Guide (The BC Health Guide in French) Responsable : Société Santé en français, British-Columbia Network	411 575 \$
<i>Improving Access to Health Care Services for Francophones in Vancouver Coastal Health</i> [Amélioration de l'accès aux services de soins de santé pour les francophones de la régie régionale Vancouver Coastal] Responsable : Société Santé en français, British Columbia Network	200 000 \$
Improving Access to Health Care for Francophones in British Columbia Responsable : Société Santé en français, British Columbia Network	365 126 \$
La composante francophone du Centre d'appel provincial Info Santé / Health Links (The French Component of the "Health Links" Provincial Call Centre) Responsable : Société Santé en français, Manitoba Network	135 615 \$
Mise en place de centres de santé primaire (The Implementation of Primary Health Care Centres) Responsable : Société Santé en français, Manitoba Network	135 000 \$
Projet de répertoire des professionnels de la santé (Directory of Health Professionals Project) Responsable : Société Santé en français, Newfoundland and Labrador Network	200 550 \$
Enfants, aînés : Le coeur d'une communauté en santé (Children and Seniors: Key to a Healthy Community) Responsable : Société Santé en français, Saskatchewan Network	573 000 \$

ANNEXE B

RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU CANADA

Conformément au cadre d'évaluation du FASSP, l'une des sources de données qui contribue à l'évaluation des progrès réalisés dans le cadre du FASSP est la comparaison de l'information sur le rendement à plusieurs moments dans le temps. En 2004, on a mené une étude des conditions de base qui décrivait le système de soins de santé primaires au Canada, dans chaque province et territoire ainsi que dans les populations cibles qui ont bénéficié d'un financement du FASSP aux tous débuts du Fonds, en 2001-2002. Cette étude misait sur l'information recueillie auprès de plusieurs sources de données, sur les indicateurs rendus publics par les PT, et sur les rapports FPT sur des indicateurs comparables en matière de santé.

Au moment de la présente étude, les rapports d'étape annuels offraient bien peu d'information sur le rendement susceptible d'être utilisée pour évaluer les progrès réalisés à l'égard des objectifs du FASSP, et cela tient à plusieurs facteurs. Comme on l'a déjà signalé, même si un modèle redditionnel est proposé, l'information fournie par les PT et les initiatives financées varie et ne satisfait pas toujours aux exigences redditionnelles. De plus, puisque les initiatives reçoivent du financement à divers moments, au moment de la collecte des données, de nombreux projets en étaient toujours à l'étape de la planification et de la mise en oeuvre, de sorte qu'il leur était impossible de fournir de l'information relative au rendement. Par conséquent, les évaluateurs ont misé sur les indicateurs en matière de soins de santé primaires qui ont été rendus publics en vue de décrire la nature et l'ampleur du changement en ce qui a trait au renouvellement des soins de santé primaires au Canada. On a utilisé comme principale source d'information pour 2004 les rapports FPT sur des indicateurs comparables en matière de santé, lesquels utilisaient de l'information obtenue auprès de sources de données nationales fournies par Statistique Canada, Santé Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé.

Au moment d'examiner l'information qui suit, il convient de signaler plusieurs facteurs dont il faut tenir compte au chapitre de la qualité et de la comparabilité des indicateurs.

Premièrement, malgré tous nos efforts pour établir une base d'informations sur le rendement qui pourrait être comparée à l'information présentée dans l'étude des conditions de base, les indicateurs ne sont pas comparables d'une période à l'autre, et d'une province ou d'un territoire à l'autre, et on ne devrait pas les considérer comme tels. Les rapports de 2004 sur des indicateurs de la santé comparables ne sont pas comme les rapports de 2002, car on a adopté en 2004 un ensemble d'indicateurs communs qui abandonnait certains indicateurs et en

adoptait de nouveaux. En outre, il y a des différences au chapitre des méthodes de présentation pour certains indicateurs, car certains sont normalisés selon l'âge, et d'autres ne le sont pas. Deuxièmement, le FASSP est un programme complexe qui finance tout un éventail de programmes et d'initiatives partout au pays. Toutefois, en raison de l'information limitée dont on dispose au chapitre du rendement, les données dont on fait état dans la présente section du rapport sont fondées sur de l'information accessible au public au moment de la collecte de données, et sont susceptibles de ne décrire qu'une partie des activités et des issues liées au FASSP. D'ailleurs, puisque cette information ne concerne pas spécifiquement les activités du FASSP, tout changement perçu au chapitre des soins de santé primaires ne saurait être attribué au Fonds. Enfin, puisque la cadence du renouvellement varie d'une province ou d'un territoire à l'autre, et que l'accent que met chaque province ou territoire sur les objectifs du FASSP varie, on ne saurait comparer les indicateurs d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Dans la section qui suit, on décrit les impacts cumulatifs en matière de renouvellement des soins de santé primaires au Canada, ainsi que dans chaque province et territoire, depuis la création du FASSP. Aux fins du portrait national, on expose, tout d'abord, l'information présentée pour la période de référence (2001-2002) et, ensuite, l'information obtenue au moment de la collecte de données pour l'évaluation formative (2004). Pour chaque administration, on fournit, d'abord, de l'information sur la période de référence (2001-2002), une description des priorités en matière de renouvellement des soins de santé primaires ainsi que des initiatives s'inscrivant dans le FASSP, et, enfin, une description de la situation provinciale ou territoriale en matière de soins de santé primaires au moment de l'évaluation (2003-2004). L'information est présentée dans cet ordre à dessein, afin d'éviter toute comparaison de données d'une période à une autre ou d'une administration à l'autre.

CANADA

Données de base relatives au FASSP, 2001-2002

Objectif du FASSP : Accroître le nombre de personnes ayant accès à des organisations de soins de santé primaires qui sont responsables de la prestation planifiée d'un ensemble défini de services complets à une population déterminée.

L'information disponible aux débuts du Fonds concernant l'accès des Canadiens aux soins de santé primaires montre que, en 2001, 88 % des Canadiens ont déclaré avoir un médecin de famille régulier. De plus, des 16 % qui n'avaient pas de médecin de famille régulier, 29 % ont attribué la situation au manque de médecins disponibles. Pour ce qui est de la qualité des soins

reçus, 53 % des répondants ont qualifié d'« excellents » les soins dispensés par leur médecin de famille régulier, et 39 % les ont qualifiés de « bons ». Dans l'ensemble, 11 % des Canadiens ont déclaré qu'on n'avait pas répondu à certains besoins en matière de soins de santé.

Le sondage JANUS mené en 2001 révèle que moins de un médecin de famille sur quatre a déclaré être tout à fait disposé à accepter de nouveaux patients; 70 % se sont dits non disposés à accepter de nouveaux clients, sauf dans certaines situations; et 5 % ont affirmé sans équivoque qu'ils n'acceptaient pas de nouveaux patients. Pour ce qui est du cadre de pratique, presque trois médecins de famille sur quatre (73 %) considèrent une clinique ou un cabinet privés comme leur cadre de pratique principal, alors que 12 % des répondants exercent leurs activités surtout dans des cliniques communautaires ou dans des centres de santé communautaires.

Objectif du FASSP : Mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, sur la prévention des maladies et des blessures et sur la gestion des maladies chroniques.

En 2000-2001, 26 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont déclaré avoir reçu un vaccin antigrippal au cours des 12 derniers mois; pendant la même période, 63 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus ont reçu un vaccin antigrippal.

Le projet JANUS recueille auprès des médecins de famille de l'information sur un éventail d'enjeux. Les résultats du sondage JANUS auprès des médecins de famille fournissent de l'information sur la proportion de médecins de famille qui ont déclaré avoir dispensé fréquemment ou très fréquemment une gamme de services médicaux préventifs en 2001, y compris les suivants : obtention de renseignements sur les antécédents en matière de tabagisme (98 %); conseils relatifs à l'allaitement (59 %); mammographie pour les femmes âgées de 50 à 69 ans (94 %); conseils relatifs aux pratiques sexuelles sans risque (75 %); tests de Papanicolaou (93 %); conseils relatifs à l'activité physique régulière (87 %); et mesure de la tension artérielle (97 %).

Objectif du FASSP : Accroître l'accès aux services essentiels 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

En 2001, la majorité des Canadiens (94 %) avaient bénéficié de services de santé de première ligne au cours des 12 derniers mois, et 18 % ont affirmé avoir éprouvé de la difficulté à accéder à ces services. Au cours de la même période, 91 % ont bénéficié de soins de routine, et 11 % ont déclaré avoir éprouvé des difficultés au chapitre de l'accès; 46 % ont obtenu des conseils ou de l'information en matière de santé, et 13 % ont éprouvé de la difficulté à les obtenir; et 34 % ont bénéficié de soins immédiats pour un problème de santé mineur, dont

19 % ont éprouvé des difficultés d'accès. Dans l'ensemble, 11 % des Canadiens ont déclaré qu'on n'avait pas répondu à tous leurs besoins en matière de santé en 2001; dans 5 % des cas, les besoins non satisfaits concernaient l'information et les conseils en matière de santé, et dans 9 % des cas, les besoins non satisfaits étaient liés aux soins immédiats pour un problème de santé mineur. Pour ce qui est du moment de l'obtention des soins, 90 % des Canadiens ont eu besoin de soins de routine ou de suivi pendant les heures normales d'ouverture, et 29 % ont eu besoin de tels soins en soirée et pendant la fin de semaine.

