



Health Santé
Canada Canada

Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC) des PN/I

ÉVALUATION

Rapport final

Mars 2012

Canada 

TABLE DES MATIÈRES

- **Plan d'action de gestion — Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC) des PN/I — Évaluation**
- **Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC) des PN/I — Évaluation — Rapport final**

PLAN D'ACTION DE GESTION

Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC) des PN/I – Évaluation

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats/Réalisations attendues	Responsabilisation	Date prévue pour la conclusion des travaux
<p>1. Réaliser une seule analyse de rentabilisation détaillée et complète</p>	<p>En accord.</p> <p>En consultation avec les autorités régionales du programme de la DGSPNI et les Premières nations et les Inuits (PN/I), le Programme d'infrastructure de la cybersanté préparera une analyse de rentabilisation qui visera à améliorer l'accès, la qualité et la productivité en matière de santé et de soins de santé pour les collectivités des PN/I en augmentant l'adoption et l'utilisation de systèmes modernes, et des stratégies de gestion du changement à l'intérieur des collectivités.</p> <p>L'analyse de rentabilisation sera utilisée pour déterminer les besoins futurs de financement et de soutien pour le prochain cycle de financement (AF 2013-2014) et les garantir.</p>	<p>Une analyse de rentabilisation pour le Programme d'infrastructure de la cybersanté sera élaborée en vue d'une mise en œuvre aux échelons national et régional.</p>	<p>Gestionnaire national du programme cybersanté, Division des infrastructures de santé (DIS), Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGPSNI), Santé Canada (SC)</p> <p>Autorités régionales du programme cybersanté de la DGSPNI, DGPSNI, SC</p>	<p>Mars 2013</p>
<p>2. Prioriser les investissements et préciser davantage les politiques et les pratiques de financement</p>	<p>En accord.</p> <p>Les directives sur le Programme de cybersanté préciseront l'accent de chaque composante de programmes de sorte que la cybersanté puisse assurer plus facilement l'examen, l'évaluation et l'ajustement de son niveau actuel d'investissement en fonction des besoins régionaux et des priorités en matière de financement. De plus, les régions continueront de soumettre des plans de travail annuel.</p> <p>Utiliser les évaluations de l'état de préparation pour harmoniser le financement aux besoins et aux priorités des groupes des collectivités des Premières nations (PN).</p>	<p>Plan de travail régional révisé et examens régionaux de fin d'exercice.</p> <p>Les évaluations de l'état de préparation sont à jour pour tenir compte des priorités en matière de financement.</p>	<p>Autorités régionales du programme cybersanté de la DGSPNI, DGPSNI, SC</p> <p>Gestionnaire national du programme cybersanté, DIS, DGPSNI, SC et Autorités régionales du programme cybersanté de la DGSPNI, DGPSNI, SC</p>	<p>Complété</p> <p>Décembre 2012</p>

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats/Réalisations attendues	Responsabilisation	Date prévue pour la conclusion des travaux
3. Bâtir une capacité de cybersanté pour les collectivités des PN	<p>En accord.</p> <p>Les investissements en formation permettront à chaque collectivité des PN/I de combler les lacunes sur le plan du savoir sur la cybersanté, de cerner les besoins en matière de formation des fournisseurs de service de leur collectivité et d'élaborer une formation adaptée à leurs besoins particuliers.</p> <p>Continuer d'investir dans la gouvernance des PN/I, la planification, le développement stratégique, le développement des ressources humaines et organisationnelles.</p>	<p>Priorités en matière de formation cernées dans les plans de travail régionaux annuels.</p> <p>Réunions régulières avec l'APN, ITK, les organisations régionales des PN/I, L'Inforoute, COACH, AADNC, etc. (seront déterminées dans les plans de travail régionaux annuels).</p>	<p>Autorités régionales du programme cybersanté de la DGSPNI, DGPSNI, SC</p> <p>Gestionnaire national du programme cybersanté, DIS, DGPSNI, SC</p>	<p>Mars 2013</p> <p>Mars 2013</p>
4. Mettre en œuvre une approche exhaustive des communications	<p>En accord.</p> <p>La cybersanté se concentrera sur l'établissement et l'amélioration des processus et des outils de communication précis de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaborer des partenariats et investir (p. ex., AADNC, Canadian Telehealth Forum – COACH, APN, MBtelehealth, Réseau télémédecine Ontario (RTO)) et des communications régulières avec les collectivités des PN. 	<p>Communications régulières avec les bureaux régionaux de la DGSPNI et les intervenants clés (par ex., APN, COACH), sous la forme de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - téléconférences trimestrielles; - rapports d'étape trimestriels Panorama; - réunions régulières avec des intervenants externes. <p>Participation dans des forums de discussion de politiques (par ex. « eHealth Convergence Forum » des Premières nations et des juridictions)</p>	<p>Gestionnaire national du programme cybersanté, DIS, DGPSNI, SC</p> <p>Autorités régionales du programme cybersanté de la DGSPNI, DGPSNI, SC</p> <p>Gestionnaire national du programme cybersanté, DIS, DGPSNI, SC</p>	<p>Mars 2013</p> <p>Complété</p>

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats/Réalisations attendues	Responsabilisation	Date prévue pour la conclusion des travaux
5. Mettre en œuvre une stratégie de gestion du rendement plus précise	En accord. Le programme de cybersanté s'appuiera sur la matrice de mesure et d'évaluation du rendement pour la présente évaluation et pour l'évaluation de la phase 2 aux fins suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - recueillir de meilleures données sur le rendement de la qualité; - améliorer la cohérence des données régionales recueillies; - mieux mesurer le succès en fonction des cibles établies; - faciliter les prochaines évaluations. 	Un matrice de mesure et d'évaluation du rendement plus précise. Mise en œuvre d'un logiciel de gestion de projet pour gérer les données de mesure du rendement. Gabarits communs pour les plans de travail régionaux et les rapports annuels de fin d'exercice.	Gestionnaire national du programme cybersanté, DIS, DGPSNI, SC Autorités régionales du programme cybersanté des DGSPNI, DGPSNI, SC Gestionnaire national du programme cybersanté, DIS, DGPSNI, SC	Mars 2013 Mars 2013 Mars 2013



Health Santé
Canada Canada

PROGRAMME D'INFRASTRUCTURE DE LA CYBERSANTÉ (PIC) DES PN/I

Évaluation

Rapport final

Février 2012

Canada 

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire exécutif.....	iii
1. Contexte.....	1
2. Description du programme.....	1
2.1. Composantes du programme.....	4
2.2. Ressources du programme.....	5
2.3. Principaux partenaires et intervenants	6
3. Évaluation du Programme d'infrastructure de la cybersanté de la DGSPNI.....	6
3.1. Objectif de l'évaluation du contexte	6
3.2. Portée de l'évaluation.....	7
3.3. Évaluation ministérielle de l'évaluation des risques.....	9
3.4. Approche, conception et méthodologie de l'évaluation.....	9
3.5. Limites et stratégies d'atténuation	14
4. Principales constatations.....	17
4.1. Pertinence.....	17
4.2. Rendement.....	22
5. Conclusions	38
5.1. Pertinence.....	38
5.2. Rendement.....	38
6. Recommandations	41