Objectif du FASSP : Former des équipes interdisciplinaires de dispensateurs de soins de santé primaires, de sorte que les soins les plus appropriés soient offerts par les professionnels les plus adéquats.

En 2001, 84 % des Canadiens décrivaient comme « excellents » ou « très bons » l'ensemble des soins de santé qu'ils recevaient.

Objectif du FASSP : Faciliter la coordination et l'intégration avec d'autres services de santé (c.-à-d. dans les établissements et au sein de la collectivité).

On ne dispose d'aucune information de base nationale à l'égard de cet objectif.

Information aux fins de l'évaluation formative du FASSP, 2003-2004

Objectif du FASSP : Accroître le nombre de personnes ayant accès à des organisations de soins de santé primaires qui sont responsables de la prestation planifiée d'un ensemble défini de services complets à une population déterminée.

On s'est penché sur les services de santé de première ligne en 2003. À l'époque, 57 % des Canadiens avaient eu besoin de soins de routine au cours des 12 derniers mois, 42 % avaient eu besoin de conseils et d'informations en matière de santé, et 35 % avaient eu besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur. Parmi les Canadiens qui avaient eu besoin de soins, quelle que soit l'heure de la journée, 16 % ont fait état de difficultés au chapitre de l'accès à des soins de routine ou de suivi, 16 % ont parlé de difficultés d'accès à des conseils ou à de l'information en matière de santé, et 24 % ont déclaré avoir éprouvé de la difficulté à accéder à des soins immédiats pour un problème de santé mineur.

Dans l'ensemble, 85 % des Canadiens ont affiché un niveau de satisfaction élevé (très ou quelque peu satisfait) à l'égard de l'ensemble des soins de santé reçus. De façon plus précise, 83 % se sont dits satisfaits des soins communautaires reçus, et 84 % se sont dits satisfaits des services Info-santé reçus.

En 2003, 87 % des Canadiens ont déclaré avoir un médecin de famille régulier. Dans le cadre de l'Enquête sur la santé au sein des collectivités canadiennes, menée en 2003, 86 % des Canadiens ont déclaré avoir un médecin de famille régulier. Du nombre de personnes qui ont déclaré ne pas en avoir, 9 % ont affirmé qu'ils n'en avaient pas cherché un, et 4 % se sont dits incapables d'en trouver un. En 2003, la majorité des Canadiens (91 %) se sont dits « très ou quelque peu » satisfaits de la façon dont leur médecin avait prodigué ses soins.

À l'occasion du sondage JANUS de 2004, un médecin de famille canadien sur quatre s'est dit tout à fait ouvert à accepter de nouveaux clients; 42 % des médecins ne se sont montrés disposés à accepter de nouveaux clients que dans certaines situations; et 18 % n'étaient absolument pas disposés à le faire. Pour ce qui est du cadre de pratique, 47 % des médecins de famille canadiens considèrent comme leur principal cadre de pratique une clinique ou un cabinet privé, et 5 % ont répondu qu'il s'agissait d'une clinique communautaire ou d'un centre de santé communautaire.

À l'occasion d'un sondage téléphonique, mené en 2004, au cours duquel on interrogeait des adultes de cinq pays au sujet de leurs expériences en matière de soins de santé primaires, 86 % des répondants canadiens ont déclaré avoir un médecin de famille régulier, et 53 % ont déclaré avoir le même médecin de famille depuis au moins cinq ans.

Objectif du FASSP : Mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, sur la prévention des maladies et des blessures et sur la gestion des maladies chroniques.

Les résultats d'un sondage mené en 2004 révèlent que 87 % des Canadiens avaient consulté un médecin au cours de la dernière année. Ils ont également montré que 74 % et 73 % des femmes avaient bénéficié d'un test de Papanicolaou et d'une mammographie, respectivement, à l'intervalle et à l'âge recommandés; 55 % des Canadiens ont déclaré que leur médecin avait prodigué des conseils à l'égard du poids, de l'alimentation ou de l'exercice. Lorsqu'on les a interrogés au sujet de diagnostics de maladies chroniques posés par le médecin, 20 % des répondants ont parlé d'hypertension, 6 %, de maladie cardiaque et de diabète, 20 %, d'arthrite, 12 %, de problèmes pulmonaires, 13 %, de dépression, et 48 %, d'au moins une de six maladies chroniques.

Objectif du FASSP : Accroître l'accès aux services essentiels 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Un sondage mené en 2004 auprès d'adultes canadiens révèle que 29 % des Canadiens considéraient qu'il était très ou quelque peu facile d'obtenir des soins le soir ou pendant la fin de semaine ou les jours fériés sans se rendre à l'urgence; 59 % ont déclaré que c'était très ou quelque peu difficile; et 8 % ont déclaré n'avoir jamais eu besoin de soins hors des heures régulières d'ouverture.

Objectif du FASSP : Former des équipes interdisciplinaires de dispensateurs de soins de santé primaires, de sorte que les soins les plus appropriés soient offerts par les professionnels les plus adéquats.

Aucune information n'était disponible à l'égard de cet objectif au moment de la collecte de données.

Objectif du FASSP : Faciliter la coordination et l'intégration avec d'autres services de santé (c.-à-d. dans les établissements et au sein de la collectivité).

Aucune information n'était disponible à l'égard de cet objectif au moment de la collecte de données.

ALBERTA

2002

En 2001, la majorité des Albertains (92 %) avaient bénéficié d'au moins un type de service de santé de première ligne au cours des 12 derniers mois, et 21 % de ces personnes ont déclaré avoir éprouvé des difficultés à accéder à ces services. Au cours de la même période, 91 % ont déclaré avoir reçu des soins de routine, 43 % ont obtenu des conseils et de l'information en matière de santé, et 33 % ont reçu des soins immédiats pour un problème de santé mineur. Dans l'ensemble, 11 % des Albertains ont déclaré qu'on n'avait pas répondu à tous leurs besoins en matière de soins de santé (tous services confondus)²².

²² Statistique Canada (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Catalogue 82-575-XIF. Extrait le 6 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-XIF/82-575-XIF2002001.pdf>.

La majorité (84 %) des Albertains avaient accès à un médecin de famille régulier en 2001; parmi ces répondants, 91 % ont qualifié d'excellente ou de bonne la qualité des soins dispensés par leur médecin de famille. Sur les 16 % d'Albertains qui ont déclaré ne pas avoir de médecin de famille régulier, 24 % attribuent la situation au manque de médecins disponibles²³.

La majorité (82 %) des habitants de la province se sont dits au moins quelque peu satisfaits du système de soins de santé.

Des 2 274 médecins de famille recensés en Alberta en 2001, 78 % pratiquaient surtout dans une clinique ou un cabinet privé. Lorsqu'on tient compte de tous les cadres de pratique, 81 % des médecins de famille affirment pratiquer dans une clinique ou un cabinet privé, 6 %, dans une clinique communautaire ou dans un centre de santé communautaire, 12 %, dans une clinique sans rendez-vous, et 4 %, au sein d'une unité d'enseignement de la médecine familiale. En ce qui concerne l'acceptation de nouveaux clients, 35 % des médecins de famille se disent tout à fait ouverts à cet égard. Lorsqu'on les a invités à évaluer l'accès aux soins de santé dans leur collectivité, en fonction d'une échelle à cinq notes, 53 % des médecins de famille perçoivent comme médiocres les services d'aiguillage vers des psychiatres, et 35 % considèrent comme passable ou médiocre l'accès aux services de diagnostic²⁴.

Renouvellement des soins de santé primaires

L'Alberta procède actuellement à la réforme des soins de santé primaires en apportant des changements à l'organisation, au financement et à la prestation des services. Au cours de la période qui s'étend de 1998 à 2006, l'Alberta aura affecté 54 millions de dollars à 66 projets qui explorent des façons novatrices d'améliorer les soins de santé primaires²⁵. Il convient également de mentionner certaines des stratégies clés utilisées : la mise en oeuvre d'initiatives locales de soins primaires, ententes officielles conclues par des groupes de médecins et leur régie régionale de la santé; la mise en oeuvre, en 2004, de l'Alberta Electronic Health Record,

²³ Statistique Canada (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Catalogue 82-575-XIF. Extrait le 6 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-XIF/82-575-XIF2002001.pdf>.

²⁴ JANUS, *ibid.*

²⁵ Gouvernement de l'Alberta (2004). *Alberta: Moving Primary Health Care Forward*. Extrait le 3 septembre 2004 à l'adresse suivante : http://www.health.gov.ab.ca/about/building_fund/moving_forward.html

système d'information clinique sur la santé qui relie les fournisseurs de soins de santé et qui leur offre un accès en direct à l'information relative aux patients, à l'échelle de la province; et le lancement d'une initiative de durabilité de la santé visant à soutenir les coûts d'infrastructure aux fins du renouvellement des soins de santé primaires²⁶.

FASSP

Outre les initiatives mentionnées plus haut, la part du FASSP consentie à l'Alberta (54 876 073 \$) a été affectée à un *Primary Health Care Capacity Building Fund* de 16 millions de dollars qui soutient dix programmes visant à étendre la prestation de soins de santé primaires en Alberta; toutes les initiatives ont été mises en oeuvre et sont en cours. Parmi les projets dont le financement a été approuvé, mentionnons les suivants : un programme ayant pour but d'aider les Albertains des régions nordiques éloignées à mieux gérer leur diabète; un programme pour aider les patients des régions sanitaires de Chinook et de Calgary qui souffrent de maladies chroniques; et un réseau visant à améliorer les services de santé offerts aux enfants et aux jeunes dans le sud de l'Alberta. Le reste du financement du FASSP a été affecté à *Health Link Alberta* et à la mise en oeuvre d'un service téléphonique provincial de triage et d'information sur la santé en 2003 ainsi qu'à deux composantes Web. On s'attend à ce que le service téléphonique traite annuellement plus de 800 000 appels²⁷. Enfin, le financement obtenu auprès du FASSP a été utilisé pour financer des activités de coordination provinciales.

2004²⁸

En 2003, les Albertains ont eu besoin de services de santé de première ligne à divers degrés. Quarante-sept pour cent ont eu besoin de soins de routine, 41 % ont reçu des conseils ou de l'information en matière de santé, et 36 % ont bénéficié de soins immédiats pour un problème de santé mineur.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Gouvernement de l'Alberta (2004). *Alberta Health Reform Implementation Team, Final Report*. Extrait le 24 mars 2005 à l'adresse suivante : <http://www.healthreform.ca/>

²⁸ Toutes les données tirées des rapports de 2004 sur les indicateurs comparables en matière de santé sont normalisées en fonction de l'âge.

En ce qui a trait à l'accès aux services, quelle que soit l'heure, 14 % des Albertains ont déclaré avoir éprouvé des difficultés au chapitre de l'accès à des soins de routine ou de suivi, 12 % ont éprouvé de la difficulté à obtenir des conseils ou de l'information en matière de santé, et 22 % ont fait état de difficultés pour ce qui est d'accéder à des soins immédiats pour un problème de santé mineur²⁹.

En 2003, 83 % des Albertains se disaient satisfaits des services de santé qu'ils avaient reçus au cours des 12 derniers mois. Ils affichaient un niveau de satisfaction très élevé (83 %) à l'égard des services téléphoniques Info-santé, et un niveau de satisfaction élevé (78 %) à l'égard des soins communautaires³⁰.

Parallèlement, 86 % des Albertains avaient accès à un médecin de famille régulier, et 15 % ont déclaré ne pas avoir de médecin de famille régulier.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

2002

En 2001, la majorité (92 %) des citoyens de la Colombie-Britannique avaient bénéficié d'au moins un service de santé de première ligne au cours des 12 derniers mois; de ce nombre, 18 % ont déclaré avoir éprouvé des difficultés à accéder au service. Parmi la majorité de personnes (91 %) qui ont bénéficié de soins de routine, 10 % ont déclaré avoir connu des difficultés au chapitre de l'accès aux services; parmi les 51 % de citoyens de la province qui ont obtenu des conseils ou de l'information en matière de santé, 13 % ont fait état de difficultés au chapitre de l'accès; et sur les 31 % qui ont bénéficié de soins immédiats pour un problème de santé mineur, 19 % ont déclaré avoir connu des difficultés. Dans l'ensemble, 12 % des citoyens de la Colombie-Britannique ont déclaré qu'on n'avait pas répondu à tous leurs besoins en matière de soins de santé en 2001.

²⁹ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

³⁰ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

En 2001, 90 % de la population de la Colombie-Britannique avaient accès à un médecin de famille régulier, et 10 % ont déclaré ne pas avoir de médecin de famille régulier. Parmi les répondants qui n'avaient pas de médecin de famille, 36 % ont attribué la situation au manque de médecins disponibles³¹.

Le sondage JANUS (2001) révèle qu'il y avait à l'époque 3 832 médecins de famille et omnipraticiens qui pratiquaient en Colombie-Britannique. La majorité (83 %) des médecins de famille ont déclaré qu'ils travaillaient principalement dans une clinique ou un cabinet privé, et seulement 4 % ont déclaré travailler principalement dans une clinique communautaire ou dans un centre de santé communautaire³².

Renouvellement des soins de santé primaires

Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique travaille en partenariat avec les régions régionales de la santé de la province en vue du renouvellement des soins de santé primaires. Le Ministère est responsable d'établir les politiques, et les régions régionales de la santé sont responsables de la planification et de la mise en oeuvre des initiatives de renouvellement des soins de santé primaires. Un comité directeur provincial, constitué de représentants du Ministère, des régions régionales de la santé et d'organismes professionnels ainsi que de chercheurs, prodigue des conseils et fournit des directives à l'égard du renouvellement des soins de santé primaires. De plus, un certain nombre de comités d'étude sont responsables de prodiguer des conseils techniques et opérationnels à l'égard de la mise en oeuvre, de la conception de programmes et de l'évaluation. On s'attend à ce que ces efforts de renouvellement mènent à l'amélioration de l'accès aux professionnels de la santé, à l'accroissement de l'accès aux omnipraticiens, à l'amélioration des issues en matière de santé, à l'accroissement de l'accès à l'éducation sur les facteurs de risque, à la prise en charge de la maladie et à l'accroissement de l'autonomie en matière de santé, ce qui favorise la santé et le mieux-être³³.

³¹ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

³² Le Collège des médecins de famille du Canada (2002). *The JANUS Project: Family Physicians Meeting the Needs of Tomorrow's Society*. Extrait le 21 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.cfpc.ca/English/cfpc/research/janus%20project/default.asp?s=1>

³³ British Columbia Health Services (2004). *Making Progress: Primary Health Care Renewal In British Columbia*. Extrait le 28 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.healthservices.gov.bc.ca/phc/pdf/phc_renewal_BC_may2004.pdf

FASSP

La Colombie-Britannique a affecté la majeure partie de sa part du FASSP (93 % ou 74 022 488 \$) directement aux régies de la santé pour la conception d'initiatives visant à réagir à des problèmes régionaux et à étendre la prestation de soins de santé primaires durables. On a financé, notamment, des réseaux et des organismes de soins de santé primaires et des centres de santé communautaires, ainsi que des initiatives relatives aux soins partagés, à la prestation de soins par les infirmières et à la gestion des maladies chroniques. En outre, une part du financement consenti par le FASSP est utilisée en vue de soutenir des initiatives à l'échelle de la province et du système; par exemple, grâce au soutien du FASSP, la *British Columbia Nurse Line* a ajouté des services de pharmaciens de garde pour la fourniture de conseils après les heures normales d'ouverture. Entre les exercices 2001-2002 et 2003-2004, le volume d'appels traités par la Nurse Line a connu une croissance supérieure à 141 %, et le service a reçu plus de 250 000 appels³⁴.

2004

Pour certaines personnes, l'accès aux services de santé de première ligne en Colombie-Britannique constitue un défi. En 2003, 12 % des citoyens ont déclaré avoir de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi, 16 % ont parlé de difficultés au chapitre de l'accès à des conseils ou à de l'information en matière de santé, et 20 % ont déclaré avoir éprouvé de la difficulté à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur³⁵.

Malgré quelques difficultés au chapitre de l'accès aux services, dans l'ensemble, 81 % des citoyens de la province se disent très ou quelque peu satisfaits des soins de santé qu'ils ont reçus au cours de la dernière année. De plus, 83 % se sont dits satisfaits des soins communautaires, et 85 %, des services téléphoniques Info-santé³⁶.

La majorité (87 %) des résidents de la Colombie-Britannique ont déclaré avoir un médecin de famille régulier en 2003.

³⁴ Colombie-Britannique, ministère des Services de santé (2003) *2003/04 Annual Service Plan Report*. Extrait le 19 janvier 2005 à l'adresse suivante : <http://www.bcbudget.gov.bc.ca/annualreports/hs/hs.pdf>.

³⁵ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

³⁶ *Ibid.*

MANITOBA

2002

En 2001, la plupart (94 %) des Manitobains ont accédé à des services de première ligne, et 26 % d'entre eux ont déclaré avoir eu de la difficulté à le faire. En outre, 91 % ont accédé à des soins de routine, 48 %, à de l'information ou à des conseils en matière de santé, et 37 %, à des soins immédiats pour un problème de santé mineur³⁷. Dans l'ensemble, 14 % de la population ont déclaré qu'on n'avait pas répondu à tous leurs besoins en matière de santé dans la province.

Par ailleurs, 86 % de la population provinciale ont déclaré avoir un médecin de famille régulier, et 32 % des personnes qui ont déclaré ne pas en avoir ont donné comme raison le manque de médecins disponibles³⁸.