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AADNC	Affaires autochtones et Développement du Nord Canada
APN	Assemblée des Premières nations
FTSA	Fonds de transition pour la santé des Autochtones
DPGA	Direction de la planification et de la gestion des affaires
DGCM	Direction générale du contrôleur ministériel
PEM	Plan d'évaluation ministériel
DMERM	Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère
CCE	Comité consultatif d'évaluation
CCIC	Comité consultatif sur l'infrastructure de la cybersanté
PIC	Programme d'infrastructure de la cybersanté
DSE	Dossiers de santé électroniques
DME	Dossiers médicaux électroniques
F/P/T	Fédéral/provincial/territorial
LGFP	Loi sur la gestion des finances publiques
LFR	Loi fédérale sur la responsabilité
PN	Premières nations
SPNI	Santé des Premières nations et des Inuits
DPSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
PN/I	Premières nations et Inuits
SC	Santé Canada
PASIS	Plan d'action stratégique de l'infrastructure de la santé
AC	Administration centrale
FISS	Fonds d'intégration des services de santé
TIC	Technologie de l'information et des communications
TI	Technologie de l'information
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
PAG	Plan d'action de la gestion
AAP	Architecture des activités de programme
CMR	Cadre de mesure du rendement
DSSP	Division des soins de santé primaires
DSSPSP	Direction des soins de santé primaires et de la santé publique
P/T	Provincial/territorial
RTP	Responsable technique du projet
DGRP	Direction générale des régions et des programmes
RPP	Rapport sur les plans et les priorités
CGRR	Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats

SOMMAIRE

L'évaluation du Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC) de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) avait pour objectif d'évaluer la pertinence et le rendement du programme pour la période quinquennale de 2006-2007 à 2010-2011. Les résultats de l'évaluation fourniront au sous-ministre et à la haute direction de Santé Canada une base de données probantes complète et fiable pour soutenir la prise de décisions sur les initiatives actuelles et futures du PIC. L'évaluation est requise conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la *Politique sur l'évaluation* du gouvernement du Canada (2009). Elle a été réalisée conformément aux politiques sur l'évaluation du gouvernement fédéral (2009) et du Ministère (2010). Des directives supplémentaires ont été fournies à l'aide de divers modèles (y compris une matrice de collecte de données) et d'un groupe de travail national sur l'évaluation GTE).

Le PIC appuie l'utilisation des technologies de la santé pour permettre aux fournisseurs de soins de première ligne des collectivités des Premières nations et des Inuits (PN/I) d'améliorer la santé des gens par des partenariats, des technologies, des outils et des services novateurs. Il se concentre sur l'adoption d'une technologie de l'information (TI) moderne afin de définir, de recueillir, de communiquer, de gérer, de distribuer et d'utiliser les données visant à améliorer l'accès, la qualité et la productivité dans les domaines de la santé et des soins de santé pour les collectivités des Premières nations et des Inuit.

Le PIC compte un bureau national et sept bureaux régionaux. Les fonds totaux attribués au PIC (y compris les employés à temps plein, le fonctionnement et l'entretien, les subventions et les contributions) pour les cinq exercices inclus dans l'évaluation s'élevaient à 131 747 810 \$. Ce montant, fourni par la Direction générale du contrôleur ministériel (DGCM), comprend des services votés ainsi que des fonds versés par d'autres secteurs de programme à l'extérieur du bureau national du PIC.

Le PIC est responsable des six composantes de programmes suivantes, qui ont servi à orienter la présente évaluation :

- 1) services de télécommunication à large bande
- 2) systèmes de surveillance de la santé
- 3) télésanté
- 4) dossiers médicaux électroniques (DME) et dossiers de santé électroniques (DSE)
- 5) soutien technique, entretien et renforcement des capacités de la TI
- 6) gestion de l'information.

Cette évaluation visait à déterminer la pertinence et le rendement du PIC en fonction des cinq questions fondamentales suivantes :

Pertinence :

- 1) Besoin continu du programme
- 2) Conformité aux priorités du gouvernement
- 3) Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement

Rendement :

- 4) Réalisation des résultats escomptés (immédiats, intermédiaires et ultimes)
- 5) Démonstration d'efficacité et d'économie.

Principales constatations et conclusions

Dans l'ensemble, la présente évaluation a permis de constater que le PIC est un programme des plus pertinents qui a démontré des progrès à l'égard des résultats escomptés, mais qui doit améliorer sa planification stratégique et sa mise en œuvre tournées vers l'avenir afin d'atteindre ces résultats.

Pertinence

Le PIC continue de combler des besoins importants et démontrables et de répondre aux besoins des PN/I, même s'il peut être plus adapté et ouvert aux collectivités des PN. En particulier, le PIC répond aux besoins particuliers en matière de santé des PN/I et ses principales activités opérationnelles sont pertinentes et appropriées. Les éclosions de maladies survenues récemment illustrent l'importance des technologies liées à la cybersanté (c.-à-d. les systèmes de surveillance de la santé publique) qui appuient les collectivités des PN/I et y sont attentives.

Les objectifs du PIC sont bien en harmonie avec les priorités du gouvernement fédéral et les objectifs stratégiques du Ministère et y sont conformes. Les données probantes comprennent [« l'innovation et le suivi du rythme de la technologie »], priorité exprimée par le gouvernement fédéral le *discours du Trône* de 2010, tandis que les dossiers médicaux électroniques (DME) et la télésanté ont été désignés comme des priorités essentielles nationales en matière de soins de santé par Inforoute Santé du Canada. Divers documents de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) exposent des objectifs, tels que l'accès aux services de santé et la prévention des maladies transmissibles, et s'assurent que les résultats antérieurs et actuels du PIC sont harmonisés avec les attentes des intervenants clés.

Le PIC est harmonisé avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral, et il est approprié que le gouvernement offre ce programme. La grande majorité des intervenants croient que le gouvernement fédéral devrait participer au financement des initiatives de cybersanté des collectivités des Premières nations et des Inuits (PN/I). Ce qui est conforme au [*Rapport de la réunion générale annuelle 2010 de l'Assemblée des Premières nations*], qui révèle que les partenariats avec diverses organisations fédérales/provinciales/territoriales et divers projets de cybersanté sont des priorités essentielles.

Des possibilités ont été dégagées afin de s'assurer que le Programme continue de répondre aux besoins cernés par les collectivités des PN/I.

Rendement

Il y a eu des progrès à l'égard de la réalisation de la plupart des résultats immédiats, même si aucun n'a encore été pleinement atteint. Bon nombre de collectivités n'ont toujours pas accès aux nombreux services de cybersanté. Le progrès le plus mesurable a été réalisé au chapitre de l'amélioration de l'accès aux services d'infrastructure de la cybersanté, tels que les services de télécommunication à large bande et télésanté. D'importantes améliorations sont nécessaires dans le domaine de la surveillance de la santé publique et des DME/DSE. Même si l'on offre une formation pour accroître l'utilisation de la TI dans le cadre de la prestation de services, il faut accroître les efforts à ce chapitre. Des stratégies de communication ont été dégagées afin de mieux faire connaître l'infrastructure de la cybersanté aux PN/I, mais la sensibilisation à la cybersanté des collectivités des PN/I a été marginale au cours des cinq dernières années. Des preuves confirment l'augmentation de l'utilisation de renseignements fondés sur des données probantes pour documenter la planification et la mise en œuvre de la cybersanté. Toutefois, les données étaient insuffisantes pour analyser deux des résultats immédiats du PIC : la planification intégrée continue et améliorée des systèmes complexes de cybersanté et l'utilisation plus fréquente des politiques, des normes et des lignes directrices pour la mise en œuvre et l'utilisation de la TI.

Dans l'ensemble, les intervenants ont exprimé le besoin d'une plus grande collaboration pour l'attribution des ressources restreintes en fonction des priorités stratégiques et des besoins de la collectivité. L'absence de financement prévisible a des répercussions sur la durabilité des systèmes, des services et des outils nécessaires pour la cybersanté. Tous les intervenants doivent collaborer davantage pour assurer l'harmonisation des priorités en matière de financement avec les besoins des collectivités des PN/I et contribuer aux objectifs généraux de la cybersanté, y compris l'interopérabilité avec les exigences des systèmes provinciaux et territoriaux. L'évaluation de la répartition des dépenses démontre la nécessité d'améliorer les données sur le rendement financier et son suivi. La modélisation théorique démontre qu'il est important d'adopter un système et des outils (utilisation) afin d'assurer le rapport coût-efficacité des stratégies de cybersanté et d'optimiser pleinement les ressources.

Certains progrès ont été réalisés vers l'atteinte des résultats intermédiaires. On peut le constater par la création de partenariats utiles visant à s'assurer que les intervenants de la santé des PN/I participent à l'intégration des services de cybersanté. Le PIC a fait des progrès mesurables afin d'assurer l'accès aux renseignements sur la santé dans les domaines des services de télécommunication à large bande et de la télésanté, et des progrès moindres dans les domaines de la surveillance de la santé publique et des DME/DSE. Les données étaient insuffisantes pour analyser deux des résultats intermédiaires du PIC : une gestion accrue de l'infrastructure de la cybersanté par les Premières nations et les Inuits, et des renseignements de plus en plus intégrés sur l'amélioration continue de l'infrastructure de la cybersanté.

Divers progrès ont été faits à l'égard de la réalisation de la plupart des résultats à long terme. Toutefois, il faut noter que ces résultats ne seront pas pleinement atteints avant 2020. Des progrès ont été réalisés dans des domaines tels que la capacité des PN/I, la possibilité et l'intégration harmonieuse aux systèmes provinciaux de DSE. Il n'y a pas de données de rendement sur la mise en œuvre des DME, il y en a peu sur le rendement de l'intégration du

système et de faibles niveaux de satisfaction ont été signalés par les répondants au sondage à l'égard de la disponibilité des DME/DSE. On a signalé un niveau important d'insatisfaction des intervenants à l'échelon communautaire au sujet de la gouvernance du programme, ce qui démontre le besoin d'améliorer la capacité des PN d'influencer ou de contrôler les programmes et les services de cybersanté.

Les résultats de la présente évaluation révèlent également que les fournisseurs de service à l'échelon communautaire ne croient pas qu'un grand nombre d'avantages clés proposés du PIC se soient déjà produits. Toutefois, certains avantages ont été démontrés, tels que l'accès accru aux occasions d'apprentissage et de perfectionnement et une plus grande efficacité de la prestation de services. Il existe plusieurs possibilités qui permettront d'assurer le succès à long terme.

Recommandations

En fonction des constatations découlant de la présente évaluation, un certain nombre de recommandations ont été formulées afin de continuer à rendre le PIC pertinent et d'améliorer son rendement en vue de la pleine réalisation des résultats escomptés. Voici les recommandations formulées dans le cadre de cette évaluation.

- **Réaliser une seule analyse de rentabilisation détaillée et complète.** Le PIC devrait envisager de réaliser une analyse de rentabilisation détaillée et complète visant à accroître l'adoption de systèmes modernes, de stratégies de gestion du changement et leur utilisation au sein des collectivités afin d'améliorer l'accès, la qualité et la productivité dans les domaines de la santé et des soins de santé pour les collectivités des Premières nations et des Inuits. Les constatations donnent à penser qu'il faut d'autres renseignements détaillés au sujet des objectifs organisationnels du plus haut niveau possible pour le PIC (et sur la façon de les réaliser). La réalisation d'une analyse de rentabilisation devrait fournir ce niveau de détail et aider le PIC à atteindre son résultat immédiat « amélioration de la planification intégrée continue de systèmes de cybersanté complexes » et le résultat immédiat « utilisation des renseignements fondés sur des données probantes afin d'informer la planification de la cybersanté ». Il faut également incorporer des éléments sur les pratiques exemplaires et tirer parti des succès antérieurs.
- **Prioriser les investissements et préciser davantage les politiques et les pratiques de financement.** Le PIC doit s'assurer que le financement est adéquat pour la mise en œuvre de projet et les opérations continues, en examinant et en cernant les priorités en matière de financement à l'intérieur des domaines de composantes du PIC. Comme les priorités et les progrès en matière de cybersanté varient considérablement entre les collectivités, le PIC devrait faire preuve de souplesse en travaillant avec celles-ci afin de comprendre leurs besoins uniques et de trouver des solutions. Les investissements devraient être fondés sur les composantes du programme, les besoins régionaux et les priorités cernées en matière de financement.

- **Bâtir une capacité de cybersanté pour les collectivités des PN.** Le soutien continu aux intervenants externes permettra de déterminer des domaines où il faut investir pour maintenir la gouvernance, la planification et l'établissement de stratégies par les Premières nations et par Santé Canada, ainsi que le développement des ressources humaines et organisationnelles des Premières nations. Les évaluations de l'état de préparation aideront chaque collectivité des PN/I à évaluer les lacunes sur le plan des connaissances sur la cybersanté, à déterminer les besoins de formation des fournisseurs de service de leur collectivité et à concevoir une stratégie adaptée à leurs besoins particuliers.
- **Mettre en œuvre une approche exhaustive des communications.** L'élaboration et la mise en œuvre d'une approche de communications à volets multiples à l'échelle du programme permettront de mieux faire connaître les activités du PIC dans toutes les régions et collectivités (un des résultats immédiats du PIC). Elle facilitera également le dialogue entre les intervenants de divers ordres de gouvernement, ainsi qu'avec les intervenants externes, et fournira aux intervenants à l'échelon communautaire de mieux participer à la planification du Programme de cybersanté et à la prise de décision connexe.
- **Mettre en œuvre une stratégie de mesure du rendement plus précise.** Une stratégie plus précise permettra de recueillir des données sur le rendement de meilleure qualité (y compris des données financières), d'améliorer l'uniformité des données recueillies entre les régions, de mieux mesurer le succès en fonction de cibles établies, d'appuyer la prise de décisions éclairées et de faciliter les prochaines évaluations.

1. CONTEXTE

L'évaluation du Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC)¹ des PN/I avait pour objectif d'évaluer la pertinence et le rendement du programme pour la période allant de 2006-2007 à 2010-2011. L'évaluation fournira au sous-ministre et à la haute direction de Santé Canada une base de données probantes complète et fiable pour soutenir la prise de décisions sur la mise en œuvre continue des initiatives actuelles et futures du programme. Elle permettra également de cerner les lacunes, les obstacles au succès, les secteurs de préoccupation et les histoires de réussite en matière de cybersanté aux échelons communautaire, régional et national.