Selon le sondage JANUS mené en 2001, la province comptait alors 885 médecins de famille. La plupart des médecins de famille travaillent principalement dans une clinique ou un cabinet privé (64 %), tandis que 14 % travaillent principalement dans une clinique communautaire. Lorsqu'on leur a demandé de préciser leur statut d'exercice, 34 % ont indiqué être tout à fait disposés à accepter de nouveaux patients, tandis que 66 % ont précisé ne pas être disposés à le faire ou l'être à certaines conditions. Au Manitoba, les médecins de famille ont généralement tendance à considérer l'accès aux divers services de santé offerts dans leur collectivité comme assez bon ou bon, mais sont plus susceptibles de considérer comme médiocre l'accès aux demandes d'évaluation psychiatrique (33 %) et l'accès à un médecin de son choix lorsqu'on préfère un homme ou une femme (également 33 %)³⁹.

Renouvellement des soins de santé primaires

Au Manitoba, les soins de santé sont une responsabilité collective qui incombe au gouvernement provincial et aux régies régionales de la santé. Tant le ministère provincial que les régies régionales doivent offrir une vaste orientation stratégique, évaluer l'état de santé et garantir l'efficacité des activités de planification et de prestation des soins de santé. La

³⁷ Statistique Canada (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Catalogue 82-575-XIF. Extrait le 6 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-XIF/82-575-XIF2002001.pdf>

³⁸ *Ibid.*

³⁹ JANUS, *ibid.*

prestation des services de santé du Manitoba incombe aux 11 régions régionales de la santé de la province, qui sont chargées de fournir une orientation stratégique, d'évaluer les besoins et les buts en matière de santé et d'en établir l'ordre de priorité, de même que d'élaborer et de gérer une approche intégrée pour leur propre système de soins de santé⁴⁰.

En 2002, Santé Manitoba a élaboré un cadre de politique sur les soins de santé primaires afin d'orienter la réforme en cours dans la province. Selon la vision établie dans le cadre de la réforme dans la province, les Manitobains auront accès à des services de soins de santé primaires communautaires, intégrés et appropriés qui seront fondés sur les principes suivants : participation communautaire, santé de la population, soins interdisciplinaires, accessibilité, pertinence, suivi des soins, efficacité, et abordabilité et viabilité⁴¹.

FASSP

Santé Manitoba a réparti le financement consenti par le FASSP (20 844 059 \$) de façon graduelle. Au cours de la Phase I, on a affecté 8,8 millions de dollars à la création de cinq initiatives ayant pour but de jeter les bases du renouvellement des soins de santé primaires dans la province : l'expansion des centres téléphoniques *Health Links*, des initiatives de formation relatives à la pratique collaborative, une initiative relative aux technologies de l'information, la sensibilisation du public aux soins de santé primaires, et l'amélioration des services médicaux d'urgence. Au cours de la Phase II, Santé Manitoba a approuvé l'octroi de plus de 11,9 millions de dollars à 17 initiatives de soins de santé primaires présentées par les régions régionales de la santé aux fins de la réforme et de l'amélioration de leurs soins de santé primaires. Les initiatives ont été retenues en fonction de leur capacité de favoriser : l'accroissement de l'accès aux soins primaires grâce à l'établissement de réseaux de médecins de famille et à la pratique infirmière avancée, le renforcement des capacités communautaires, le renforcement organisationnel des régions régionales de la santé, et la création de systèmes de prestation de services intégrés⁴².

⁴⁰ Gouvernement du Manitoba (n.d.). *Regional Health Authorities*. Extrait le 18 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.gov.mb.ca/health/rha/index.html>

⁴¹ Santé Manitoba (2003). *Primary health Care Reform in Manitoba*. Extrait le 3 mai 2004 à l'adresse suivante : <http://www.gov.mb.ca/health/primaryhealth.html>

⁴² Santé Manitoba (2003). *News Release: 17 Projects Announced for Phase Two of Primary Health Care Transition Fund*. Extrait le 18 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.gov.mb.ca/chc/press/top/2003/04/2003-04-30-02.html>

2004

En 2003, on estimait que 54 % des Manitobains avaient besoin de soins de routine, 47 %, d'informations ou de conseils en matière de santé, et 34 %, de soins immédiats pour un problème de santé mineur. Sur le plan de l'accès aux services de première ligne, quelle que soit l'heure, 19 % des Manitobains ont déclaré avoir de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi, 18 %, à accéder à de l'information ou à des conseils en matière de santé, et 25 %, à accéder à des soins immédiats pour un problème de santé mineur⁴³.

Par ailleurs, 83 % des Manitobains déclarent être satisfaits des services de santé qu'ils ont reçus dans les 12 derniers mois. Ils ont déclaré être très satisfaits (84 %) des services offerts sur les lignes Info-santé et également très satisfaits (81 %) des soins communautaires⁴⁴.

En outre, 86 % des Manitobains avaient accès à un médecin de famille régulier, et 14 % ont déclaré ne pas en avoir⁴⁵.

NOUVEAU-BRUNSWICK

2002

En 2001, 94 % des résidents de la province ont accédé à au moins un service de première ligne au cours de l'année précédente, et 20 % de ces personnes ont déclaré avoir eu de la difficulté à le faire. De plus, 13 % des personnes qui ont accédé à des soins de routine (92 %) ont déclaré avoir eu de la difficulté à le faire, tout comme 15 % des personnes qui ont accédé à de l'information ou à des conseils en matière de santé (la moitié de la population) et 20 % des personnes qui ont accédé à des soins immédiats pour un problème de santé mineur (29 %). Dans l'ensemble, 10 % de la population ont déclaré qu'on n'a pas répondu à tous leurs besoins en matière de santé⁴⁶.

⁴³ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

⁴⁴ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ Statistique Canada (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Catalogue 82-575-XIF. Extrait le 6 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-XIF/82-575-XIF2002001.pdf>

En 2001, 95 % des habitants du Nouveau-Brunswick ont déclaré avoir un médecin de famille régulier, et ceux qui n'en avaient pas ont donné comme raison dans 29 % des cas le manque de médecins disponibles⁴⁷.

Selon le sondage JANUS mené en 2001, le Nouveau-Brunswick comptait alors 478 médecins de famille, dont un peu plus des trois quarts (77 %) ont précisé pratiquer principalement dans une clinique ou un cabinet privé. Même si seulement 6 % des médecins de famille ont déclaré travailler principalement dans une clinique communautaire, 11 % y pratiquent au moins une partie du temps. En ce qui a trait au statut d'exercice des médecins de famille, à savoir s'ils acceptent de nouveaux patients, 13 % ont indiqué être tout à fait disposés à en accepter, tandis que 87 % ont précisé ne pas être disposés à le faire ou l'être à certaines conditions. Les médecins de famille dans la province considèrent généralement l'accès à la plupart des services offerts dans leur collectivité comme assez bon ou bon, mais sont plus susceptibles de considérer comme médiocre l'accès aux demandes d'évaluation psychiatrique et aux places dans un établissement de soins de longue durée (48 % et 35 %, respectivement)⁴⁸.

Renouvellement des soins de santé primaires

Les soins de santé primaires font partie intégrante du renouvellement des soins de santé au Nouveau-Brunswick, et la mise en oeuvre de cette réforme incombe principalement aux régions régionales de la santé⁴⁹. Le Nouveau-Brunswick compte huit régions régionales de la santé qui assument plusieurs fonctions, dont celles d'élaborer et d'appliquer un plan triennal régional de santé et d'activités, de cerner les besoins de santé régionaux et de signaler les issues des mesures du rendement.

Une politique de renouvellement des soins de santé élaborée en 2000 porte sur un certain nombre de points liés aux soins de santé primaires, y compris les suivants : équipes interdisciplinaires, systèmes de santé intégrés, centres de santé communautaires, et dossier électronique de santé.

FASSP

Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick utilise le financement obtenu auprès du FASSP (13 689 805 \$) pour soutenir deux grandes initiatives : l'établissement d'un réseau de centres de soins de santé communautaires (CSSC) et

⁴⁷ Statistique Canada (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Catalogue 82-575-XIF. Extrait le 6 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-XIF/82-575-XIF2002001.pdf>

⁴⁸ JANUS, *ibid.*

⁴⁹ Wilson et coll. (2004). *Implementing Primary Health Care Reform: Barriers and Facilitators*, McGill-Queens University Press: School of Policy Studies, p. 179.

l'amélioration des services ambulanciers. Le reste du financement obtenu auprès du FASSP est utilisé pour élaborer et mettre en oeuvre une stratégie de gestion du changement, effectuer une analyse du système d'information de gestion pour le secteur public et le secteur des services de santé mentale, aider à la mise en oeuvre de diverses initiatives de télésanté, et procéder à des évaluations. Jusqu'à maintenant, le Nouveau-Brunswick a établi, partout dans la province, cinq CSSC dont les heures d'ouverture varient, et qui offrent une gamme de programmes et services liés aux soins de santé primaires, dispensés par tout un éventail de professionnels de la santé.