La présente évaluation est requise en vertu de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la *Politique sur l'évaluation* (2009) du gouvernement du Canada. Selon le plan d'évaluation ministériel quinquennal de Santé Canada, l'évaluation du PIC doit être terminée en 2011-2012.

2. DESCRIPTION DU PROGRAMME

Le PIC appuie l'utilisation de la technologie de la cybersanté pour permettre aux fournisseurs de soins de première ligne des collectivités des Premières nations et Inuits d'améliorer la santé des gens par des partenariats, des technologies, des outils et des services de cybersanté novateurs. Il se concentre sur l'élaboration et l'adoption de systèmes de TI modernes afin de définir, de recueillir, de communiquer, de gérer, de distribuer et d'utiliser les données visant à améliorer l'accès, la qualité et la productivité dans les domaines de la santé et des soins de santé pour les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Le programme découle de la nécessité d'assurer l'harmonisation avec les stratégies de cybersanté, les plans en santé et l'orientation stratégique des Premières nations, ainsi que du mouvement adopté par les provinces, les territoires et l'industrie de la santé visant à accroître l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) pour appuyer la prestation des soins de santé et la surveillance de la santé publique. Voici un bref historique de l'évolution du PIC de 1999 jusqu'à aujourd'hui :

- **1999-2002 – Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI) :** L'application originale du SISPNI remonte aux années 1980, lorsque la SPNI – Région de l'Ontario a conçu un système informatique à une époque où il n'existait aucun moyen électronique pour recueillir des données sur la santé des Premières nations vivant dans des réserves. Le système appartenait conjointement à la DGSPNI de Santé Canada et aux Chiefs of Ontario. Dès 2002, le SISPNI était utilisé dans les établissements de santé de 65 p. 100 des collectivités desservies par la Direction

¹ Aux fins du présent rapport, les termes « Programme de cybersanté des PN/I » ou « Programme de cybersanté » seront utilisés de façon interchangeable avec Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC) de s PN/I afin d'harmoniser la terminologie avec celle qui est utilisée dans les sondages des intervenants.

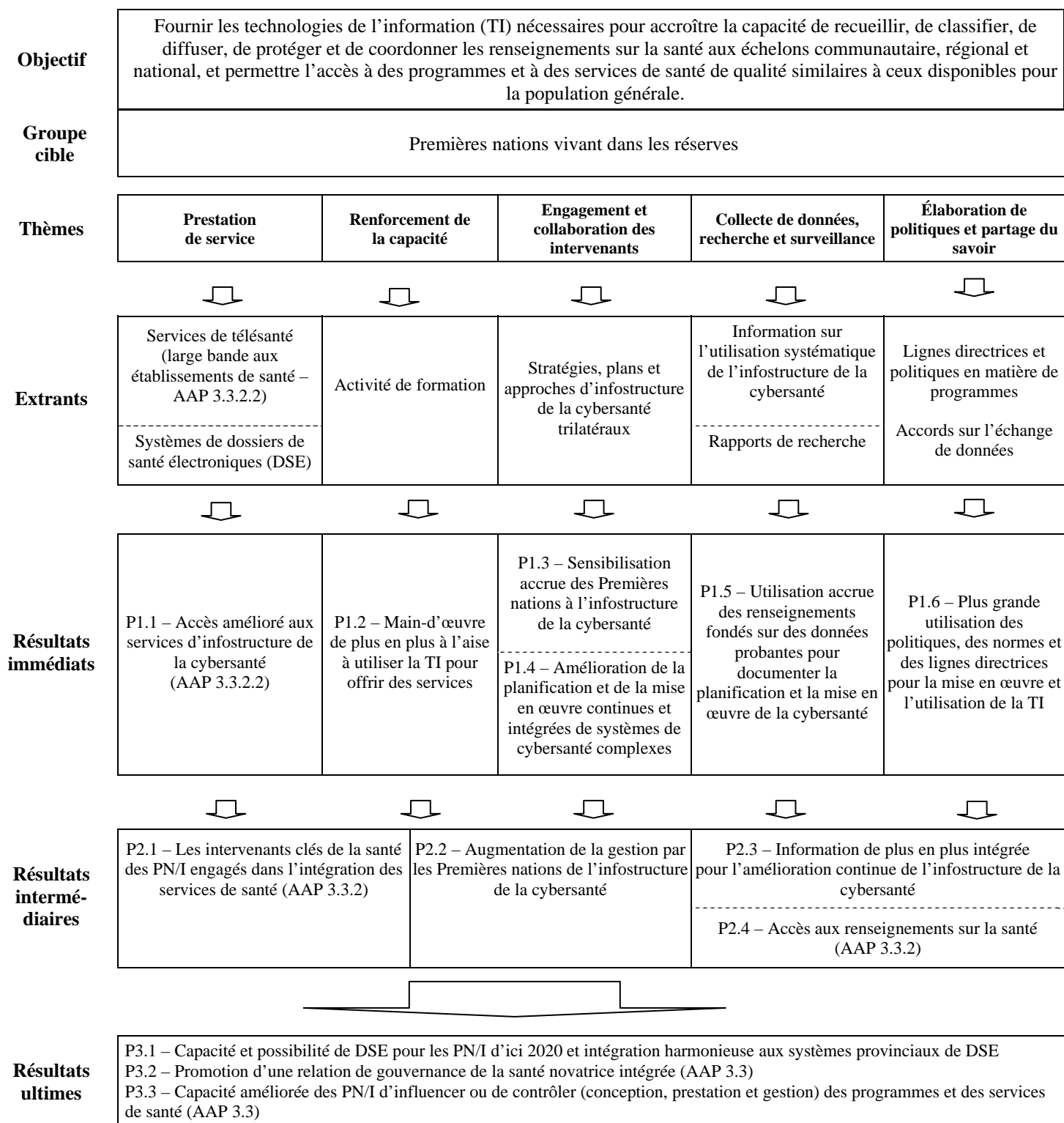
générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) comme outil de gestion de cas et de planification par les infirmières de la santé publique et les autres professionnels de la santé.

- **2002-2010 – Unité des solutions de la cybersanté :** L'équipe de projet du SISPNI est devenue le centre d'une nouvelle unité organisationnelle nouvellement créée à la DGSPNI, appelée Unité des solutions de la cybersanté. L'Unité a été créée en 2002 et découle de la nécessité d'assurer l'harmonisation avec les stratégies de cybersanté, les plans en santé et l'orientation stratégique des Premières nations, ainsi que du mouvement adopté par les provinces, les territoires et l'industrie de la santé visant à accroître l'utilisation de la technologie de l'information pour appuyer la prestation des soins de santé et la surveillance de la santé publique.
- **2010 à aujourd'hui – Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC) :** À la suite du *Plan d'action stratégique de l'infrastructure de la santé* (2010) et en vertu des nouvelles autorisations de programmes, l'Unité des solutions de la cybersanté est devenue le Programme d'infrastructure de la cybersanté. Le nouveau programme met l'accent sur le renforcement des capacités de la prestation de services; l'engagement et la collaboration des intervenants; la collecte de données, la surveillance et la recherche; ainsi que l'élaboration de politiques et le partage du savoir. Cela offrira un soutien à la capacité des dossiers de santé électroniques (DSE) et à la capacité et à la possibilité des Premières nations dans l'avenir.