2004

En 2003, 64 % des habitants du Nouveau-Brunswick ont dû accéder à des soins de routine, 41 %, à de l'information ou à des conseils en matière de santé, et 38 %, à des soins immédiats pour un problème de santé mineur. Parmi ceux qui avaient besoin de soins, quelle que soit l'heure, 16 % ont déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi; 17 % ont déclaré la même chose à l'égard des informations ou des conseils en matière de santé, et 24 %, à l'égard des soins immédiats pour un problème de santé mineur. Dans l'ensemble, la plupart des résidents du Nouveau-Brunswick ont déclaré être très satisfaits des services de santé qu'ils ont reçus; 87 % des habitants de la province ont déclaré être très satisfaits des services de santé globaux, 92 % étaient satisfaits des soins communautaires, et 88 %, des services offerts sur les lignes Info-santé⁵⁰.

Quatre-vingt-douze pour cent des résidents de la province ont déclaré avoir un médecin de famille régulier⁵¹.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

2002

La majorité (95 %) de la population de Terre-Neuve-et-Labrador a déclaré avoir eu accès à des services de première ligne en 2001; parmi ces personnes, 23 % ont déclaré avoir eu de la difficulté à y accéder. En ce qui a trait aux autres services de première ligne, 94 % ont accédé à des soins de routine (dont 16 % ont déclaré avoir eu de la difficulté à le faire); 33 % ont accédé à de l'information ou à des conseils en matière de santé (dont 17 % ont déclaré avoir

⁵⁰ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

⁵¹ *Ibid.*

eu de la difficulté à le faire); et 37 % ont accédé à des soins immédiats pour un problème de santé mineur (dont 24 % ont signalé avoir eu de la difficulté à le faire). Dans l'ensemble, 12 % de la population ont déclaré qu'on n'a pas répondu à tous leurs besoins en matière de santé à l'égard de tous les services⁵².

Quatre-vingt-six pour cent de la population de Terre-Neuve-et-Labrador ont déclaré avoir un médecin régulier; 66 % des personnes qui n'en avaient pas (12 %) ont donné comme raison le manque de médecins disponibles⁵³.

En 2001, Terre-Neuve-et-Labrador comptait 410 médecins de famille, dont 63 % qui travaillaient principalement dans une clinique ou un cabinet privé, et 15 % dans une clinique communautaire ou un centre de santé communautaire; près du quart (22 %) travaillaient au moins de temps en temps dans une clinique communautaire ou un centre de santé communautaire. Le tiers des médecins de famille déclarent, au sujet de leur statut d'exercice, qu'ils acceptent de nouveaux patients, et la plupart des médecins de famille considéraient généralement l'accès aux divers services de santé comme assez bon ou bon, mais étaient plus susceptibles de considérer comme médiocre l'accès à des places dans un établissement de soins de longue durée, aux demandes d'évaluation psychiatrique et aux hôpitaux (43 %, 29 % et 25 %, respectivement)⁵⁴.

Renouvellement des soins de santé primaires

Le ministère de la Santé et des Services communautaires et les conseils régionaux de santé travaillent en collaboration afin d'offrir des services de santé à Terre-Neuve-et-Labrador. Le Ministère assume un rôle de leadership dans le domaine de la santé, des programmes de services communautaires et de la formulation des politiques, en plus de soutenir les conseils régionaux. Les programmes et les services de santé sont dispensés par 13 conseils de santé : six conseils régionaux institutionnels, quatre conseils régionaux de la santé et des services communautaires, deux conseils régionaux intégrés et un conseil régional de soins en maison de repos⁵⁵.

⁵² Statistique Canada (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Catalogue 82-575-XIF. Extrait le 6 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-XIF/82-575-XIF2002001.pdf>

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ JANUS, *ibid.*

⁵⁵ Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador (n.d.). *Departmental Profile*. Extrait le 18 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.health.gov.nl.ca/health/department/default.htm>

Les soins de santé primaires font partie intégrante de la réforme du système de santé à Terre-Neuve. En 2003, le ministère de la Santé et des Services communautaires a publié un cadre de mise en oeuvre du renouvellement des soins de santé primaires dans la province. Fruit de consultations, ce cadre porte sur : l'amélioration de l'accessibilité et de la viabilité des services de soins de santé primaires; l'importance d'avoir des citoyens et des collectivités autonomes et en santé; la promotion d'une approche globale, intégrée et fondée sur des données probantes dans le domaine de la prestation des services; et l'amélioration du degré de responsabilisation et de satisfaction en ce qui concerne les professionnels de la santé⁵⁶. Un conseil consultatif, qui compte des représentants du gouvernement provincial et des intervenants, conseille le Ministre relativement à l'application et à l'évaluation du cadre.

FASSP

Le financement consenti par le FASSP (9 705 620 \$) au ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador est utilisé en vue de soutenir le coût de la transition lié à la planification, à la mise en oeuvre et à l'évaluation de projets relatifs aux soins de santé primaires mis en oeuvre à l'échelle de la province. Le Ministère établit officiellement des équipes interdisciplinaires dans toute la province, en fonction des besoins de la population servie, et mise sur tout un éventail de professionnels de la santé.

2004

En 2003, 84 % de la population de Terre-Neuve-et-Labrador ont déclaré être très ou assez satisfaits des services globaux de soins de santé. En ce qui a trait à l'accès aux services de première ligne, 57 % de la population ont eu besoin de services de première ligne, 36 %, d'informations ou de conseils en matière de santé, et 37 %, de soins immédiats pour un problème de santé mineur. Vingt pour cent des personnes qui ont eu besoin de soins, quelle que soit l'heure de la journée, ont déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi, 15 %, à de l'information ou à des conseils en matière de santé, et 24 %, à des soins immédiats pour un problème de santé mineur⁵⁷.

Quatre-vingt-six pour cent de la population ont déclaré avoir un médecin de famille régulier⁵⁸.

⁵⁶ Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador (2003). *Moving Forward Together: A Framework for Primary Health Care in Newfoundland and Labrador*. Extrait le 4 mai 2004 à l'adresse suivante : <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdffiles/Moving%20Forward%20Together%20apple.pdf>

⁵⁷ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

⁵⁸ *Ibid.*

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Renouvellement des soins de santé primaires

Dans les Territoires du Nord-Ouest, le ministère de la Santé et des Services sociaux et huit régies régionales de la santé sont responsables de la planification, de la gestion et de la prestation d'un large éventail de services communautaires et de services en établissement. Les Territoires ont adopté une approche de santé fondée sur les soins primaires communautaires, expression synonyme de soins de santé primaires. Le gouvernement territorial a élaboré un plan d'action en matière de santé pour 2002-2005, dans lequel il décrit de nouveaux modes de prestation des services liés aux soins de santé primaires. On compte établir de façon officielle un modèle de prestation des services de santé et des services sociaux d'ici le début de 2003. Des projets pilotes d'intégration fondés sur ce modèle devraient être déployés peu de temps après. On assure actuellement la formation des infirmières praticiennes, et elles sont habilitées par la loi depuis 2002 à prendre diverses mesures diagnostiques et thérapeutiques.

FASSP

Grâce au financement obtenu auprès du FASSP (4 771 470 \$), le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest entreprend 11 initiatives de renouvellement des soins de santé primaires qui soutiennent collectivement la transition vers des services de santé et des services sociaux fondés sur les soins primaires communautaires. Parmi les initiatives, mentionnons les suivantes : éducation du public et du personnel et coordination de la réforme des soins primaires, création de services et d'équipes de soins de santé primaires intégrés, soutien en vue de l'amélioration des services en matière de santé génésique offerts aux femmes, et formation pour les fournisseurs de soins de santé.

2004

En 2003, 82 % de la population des Territoires du Nord-Ouest étaient très ou quelque peu satisfaits des soins de santé globaux reçus. Plus précisément, 86 % des gens se sont dits très satisfaits des soins communautaires, et 81 %⁵⁹, des services offerts sur les lignes Info-santé⁶⁰.

⁵⁹ On doit interpréter ces données avec prudence en raison du fort taux de variation.

⁶⁰ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

NOUVELLE-ÉCOSSE

2002

En 2001, 96 % de la population de la Nouvelle-Écosse ont déclaré avoir accédé à au moins un service de première ligne, et 23 % de ces personnes ont précisé avoir eu de la difficulté à obtenir ces soins. Plus précisément, 95 % ont accédé à des soins de routine, dont 13 % avec difficulté; 42 % ont accédé à de l'information ou à des conseils en matière de santé, dont 19 % avec difficulté; et 37 % ont accédé à des soins immédiats pour un problème de santé mineur, dont 24 % avec difficulté. Dans l'ensemble, 10 % de la population provinciale ont déclaré qu'on n'a pas répondu à tous leurs besoins en matière de santé⁶¹.

Quatre-vingt-quatorze pour cent des résidents de la Nouvelle-Écosse ont déclaré avoir un médecin de famille régulier, et 60 % de ceux qui ont indiqué ne pas en avoir un ont donné comme raison le manque de médecins disponibles⁶².

En 2001, 84 % des médecins de famille qui ont répondu au sondage JANUS pratiquaient principalement dans une clinique ou un cabinet privé, et seulement 8 % travaillaient dans une clinique communautaire ou un centre de santé communautaire à un moment donné. La plupart des médecins de famille ont déclaré qu'ils n'acceptent pas de nouveaux patients ou qu'ils sont disposés à le faire à certaines conditions, tandis que seulement 17 % ont précisé qu'ils n'hésitent pas à en accepter⁶³.

Renouvellement des soins de santé primaires

En 2001, le ministère de la Santé a mis sur pied un Comité consultatif sur le renouvellement des soins de santé primaires et, à la suite de consultations menées auprès d'un large éventail d'intervenants, a élaboré une vision pour le renouvellement des soins de santé primaires dans la province. Dans le cadre de cette stratégie, on envisage pour la province un système de soins de santé primaires communautaire, axé sur la famille, personnalisé, complet, adapté et souple, accessible, intégré, collectif et novateur, capable de rendre des comptes et, enfin, viable⁶⁴.

⁶¹ Statistique Canada (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Catalogue 82-575-XIF. Extrait le 6 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-XIF/82-575-XIF2002001.pdf>

⁶² *Ibid.*

⁶³ JANUS, *ibid.*

⁶⁴ Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse (n.d.). *Primary Health Care Renewal: Vision*. Extrait le 18 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/vision.htm>

FASSP

Les fonds de la Nouvelle-Écosse au titre du FASSP (17 073 265 \$) sont affectés aux quatre grandes priorités suivantes : aiguiller les soins de santé primaires vers des équipes chargées de dispenser les soins de santé primaires de façon concertée; favoriser l'évolution de la culture organisationnelle des fournisseurs de soins de santé, de façon à soutenir l'adoption d'une approche fondée sur la santé de la population, et à favoriser la collaboration et l'adoption d'un rôle accru au chapitre de la promotion de la santé; changer le système de financement des soins de santé primaires; et soutenir le passage du système de soins de santé primaires à l'utilisation de dossiers électroniques de santé.

2004

En 2003, 62 % de la population de la Nouvelle-Écosse ont dû accéder à des soins de routine, 47 %, à de l'information ou à des conseils en matière de santé, et 39 %, à des soins immédiats pour un problème de santé mineur. Quinze pour cent des personnes qui ont eu besoin de soins, quelle que soit l'heure de la journée, ont déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi, 15 %, à de l'information ou à des conseils en matière de santé, et 26 %, à des soins immédiats pour un problème de santé mineur. Dans l'ensemble, les patients ont déclaré être très satisfaits des soins de santé qu'ils ont reçus; 84 % de la population se sont dits très satisfaits des services globaux liés aux soins de santé, 86 % étaient satisfaits des soins communautaires, et 92 %, des services offerts sur les lignes Info-santé⁶⁵.

Quatre-vingt-quatorze pour cent de la population ont déclaré avoir un médecin de famille régulier.

NUNAVUT

Renouvellement des soins de santé primaires

Après la dissolution de trois conseils en 2000, la gestion et la prestation des services de santé du Nunavut ont été intégrées aux activités générales du ministère territorial de la Santé et des Services sociaux. Le Ministère a pour mandat de promouvoir, de protéger et de favoriser la

⁶⁵ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

santé et le mieux-être du Nunavut afin d'aider ses résidents à être autonomes et productifs; pour ce faire, il offre une vaste gamme de programmes et de services dans le domaine des soins primaires et actifs, de la protection de la jeunesse, des services à la famille, de la santé mentale, de la promotion et de la protection de la santé, et de la prévention des blessures⁶⁶.

Même si le Nunavut n'a pas établi de politique sur les soins de santé primaires, il respecte son Mandat de Bathurst, selon lequel « la santé du Nunavut dépend de la santé de chacune de ses communautés physiques, sociales, économiques et culturelles et de la capacité de ces communautés à servir les Nunavummiuts dans l'esprit de l'inuuqatigiittiarniq, c'est-à-dire l'interconnexion saine du cerveau, du corps, de l'esprit et de l'environnement⁶⁷ ». On a établi des plans pour la réforme de la santé, qui comprennent des activités de recrutement, de formation et de maintien, de même que la mise en place d'un Réseau de télésanté et la formulation d'un plan de capacité et de plans de mieux-être pour chaque communauté.

FASSP

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut entreprend une série d'initiatives de transition progressives dans le but d'apporter des changements structurels au système de soins de santé primaires du territoire. Le financement obtenu auprès du FASSP (4 508 924 \$) permet au Nunavut d'entreprendre deux grandes composantes : un processus de gestion du changement menant à la fourniture de soins de santé primaires intégrés, coordonnés et axés sur le patient et la communauté; et une stratégie de gestion de l'information ayant pour but de fournir l'information nécessaire au soutien des soins de santé primaires.

2004⁶⁸

En 2003, 74 % de la population du Nunavut ont déclaré être très satisfaits des services de soins de santé reçus, et 91 % ont indiqué la même chose pour les soins communautaires⁶⁹.

⁶⁶ Gouvernement du Nunavut (2000). *Health and Social Services: Improving Nunavuts Health*. Extrait le 21 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.gov.nu.ca/hsssite/hssmain.shtml>

⁶⁷ Gouvernement du Nunavut (2000). *The Bathurst Mandate Pinasuaqtavut : that which we've set out to do*. Extrait le 18 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/departments/bathurst/health.shtml>

⁶⁸ On ne dispose pas de données pour le Nunavut à l'égard de certains indicateurs en matière de soins de santé primaires (on a eu de la difficulté à en obtenir sur les services de santé, les informations ou les conseils, et les soins immédiats), car ce territoire n'était pas inclus dans les sondages applicables. De plus, on ne dispose d'aucune donnée sur les lignes Info-santé ou les services de télésanté, puisque ces services ne sont pas offerts au Nunavut.

⁶⁹ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

ONTARIO

2002

En 2001, 96 % de la population de l'Ontario ont déclaré avoir accédé à au moins un service de première ligne au cours des 12 derniers mois, et 18 % de ces personnes ont indiqué avoir eu de la difficulté à le faire. En outre, 94 % ont déclaré avoir accédé à des soins de routine (dont 11 % avec difficulté), 49 %, à de l'information ou à des conseils en matière de santé (dont 10 % avec difficulté), et 34 %, à des soins immédiats pour un problème de santé mineur (dont 18 % avec difficulté). En ce qui a trait aux besoins en matière de santé, 11 % des Ontariens ont déclaré qu'on n'a pas répondu à tous leurs besoins dans ce domaine pour ce qui est de tous les services⁷⁰.

La plupart des gens en Ontario (94 %) ont déclaré avoir un médecin de famille régulier, et 50 % des personnes qui ont indiqué ne pas en avoir un ont donné comme raison le manque de médecins disponibles⁷¹.

En 2001, l'Ontario comptait 8 730 médecins de famille, dont la plupart (82 %) travaillaient principalement dans une clinique ou un cabinet privé; 3 % déclarent travailler principalement dans une clinique communautaire ou un centre de santé communautaire, tandis que 6 % indiquent pratiquer dans un centre de santé communautaire ou une clinique communautaire de temps en temps. La plupart des médecins de famille ontariens n'acceptent pas de nouveaux patients ou sont prêts à en accepter à certaines conditions, alors que moins du cinquième indiquent être tout à fait disposés à le faire⁷².

Renouvellement des soins de santé primaires

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario est chargé d'administrer et d'offrir des programmes et des services de soins de santé dans l'ensemble de la province. La réforme des soins de santé dans la province se poursuit toujours et a donné lieu à l'établissement de plusieurs modèles de soins primaires dans la province, y compris des réseaux Santé familiale, des groupes de santé familiale, des réseaux de soins primaires et des centres de santé communautaires. De plus, des initiatives comme le programme de formation en soins de santé primaires à l'intention des infirmières praticiennes et Télésanté Ontario visent à améliorer l'accès aux soins.

⁷⁰ Statistique Canada (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Catalogue 82-575-XIF. Extrait le 6 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-XIF/82-575-XIF2002001.pdf>

⁷¹ *Ibid.*

⁷² JANUS, *ibid.*

FASSP

L'Ontario a utilisé ses fonds au titre du FASSP (213 170 044 \$) pour financer un éventail de projets de renouvellement des soins de santé primaires visant à réaliser les objectifs suivants : faciliter l'inscription de médecins qui participent au Réseau Santé familiale et à d'autres modèles de soins primaires; soutenir les projets visant à examiner et à évaluer l'intégration des fournisseurs interdisciplinaires aux modèles de soins primaires; concevoir des systèmes d'information pour favoriser le paiement efficient et rapide des honoraires des médecins dans le cadre des modèles de soins primaires; soutenir les activités de communication auprès du public et des fournisseurs en matière de renouvellement des soins de santé primaires; concevoir un programme d'accréditation volontaire pour les médecins et les autres fournisseurs interdisciplinaires qui travaillent au sein des modèles de soins primaires; concevoir et mettre en oeuvre un programme de formation en leadership à l'intention des fournisseurs de soins primaires interdisciplinaires dans le cadre des modèles de soins primaires; faciliter l'établissement de liens avec les services de santé mentale et les services de réadaptation; et soutenir les activités de gestion de projet du Ministère, ainsi que certaines des activités liées au Réseau Santé familiale de l'Ontario.