Santé Canada consacre ses efforts à obtenir un service de santé pleinement intégré et durable pour les membres des collectivités des Premières nations et des Inuits qui ajoute graduellement un plus grand nombre de services de cybersanté à l'échelon communautaire, et qui permet aux fournisseurs de services de santé de première ligne d'utiliser des technologies et des services plus novateurs afin d'améliorer les soins de santé. Guidé par le *Plan d'action stratégique de l'infrastructure de la santé* (PASIC) de la DGSPNI, le travail vers l'atteinte de cette vision se poursuit en étroite partenariat avec d'autres ministères fédéraux, comme Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) (autrefois Affaires indiennes et du Nord Canada), Inforoute Santé du Canada, les gouvernements provinciaux, les organismes du secteur privé et le leadership des Premières nations et des Inuits. La DGSPNI et les bureaux régionaux de la Santé des Premières nations et des Inuits (SPNI) appuient l'offre de services de santé publique et de promotion de la santé aux collectivités sur les réserves des Premières nations et des Inuits.

Le modèle logique du PIC (voir la figure 1 ci-dessous) provient du PASIC et souligne les principales activités, les extrants et les résultats escomptés du PIC. Le Programme joue également un rôle important au chapitre des plans en matière de santé publique de la DGSPNI démontré par le [*Cadre stratégique quinquennal pour le rôle de la santé publique de la DGSPNI dans les communautés des Premières nations*]. Le portefeuille des composantes de programme du PIC, décrit à la section 2.1, découle de ces stratégies et de ces plans.

Figure 1 — Modèle logique de l'Infostructure de la cybersanté des PN/I



Révisé dans le cadre du processus d'élaboration du cadre d'évaluation – mars 2011

2.1. Composantes du programme

Le Programme de cybersanté est responsable des six composantes suivantes :

1. Services de télécommunication à large bande

Les services de télécommunication à large bande durable sont l'élément fondamental clé de la modernisation de la prestation de services de santé à l'échelon communautaire chez les collectivités des Premières nations. En partenariat avec les Premières nations et les Inuits, AADNC dirige une approche du gouvernement du Canada à l'égard des services de télécommunication à large bande communautaires, de concert avec Infrastructure Canada, autres ministères fédéraux et gouvernements provinciaux. La DGSPNI s'efforce de trouver des solutions du « dernier kilomètre » aux établissements de santé des Premières nations et des Inuits et appuyer la durabilité de la large bande pour les activités liées à la santé. La DGSPNI collabore avec AADNC à des stratégies de renforcement des capacités afin de maintenir les infrastructures de connectivité qui profiteront à tous les services publics à l'échelon communautaire.

2. Système de surveillance de la santé publique et systèmes connexes (c.-à-d. Panorama ou l'équivalent)

La surveillance de la santé publique est comprise comme étant l'utilisation systématique continue de données sur la santé recueillies couramment afin d'orienter les mesures en matière de santé publique de manière opportune. La DGSPNI et les bureaux régionaux de la SPNI visent à collaborer avec les provinces pour concevoir un système qui assure la surveillance de la santé publique des peuples des Premières nations et des Inuits du pays qui est comparable à la surveillance de la santé publique en place pour les autres Canadiens.

3. Télésanté

La télésanté est l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) en vue d'offrir des services de santé et de transmettre des renseignements sur la santé sur de longues et de courtes distances. La DGSPNI et les bureaux régionaux de la SPNI travaillent avec les Premières nations et les Inuits à l'échelle régionale afin d'avoir accès à des services clés au sein de réseaux de télésanté provinciaux établis, formant ainsi un partenariat pour la prestation de services intégrés et un soutien pour les coûts. Les services de télésanté visent à être réceptifs, souples, accessibles et rentables pour les collectivités. Ce qui consiste à offrir un soutien et des outils aux professionnels et aux membres de la collectivité en vue d'établir un financement durable à long terme pour les infrastructures de télésanté et les programmes de prestation de services.

4. Dossiers médicaux électroniques et dossiers de santé électroniques (DME/DSE)

La DGSPNI travaille avec les PN/I pour aborder la question de la vie privée et chercher à respecter les principes de la propriété, du contrôle, de l'accès et de la possession d'information le cas échéant, tout en veillant à satisfaire à toutes les exigences législatives provinciales et fédérales. À l'échelon de la communauté, l'utilisation des DME et des DSE sera fondée sur les évaluations de la santé communautaire et sur les priorités locales de gestion de la santé.

5. Soutien technique de la technologie de l'information (TI), entretien et renforcement des capacités

La DGSPNI collabore avec les Premières nations et les Inuit pour harmoniser la politique de TI communautaire, appuyer les stratégies et influencer les approches et les ressources afin d'obtenir un soutien efficace pour les services publics de TI à l'échelon de la communauté. Le renforcement des capacités et le soutien relativement à la gestion de la TIC à l'échelon communautaire sont un investissement à plus long terme au chapitre du temps et des ressources et seront coordonnés avec d'autres ministères fédéraux clés, en particulier AADNC, qui partage des défis similaires relativement au soutien de la TIC à l'échelon de la communauté.

6. Gestion de l'information (GI)

Les renseignements de qualité en matière de santé sont essentiels pour planifier et mettre en œuvre des politiques et des programmes sur la santé; prendre des décisions éclairées; fournir des renseignements sur les événements touchant la santé, leurs causes et leurs incidences; intégrer l'information pouvant être transmise aux particuliers et aux collectivités pour les aider à protéger, à améliorer et à maintenir leur santé; déterminer des hypothèses de recherche et d'aide dans les études de recherche et détecter les événements inhabituels, les épidémies ou les changements sur le plan de la santé. Les outils, les procédures et les lois en matière de GI (fédéral/provincial/territorial) s'appliquent à tous les renseignements sur la santé, qu'ils soient en format papier ou électronique.

2.2. Ressources du programme

Le PIC compte un bureau national (AC de la DGSPNI) et sept bureaux régionaux, qui ont tous diverses ressources. Le tableau 1.0 donne un aperçu des montants affectés au PIC pour les exercices couverts par cette évaluation.

Tableau 1.0 — Dépenses et transfert de fonds par grand groupe*

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	Total de 5 ans
Employés à temps plein	3 408 701 \$	3 174 834 \$	4 256 142 \$	4 499 676 \$	4 944 304 \$	20 283 657,00 \$
Fonctionnement et entretien	4 834 615 \$	2 938 646 \$	5 980 966 \$	3 831 520 \$	3 580 191 \$	21 165 938,00 \$
Dépenses d'immobilisations secondaires	708 822 \$	573 985 \$	0 \$	0 \$	103 077 \$	1 385 884,00 \$
Subventions et contributions	19 391 720 \$	21 672 803 \$	14 603 349 \$	15 238 578 \$	18 005 881 \$	88 912 331,00 \$
Total	28 343 858 \$	28 360 268 \$	24 840 457 \$	23 569 774 \$	26 633 453 \$	131 747 810,00 \$

* Note : Le total des dépenses comprend les services votés ainsi que le financement fourni par d'autres secteurs de programme à l'extérieur du Bureau national du Programme de cybersanté. Les renseignements financiers sont fournis par la DGCM.