2004

En 2003, 57 % de la population de l'Ontario ont eu besoin de soins de routine, 44 %, d'informations ou de conseils en matière de santé, et 36 %, de soins immédiats pour un problème de santé mineur. En ce qui a trait à la difficulté d'accès à des services de première ligne, 16 % des personnes qui ont eu besoin de soins, quelle que soit l'heure de la journée, ont déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi, 18 %, à de l'information ou à des conseils en matière de santé, et le quart, à des soins immédiats pour un problème de santé mineur⁷³.

Selon le sondage, 85 % de la population ontarienne ont déclaré être très ou quelque peu satisfaits des services globaux liés aux soins de santé reçus. De plus, 82 % de la population provinciale se sont dits très satisfaits des soins communautaires, et 84 %, des services offerts sur les lignes Info-santé⁷⁴.

Quatre-vingt-dix pour cent de la population de l'Ontario indiquent avoir un médecin de famille régulier.

⁷³ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

⁷⁴ *Ibid.*

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

2002

En 2001, 94 % de la population de l'Île-du-Prince-Édouard ont déclaré avoir accédé à au moins un service de première ligne, et 26 % de ces personnes ont indiqué avoir eu de la difficulté à le faire. En outre, 92 % ont accédé à des soins de routine, dont 16 % avec difficulté; 46 % ont accédé à de l'information ou à des conseils en matière de santé, dont 18 % avec difficulté; et 34 % ont accédé à des soins immédiats pour un problème de santé mineur, dont 26 % avec difficulté. Dans l'ensemble, 13 % de la population provinciale ont déclaré qu'on n'a pas répondu à tous leurs besoins en matière de santé⁷⁵.

Quatre-vingt-quatorze pour cent des résidents de la Nouvelle-Écosse ont déclaré avoir un médecin de famille régulier, et 76 % de ceux qui ont indiqué ne pas en avoir un ont donné comme raison le manque de médecins disponibles⁷⁶.

En 2001, l'Île-du-Prince-Édouard comptait 187 médecins de famille, dont la plupart (87 %) travaillaient principalement dans une clinique ou un cabinet privé; seulement 2 % d'entre eux travaillaient principalement dans une clinique communautaire ou une clinique de santé communautaire. En ce qui a trait au statut d'exercice, 22 % des médecins de famille se sont dits tout à fait disposés à accepter de nouveaux patients, mais 78 % ont déclaré ne pas être disposés à le faire ou l'être à certaines conditions⁷⁷.

Renouvellement des soins de santé primaires

Le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard comprend le Ministère proprement dit et cinq régies de la santé, dont quatre régies régionales en plus de l'Agence provinciale des services de santé, qui sont chargées de gérer et d'offrir des programmes et des services de base. Les soins de santé primaires font partie intégrante du plan de santé stratégique de la province; cette dernière tient à améliorer l'accès aux services dans ce domaine afin d'atteindre un certain nombre de ses objectifs en matière de santé.

L'Île-du-Prince-Édouard a déployé un certain nombre de stratégies visant à réformer les soins de santé primaires dans la province à l'aide d'un modèle de « remaniement des soins de santé primaires », fondé sur les principes des soins de santé primaires définis par l'Organisation

⁷⁵ Statistique Canada (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Catalogue 82-575-XIF. Extrait le 6 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-XIF/82-575-XIF2002001.pdf>

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ JANUS, *ibid.*

mondiale de la santé en 1978. Le modèle comprend la création de centres de santé familiale qui permettront aux médecins, aux infirmières et à d'autres professionnels de la santé de travailler en collaboration. On a mis sur pied un comité provincial d'application, qui est chargé de superviser les travaux d'élaboration de même que de se pencher sur les questions liées à la viabilité.

FASSP

L'Île-du-Prince-Édouard a reçu 6 526 879 \$ au titre du FASSP et déploie actuellement deux grandes initiatives de restructuration des soins de santé primaires, et pour promouvoir et évaluer ces initiatives. La plus grande initiative concerne l'établissement, partout dans la province, de centres de santé familiale qui misent sur la pratique concertée d'équipes interdisciplinaires de professionnels de soins de santé, sur des protocoles de gestion des soins, sur la diversification des modes de paiement, sur des heures d'ouverture prolongées, sur l'inscription du patient et sur l'amélioration des technologies de l'information. La deuxième initiative consiste à élaborer et à mettre en oeuvre une stratégie de vie saine fondée sur une approche axée sur la santé de la population.

2004

En 2003, 58 % de la population de l'Île-du-Prince-Édouard ont eu besoin de soins de routine, 50 %, d'informations ou de conseils en matière de santé, et 38 %, de soins immédiats pour un problème de santé mineur. Par ailleurs, les résidents de la province ont déclaré avoir eu de la difficulté, à divers degrés, à obtenir des services de première ligne, quelle que soit l'heure de la journée, 18 %, des soins de routine ou de suivi, 17 %, des informations ou des conseils en matière de santé, et 28 %, des soins immédiats pour un problème de santé mineur⁷⁸.

Le degré de satisfaction des patients à l'égard des services est l'un des indicateurs de la qualité de ces services. En 2003, 89 % de la population de l'Île-du-Prince-Édouard ont déclaré être très ou quelque peu satisfaits des services globaux liés aux soins de santé reçus, 85 %, des soins communautaires, et 76 %, des services offerts sur les lignes Info-santé⁷⁹.

La plupart des habitants de la province (91 %) ont indiqué avoir un médecin de famille régulier⁸⁰.

⁷⁸ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ *Ibid.*

2002

En 2001, 91 % de la population du Québec ont déclaré avoir accédé à au moins un service de première ligne au cours des 12 derniers mois, dont 17 % avec difficulté. De plus, 10 % des personnes qui ont accédé à des soins de routine (86 %) ont indiqué avoir eu de la difficulté à le faire, tout comme 15 % des personnes qui ont accédé à de l'information ou à des conseils en matière de santé (39 %) et 17 % des personnes qui ont accédé à des soins immédiats pour un problème de santé mineur (35 %). Dans l'ensemble, 10 % de la population de la province ont déclaré qu'on n'a pas répondu à tous leurs besoins en matière de santé⁸¹.

En 2001, un peu plus des trois quarts de la population du Québec (76 %) a déclaré avoir un médecin de famille régulier; 16 % des personnes qui n'en avaient pas (24 %) ont donné comme raison le manque de médecins disponibles⁸².

Selon le sondage JANUS, en 2001, le Québec comptait 6 728 médecins de famille, dont plus de la moitié travaillaient principalement dans une clinique ou un cabinet privé; 15 % déclarent travailler principalement dans une clinique de santé communautaire ou un CLSC, et 24 % indiquent y travailler au moins une partie du temps. Plus du quart des médecins de famille ont déclaré, en ce qui a trait à leur statut d'exercice, qu'ils étaient tout à fait disposés à accepter de nouveaux patients, alors que 73 % ont indiqué qu'ils n'étaient pas disposés à le faire ou qu'ils l'étaient à certaines conditions⁸³.

⁸¹ Statistique Canada (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Catalogue 82-575-XIF. Extrait le 6 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-XIF/82-575-XIF2002001.pdf>

⁸² *Ibid.*

⁸³ JANUS, *ibid.*

Renouvellement des soins de santé primaires

Le système de soins de santé du Québec est divisé à l'échelle centrale, régionale et locale. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec établit les orientations stratégiques et affecte les ressources budgétaires; à l'échelle régionale, 18 organismes de santé et de services sociaux sont chargés d'organiser et de coordonner les services, de même que d'affecter les crédits budgétaires; à l'échelle locale, les centres de santé et de services sociaux et les réseaux de services locaux sont responsables ensemble de la population de leur territoire local, fonctions qu'ils remplissent dans le cadre d'un projet clinique et organisationnel⁸⁴.

Le réseau de soins primaires représente l'assise du système de santé du Québec. En réaction à la Commission Clair, le Ministère a mis sur pied des groupes de médecine familiale (GMF) afin de renforcer les soins primaires et d'améliorer pour ce faire la collaboration entre les centres de santé communautaires locaux et les pratiques médicales privées⁸⁵. Les GMF se composent de médecins de famille qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières prodiguant des soins médicaux essentiels aux patients inscrits. Tous les GMF doivent signer une entente avec un centre de services communautaire local; parmi les services offerts par ces groupes, mentionnons la prestation de soins adaptés à l'état de santé des patients inscrits, la prévention des maladies et la promotion de la santé, l'évaluation de l'état de santé, le diagnostic et le traitement des affections aiguës et chroniques.

FASSP

Le Québec utilise ses fonds au titre du FASSP (133 681 686 \$) pour financer la mise en oeuvre des GMF. Un GMF est un groupe de médecins de famille dont les membres travaillent en étroite collaboration avec les infirmières en vue de dispenser des services médicaux aux personnes inscrites. Les médecins de famille qui sont membres des GMF travailleront aussi en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé dans les CLSC, les hôpitaux, les pharmacies communautaires, etc., de façon à compléter les services qu'ils dispensent. Le MSSS compte établir progressivement environ 300 GMF partout au Québec, afin que l'ensemble de la population soit inscrite d'ici la fin de 2005.

⁸⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). *Quebec's Health and Social Services System*. Extrait le 21 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/en/reseau/system.html>

⁸⁵ Haggerty, Jeannie et coll. (2004). *Continuity and Accessibility of Primary Care in Quebec: Barriers and Facilitators*. Extrait le 13 janvier 2005 (p. 1) à l'adresse suivante : http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrou/ressource/PDF/continuity_report.pdf

2004

En 2003, 63 % des habitants du Québec ont dû accéder à des soins de routine, 41 %, à de l'information ou à des conseils en matière de santé, et 33 %, à des soins immédiats pour un problème de santé mineur. Par ailleurs, 20 % des personnes qui ont eu besoin de soins, quelle que soit l'heure de la journée, ont déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi, 15 %, à de l'information ou à des conseils en matière de santé, et 26 %, à des soins immédiats pour un problème de santé mineur⁸⁶.

En ce qui a trait au degré de satisfaction à l'égard des services de santé, 87 % de la population du Québec se sont dits très satisfaits des services globaux liés aux soins de santé, 89 %, des soins communautaires, et 84 %, des services offerts sur les lignes Info-santé⁸⁷.

Soixante-treize pour cent de la population provinciale ont indiqué avoir un médecin de famille régulier⁸⁸.

SASKATCHEWAN

2002

Quatre-vingt-quinze pour cent de la population de la Saskatchewan ont accédé à au moins un service de première ligne en 2001, dont 18 % ont déclaré avoir eu de la difficulté à le faire. De plus, 10 % des personnes qui ont accédé à des soins de routine (92 %) ont déclaré avoir eu de la difficulté à le faire, tout comme 17 % des personnes qui ont accédé à de l'information ou à des conseils en matière de santé (48 %) et 13 % des personnes qui ont accédé à des soins immédiats pour un problème de santé mineur (42 %). Dans l'ensemble, 11 % de la population de la province ont déclaré qu'on n'a pas répondu à tous leurs besoins en matière de santé en 2001⁸⁹.

⁸⁶ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ Statistique Canada (2002). *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Catalogue 82-575-XIF. Extrait le 6 avril 2005 à l'adresse suivante : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-XIF/82-575-XIF2002001.pdf>

En 2001, 90 % des habitants de la province ont déclaré avoir un médecin de famille régulier, et 39 % de ceux qui ont indiqué ne pas en avoir un ont donné comme raison le manque de médecins disponibles⁹⁰.

Selon le sondage JANUS, la Saskatchewan comptait 766 médecins de famille en 2001, dont 73 % travaillaient principalement dans une clinique ou un cabinet privé; 7 % et 6 % ont précisé qu'ils travaillaient principalement dans une clinique communautaire et dans une clinique sans rendez-vous, respectivement. En ce qui a trait au statut d'exercice, 43 % ont déclaré être tout à fait disposés à accepter de nouveaux patients, tandis que 57 % ont indiqué qu'ils n'étaient pas disposés à le faire ou qu'ils l'étaient à certaines conditions⁹¹.

Renouvellement des soins de santé primaires

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan et le système des régies régionales de la santé travaillent de concert afin d'offrir des programmes et des services de soins de santé dans l'ensemble de la province. La Saskatchewan compte 12 régies régionales de la santé, qui sont responsables de divers services, y compris les services de santé communautaires, les soins de soutien, les services de santé mentale, les services de réadaptation et les services d'intervention d'urgence. La province a établi un plan d'action en matière de soins de santé, dans lequel on accorde la priorité aux soins de santé primaires; entre autres, on vise à mettre sur pied des équipes de fournisseurs et des réseaux de soins de santé, à améliorer les systèmes d'information sur la santé, à établir une ligne Info-santé, à améliorer l'accès offert 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et à recruter et à former des fournisseurs de soins de santé.

À la suite d'autres initiatives dans le domaine des soins de santé primaires et des travaux entrepris par les anciens districts de santé, Santé Saskatchewan a appliqué en 2002 un plan d'action en matière de soins de santé primaires, qui est fondé sur un système intégré de services de santé offerts 24 heures sur 24, sept jours sur sept par l'entremise d'équipes et de réseaux de fournisseurs de soins de santé gérés par la régie régionale de la santé. Le plan vise à réorganiser le système des soins de santé primaires et s'articule autour de caractéristiques comme l'accessibilité, des mesures efficaces de promotion de la santé et de prévention des maladies, une approche proactive et concertée de gestion des maladies chroniques, l'utilisation appropriée de la technologie, les soins axés sur les patients ou les clients, le continuum des ressources humaines, et l'intégration et la coordination des services⁹². L'objectif est d'établir dans toutes les régions des réseaux et une équipe qui auront accès à l'ensemble de la population d'ici dix ans.

⁹⁰ *Ibid.*

⁹¹ JANUS, *ibid.*

⁹² Santé Saskatchewan (2002). *The Saskatchewan Action Plan for Primary Health Care*. Extrait le 13 décembre 2004 à l'adresse suivante :
http://www.health.gov.sk.ca/ph_phs_publications/phs_action_plan_for_primary_health_care.pdf

FASSP

C'est dans le contexte de son plan d'action décennal relatif aux soins de santé que le ministère de la Santé de la Saskatchewan utilise les fonds consentis par le FASSP (18 592 405 \$) en vue de soutenir certaines des activités de transition de la province au cours des quatre premières années. Parmi les activités financées, mentionnons les suivantes : renforcer la capacité du Ministère de définir les services essentiels, de mettre au point et de fixer des normes et d'établir des indicateurs de rendement relatifs aux soins de santé primaires; renforcer la capacité des régies de la santé régionales de gérer la mise en oeuvre et le changement dans la région; entreprendre des initiatives de conception de programmes relatifs au développement communautaire et à la formation des équipes; et établir un service d'aide téléphonique ayant pour fonction de dispenser des services d'évaluation et d'aiguillage 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

2004

En 2003, un peu plus de la moitié de la population de la Saskatchewan (52 %) a eu besoin de soins de routine, alors que 47 % ont eu besoin d'information ou de conseils en matière de santé, et 33 %, des soins immédiats pour un problème de santé mineur. Par ailleurs, 13 % des personnes qui ont eu besoin de soins, quelle que soit l'heure de la journée, ont déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi, 12 %, à de l'information ou à des conseils en matière de santé, et 17 %, à des soins immédiats pour un problème de santé mineur⁹³.

En ce qui a trait au degré de satisfaction des patients à l'égard des services globaux de soins de santé, 88 % de la population se sont dits très satisfaits des services de soins de santé reçus, et 82 % et 81 %, respectivement, des soins communautaires et des services offerts sur les lignes Info-santé⁹⁴.

Quatre-vingt-six pour cent des habitants de la Saskatchewan ont déclaré avoir un médecin de famille régulier⁹⁵.

⁹³ Statistique Canada (2004). *Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires, 2004*. Extrait le 31 mars 2005 à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-401-XIF/2002000/primarycare_f.htm

⁹⁴ *Ibid.*

⁹⁵ *Ibid.*

YUKON

Renouvellement des soins de santé primaires

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon gère la prestation des services de santé du territoire. Même si le Yukon n'a pas établi de politique officielle, le gouvernement territorial a adopté une approche de mise en oeuvre du renouvellement des soins de santé primaires à deux volets, soit : mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures, de même que sur la gestion des maladies chroniques, notamment en ce qui a trait à l'alcoolisme et à la toxicomanie; et favoriser la coordination et l'intégration avec d'autres services de santé.

FASSP

Le FASSP a permis au Yukon d'obtenir des fonds de 4 587 282 \$ pour le renouvellement des soins de santé primaires dans le territoire, qu'il affecte à deux grandes activités. La première initiative a pour but de réorienter les structures et les processus organisationnels en vue de mobiliser les intervenants aux fins du repérage des obstacles et des solutions favorisant une plus grande intégration des services et un accent accru sur la promotion de la santé dans le contexte des soins de santé primaires. La deuxième initiative concerne la conception d'outils technologiques de soutien visant à améliorer les systèmes d'information liés aux soins de santé primaires.

En 2003, on a convié 100 délégués de partout sur le territoire à une conférence sur la planification des soins de santé primaires en vue d'examiner des façons d'améliorer les soins de santé primaires au Yukon, et on a cerné les domaines prioritaires suivants : traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, modes de vie sains, information sur la santé, stratégie relative aux maladies chroniques, coopération et collaboration, et plan d'action en matière de santé. On élabore actuellement un plan de mise en oeuvre qui s'appuie sur ces recommandations et ces domaines prioritaires.

2004

En 2003, 85 % des résidents du Yukon ont déclaré être très ou quelque peu satisfaits des services globaux de soins de santé reçus, et 86 %, des soins communautaires.