Sources de financement

Le tableau précédent montre un investissement total de 131 millions de dollars qui comprend les affectations régionales fournies par d'autres sources de programmes fédéraux. Certaines de ces autres sources peuvent comprendre le Fonds de transition pour la santé des Autochtones, AADNC, etc. Les dépenses peuvent également comprendre un investissement unique par le Ministère.

Le bureau national de la DGSPNI fournit essentiellement des fonds aux bureaux régionaux de la SPNI qui, à leur tour, fournissent les fonds aux collectivités des Premières nations et des Inuits et les organisations régionales qui utilisent divers modèles de financement. En outre, certains fonds de la DGSPNI servent pour appuyer des projets ciblés d'envergure nationale visant à examiner les innovations pour une éventuelle application à la programmation nationale.

2.3. Principaux partenaires et intervenants

Voici certains des principaux partenaires et intervenants du PIC :

- Premières nations vivant dans des réserves (peut comprendre les Premières nations, peu importe l'endroit où elles vivent)
- Bureaux régionaux de la Santé des Premières nations et des Inuits
- Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
- Assemblée des Premières nations
- Organisations régionales des Premières nations
- Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère
- Direction des soins de santé primaires et de la santé publique
- Comité consultatif sur l'infrastructure de la cybersanté
- Direction des programmes communautaires
- Direction des politiques, planification et analyse stratégiques
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (autrefois AINC)
- Agence de la santé publique du Canada
- Industrie Canada
- Comité consultatif national sur la cybersanté
- Autre, au besoin

3. ÉVALUATION DU PROGRAMME D'INFRASTRUCTURE DE LA CYBERSANTÉ DE LA DGSPNI

3.1. Objectif de l'évaluation du contexte

L'évaluation du PIC de la DGSPNI avait pour objectif de recueillir systématiquement les données probantes sur les résultats du PIC et de les analyser afin d'évaluer la pertinence et le rendement du programme pour la période de 2006-2007 à 2010-2011. L'évaluation fournira au sous-ministre et à la haute direction de Santé Canada une base de données probantes complète et

fiable pour soutenir les décisions sur la mise en œuvre continue des initiatives actuelles et futures du programme. L'examen le plus récent du programme a eu lieu en 2006 et a porté sur les périodes de septembre 2002 à décembre 2005.

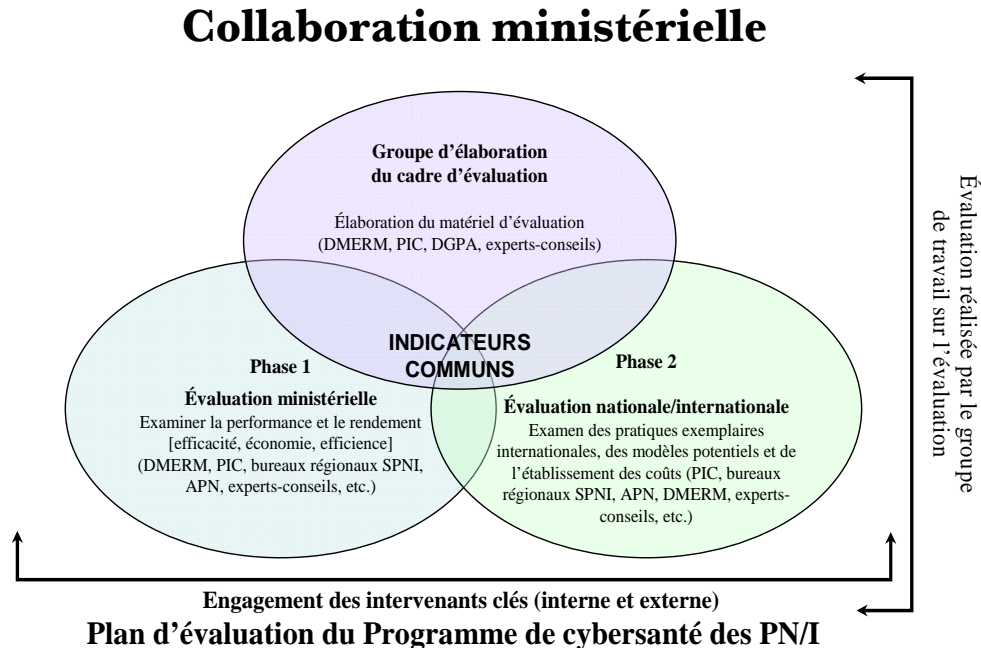
La présente évaluation a été réalisée entre juin et décembre 2011.

3.2. Portée de l'évaluation

Les six composantes du PIC énumérées à la section 2.1 relèvent de la portée de la présente évaluation.

Le PIC a été planifié de manière à entreprendre deux évaluations de phase distincte, comme le démontre le plan d'évaluation du PIC (figure 2 ci-dessous). La phase un de ce processus est la présente évaluation ministérielle, et la phase deux, qui ne relève pas de la portée du présent rapport, sera entreprise dans un proche avenir. La phase deux visera à examiner les pratiques exemplaires internationales, les modèles opérationnels pour le PIC et les coûts de fonctionnement du programme, tant à l'échelon national qu'international. La présente évaluation soutiendra la phase 2 comme élément de preuve pour recommander des pratiques exemplaires et les futurs modèles opérationnels potentiels.

Figure 2 — Plan d'évaluation de la cybersanté des PN/I



Aux fins de la présente évaluation, l'évaluation du PIC relève des points 3.3 [Soutien à l'infrastructure de santé], 3.3.2 [Transformation du système de santé], et 3.3.2.2 [Infrastructure de la santé] de l'architecture des activités de programmes (AAP), et comprend des indicateurs de rendement pertinents au PIC ci-inclus.

Tel qu'il est précisé dans le cadre d'évaluation du PIC, la présente évaluation se penche sur la pertinence et le rendement du PIC en fonction des enjeux fondamentaux.

Tableau 2.0 — Évaluation des questions fondamentales

Évaluation des questions fondamentales	Description
Pertinence	
Question 1 : Besoin continu d'un programme <i>(Liées à la question de pertinence P1)</i>	Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continue de répondre à un besoin démontrable et est réceptif aux besoins des Canadiens.
Question 2 : Conformité aux priorités du gouvernement <i>(Liées à la question de pertinence P2)</i>	Évaluation des liens entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques du Ministère.
Question 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral <i>(Liées à la question de pertinence P3)</i>	Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral relativement à l'exécution du programme.
Rendement (efficacité, efficience et économie)	
Question 4 : Réalisation des résultats escomptés <i>(Liées aux questions de rendement R1, R2, R3)</i>	Évaluation des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) par rapport aux cibles et à la portée du programme, ce qui comprend les liens et la contribution des extrants aux résultats.
Question 5 : Démonstration d'efficience et d'économie <i>(Liées aux questions de rendement R4, R5, R6, R7)</i>	Évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés.

Nous avons conçu les questions d'évaluation suivantes pour recueillir des données sur les questions fondamentales de l'évaluation. La matrice de collecte de données du PIC détermine les questions pour chaque indicateur particulier de pertinence, et les résultats et les indicateurs pour le rendement.

Questions de pertinence P1 à P3

- Question fondamentale 1 – P1 : Dans quelle mesure le Programme de cybersanté continue-t-il de répondre à un besoin démontrable et est-il réceptif aux besoins des PN/I du Canada?
- Question fondamentale 2 – P2 : Existe-t-il des liens entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques du Ministère?
- Question fondamentale 3 – P3 : Dans quelle mesure le Programme de cybersanté est-il harmonisé avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral?

Questions de rendement R1-R7

Question fondamentale 4

- R1 : Dans quelle mesure les résultats immédiats ont-ils été atteints?
- R2 : Dans quelle mesure les résultats intermédiaires ont-ils été atteints?
- R3 : Dans quelle mesure les résultats ultimes ont-ils été atteints?

Question fondamentale 5 :

- R4 : Comment le Programme de cybersanté a-t-il optimisé, en général, la quantité, la qualité et le mélange de produits ou de services afin de faciliter la réalisation des résultats escomptés?
- R5 : Y a-t-il d'autres méthodes qui permettent d'assurer les mêmes réalisations des résultats escomptés?
- R6 : Le Programme de cybersanté a-t-il réduit au minimum les ressources allouées tout en maximisant les extrants?
- R7 : Les ressources du Programme de cybersanté ont-elles été gérées de manière à faciliter l'atteinte des résultats immédiats pertinents?

3.3. Évaluation ministérielle de l'évaluation des risques

Santé Canada examine l'évaluation des risques afin de déterminer une approche d'évaluation et le niveau d'effort requis pour terminer l'évaluation. Le niveau général de classement du risque pour le PIC, déterminé par le Plan d'évaluation ministériel 2011-2012 de SC, était « faible ». Le classement faible a été pris en compte dans la conception de la présente évaluation.

3.4. Approche, conception et méthodologie de l'évaluation

3.4.1. Approche d'évaluation

L'approche adoptée pour la présente évaluation consistait à examiner l'atteinte des résultats prévus, c'est-à-dire les résultats accomplis par le programme en fonction de son modèle logique (voir la figure 1). La présente évaluation sommative visait les résultats immédiats étant donné que les résultats à long terme ne seront pas atteints avant 2020.

L'évaluation comprenait également une démarche participative, c'est-à-dire l'inclusion d'intervenants internes et externes à l'élaboration d'un cadre d'évaluation afin d'assurer la pertinence de l'évaluation. Cela incluait un groupe de travail sur l'évaluation (GTE), coprésidé par l'agent de liaison du PIC et un évaluateur principal de la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère (DMERM). Le groupe de travail comptait comme membres l'agent de liaison du PIC, la DMERM, le coordonnateur du PIC, les représentants régionaux de la SPNI, un représentant de l'Assemblée des Premières nations et un expert-conseil.

3.4.2. Conception de l'évaluation

Nous avons examiné la *Politique sur l'évaluation* du gouvernement du Canada (2009) et la *Politique sur l'évaluation* de SC (2010) afin d'obtenir des lignes directrices sur les pratiques exemplaires relatives à la conception d'évaluation et à la collecte de données. Nous avons

élaboré un cadre d'évaluation en vue d'orienter l'évaluation, y compris l'examen du modèle logique, de son contexte et de sa position à l'intérieur de l'architecture des activités de programme (AAP); l'évaluation de la validité du modèle logique dans ce contexte et la chaîne de résultats escomptés; l'utilisation des données de comparaison et les données de base lorsqu'elles sont disponibles. Il s'agissait d'une évaluation non expérimentale. Nous avons toutefois inclus à la conception une approche fondée sur la théorie et une analyse de l'utilisation des coûts pour appuyer l'évaluation de l'économie et de l'efficacité.

3.4.3. Méthodes de collecte de données

Dans le cadre de l'évaluation, une matrice de collecte de données a été conçue pour guider l'élaboration de la stratégie de collecte de données pour l'évaluation. Les enjeux fondamentaux soulignés dans la Politique d'évaluation du gouvernement du Canada (2009) comprennent l'intégration du rendement du programme et les mesures d'évaluation, les méthodologies et d'autres éléments qui ont renforcé cette évaluation².

Les méthodes utilisées pour la présente évaluation sont l'utilisation de sondages (2) et un examen important de la documentation et des publications. De multiples éléments d'information ont été recueillis de différentes sources et, au moyen des méthodes décrites ci-dessus, il a été possible de comparer les données et d'appuyer des conclusions fondées sur les données probantes.

3.4.3.1. Examen de la documentation et des publications³

Les documents du programme ont été obtenus du PIC de la DGSPNI. Ils comprenaient des rapports annuels, des plans de travail, des dossiers de programmes et d'autres documents pertinents visant à décrire et à documenter les progrès réalisés par le PIC au fil du temps.

Des recherches dans Internet et dans les publications ont été effectuées pour trouver d'autres stratégies, évaluations et rapports canadiens pertinents sur la cybersanté, y compris les initiatives non autochtones. L'expert-conseil a examiné les documents et les publications et y a extrait les données pertinentes aux indicateurs.

Un total de 184 documents, de 2002 à aujourd'hui, ont été systématiquement examinés afin d'en déterminer la pertinence et les données de rendement au moyen des modèles de collecte de données offerts par la DMERM. Ces grilles uniformisées ont servi à documenter et à cartographier les données pertinentes propres aux indicateurs de rendement et ont aidé à l'analyse générale en fonction des questions d'évaluation.

² La présente évaluation est appuyée par deux rapports techniques qui portent sur les données de pertinence et de rendement et sur l'évaluation de l'économie et de l'efficacité. Les données de ce rapport ne sont pas toutes nécessairement présentées en détail dans le présent rapport.

³ Le terme « documentation » fait référence aux documents internes de Santé Canada ou de la DGSPNI. Le terme « publication » fait référence aux renseignements préparés par des sources externes au PIC, à la DGSPNI et à Santé Canada, comme les pages web et les rapports d'autres organismes pertinents.

3.4.3.2. Sondages auprès des intervenants

Deux sondages distincts ont été conçus et administrés : un premier aux fournisseurs de services à l'échelon communautaire (ou « sondage à l'échelon communautaire »); l'autre a été conçu pour la haute direction du gouvernement fédéral (bureau national et bureaux régionaux de la SPNI) (ou « sondage à l'échelon de la direction »). La décision de concevoir deux sondages distincts était fondée sur les commentaires reçus du GTE qui estimait que les questions du sondage devaient être adaptées aux groupes de répondants particuliers. Les sondages ont été mis à l'essai auprès des collectivités ciblées.

Conception des questions de sondage

Les questions de sondage ont été élaborées en fonction d'indicateurs et conçues pour être une source supplémentaire de données et d'éléments d'information, ainsi que pour saisir les renseignements qu'on ne prévoit trouver pendant l'examen de la documentation, comme l'opinion des intervenants. Les questions de sondage ont été examinées et révisées en profondeur par les membres du groupe de travail sur l'évaluation (GTE). Les sondages ont été ajustés à un niveau de fiabilité approprié et ont été traduits en français.

Administration du sondage

On a demandé aux membres du GTE de fournir le nom et les coordonnées des répondants fournisseurs de services à l'échelon communautaire. Des exemples de ces répondants sont les directeurs de la santé et des directeurs de la cybersanté des établissements de santé communautaire. On a fourni à l'expert-conseil le nom et les coordonnées de 302 répondants à l'échelon communautaire et de 112 répondants de la direction interne. On a envoyé à tous les répondants les sondages respectifs.








Un outil canadien en ligne, *Fluid Surveys*, a servi à l'administration des sondages. Les répondants ont eu cinq semaines pour le remplir.

Taux de réponse au sondage

En général, le taux de réponse au sondage était plus faible que prévu, mais équivalait aux taux de réponse moyens pour les autres sondages réalisés par Santé Canada au sein des collectivités des Premières nations et des Inuit. Le taux de réponse pour le sondage à l'échelon de la direction était de 32 p. 10 (N=112), alors que 36 répondants ont répondu à toutes les questions du sondage. Parmi les 302 répondants à l'échelon communautaire, 40 ont répondu à toutes les questions du sondage, pour un taux de réponse de 13 p. 100. Toutefois, 13 répondants ont informé l'expert-conseil qu'ils ne s'occupaient pas d'activités de cybersanté et qu'ils avaient donc choisi de ne pas remplir le sondage. Le taux de réponse ajusté est de 14 p. 100 (N=289).

On a déterminé que, parmi ceux qui ont répondu, malgré la variance du taux de réponse d'une région à l'autre, les répondants représentaient bien les participants aux échelons de la direction et de la collectivité. À la section sur les limites (section 3.5), il est question des répercussions du faible taux de réponse général relativement à la qualité des données, aux résultats généraux de l'évaluation et aux stratégies pour améliorer les taux de réponse aux prochaines évaluations.









Tableau 3a — Répartition régionale des répondants à l'échelon communautaire

Réponse	Graphique	Pourcentage national	Compte/Total des répondants au sondage
Pacifique		20 %	8/44
Alberta		0 %	0/14
Saskatchewan		22 %	9/94
Manitoba		20 %	8/47
Ontario		10 %	4/16
Québec*		2 %	1/43
Atlantique		25 %	10/44
Total des réponses			40/302

* La Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador a compilé ses réponses en un sondage. (Source : APN)

Le taux de réponse peut également avoir des répercussions sur les données dans ce sens que les régions où il y a actuellement un plus grand nombre de fournisseurs de services actifs à l'échelon communautaire peuvent être surreprésentées dans l'échantillon. Les répondants qui croyaient que leurs collectivités et leurs régions ne participaient pas pleinement à des projets de cybersanté à l'heure actuelle peuvent avoir décidé de ne pas participer au sondage, faussant ainsi l'interprétation générale des constatations.

Tableau 3b — Répartition régionale des répondants à l'échelon de la direction

Réponse	Graphique	Pourcentage national	Compte/Total des répondants au sondage
Pacifique		3 %	1/44
Alberta		3 %	1/7
Saskatchewan		14 %	5/22
Manitoba		28 %	10/17
Ontario		17 %	6/17
Québec*		6 %	2/7
Atlantique		14 %	5/19
Région de la capitale nationale		17 %	6/19
Total des réponses			36/112

3.4.4. Méthode d'analyse des données

Nous avons analysé les données recueillies au moyen des méthodes suivantes :

- Un examen systématique des données extraites des documents a été réalisé, des sommaires ont été conçus et des conclusions ont été tirées à partir des sommaires (modèles des sommaires de données fournis par la DMERM).
- Analyse statistique : L'analyse statistique a été réalisée pour analyser les données quantitatives obtenues du sondage, et des graphiques appropriés ont été créés.
- Analyse des tendances : Méthode d'analyse des données de la série chronologique (renseignements recueillis en séquence sur une période de temps) qui consiste à comparer des données pour le même indicateur, sur une période de temps, afin de déterminer s'il existe une relation entre les variables se rapportant à cet indicateur particulier.
- Analyse thématique : Données qualitatives provenant des questions de sondage à texte libre qui ont été analysées au moyen d'une technique d'analyse thématique, où les réponses ont été examinées systématiquement et des thèmes émergents ont été dégagés et classés par catégories.
- Les données recueillies lors de l'examen de documents et de sondages auprès des intervenants ont été comparées afin de résumer les données provenant de diverses sources et de valider les tendances dans le cadre des constatations de cette évaluation.

3.4.5. Éléments d'information multiples

La collecte de textes multiples de preuves concluantes améliore la qualité de certaines données. Comme il est décrit précédemment, les méthodes d'évaluation dépendaient de plus d'un élément d'information. La majorité des questions d'évaluation ont été abordées par de multiples éléments d'information, tel qu'il est déterminé par un modèle de concordance et de collecte de données.

3.4.6. Questions et protocole relatifs à l'éthique et à la protection des sujets humains

Les principes de protection de l'éthique et des sujets humains ont été maintenus lors de l'administration du sondage, de la gestion de données et des processus d'établissement de rapports. Un outil en ligne hébergé au Canada (Fluid Surveys) a servi à l'administration des sondages conformément aux lignes directrices sur l'évaluation de SC. La participation au sondage était volontaire.

Les métadonnées ont été fournies uniquement à l'entrepreneur et tous les renseignements personnels ou signalétiques ont été tenus confidentiels. Les réponses sont présentées sous forme de sommaire dans le présent Rapport d'évaluation. Les renseignements recueillis n'ont pas été divulgués à des tiers externes conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

3.5. Limites et stratégies d'atténuation

Nous avons observé les limites suivantes pendant le processus de collecte de données. Nous abordons ci-dessous des répercussions possibles de l'interprétation des constatations et des conclusions et des stratégies d'atténuation des risques utilisées dans la présente évaluation.

3.5.1. Faible taux de réponse au sondage

Nous avons eu recours à plusieurs stratégies pour obtenir le taux de réponse le plus élevé possible, y compris :

- Nous avons élaboré les questions du sondage en étroite collaboration avec le GTE pour nous assurer qu'elles sont adaptées à l'auditoire.
- Le GTE a désigné les répondants fournisseurs de services à l'échelon communautaire, le PIC a désigné les répondants à l'échelon de la direction, et le GTE les a validés.
- Nous avons obtenu les adresses de courriel valides de toutes les personnes-ressources.
- Nous avons fourni à des répondants éventuels une estimation du temps nécessaire pour remplir le sondage.
- Les participants ont eu cinq semaines pour remplir le sondage. Le sondage a été réalisé en septembre 2011 afin de réduire le risque que les répondants soient absents en raison des vacances estivales.
- Nous avons envoyé des rappels à mi-chemin et deux jours avant la date de clôture du sondage.
- Nous avons demandé aux responsables régionaux de l'évaluation de la cybersanté de rappeler aux répondants de leur région de remplir le sondage.

Le faible taux de réponse au sondage peut être attribué à un énoncé qui apparaissait dans l'introduction et qui demandait aux participants qui ne sont pas engagés dans la cybersanté de ne pas remplir le sondage et d'aviser l'expert-conseil de retirer leur nom de la liste de répondants. Il est possible que les participants aient évalué eux-mêmes leur participation aux activités de cybersanté et aient choisi de ne pas participer parce qu'ils estimaient ne pas avoir de connaissances ni d'expérience de la cybersanté. En plus, il se peut également que les répondants n'étaient pas à l'aise de remplir un sondage en ligne en raison de leurs connaissances en informatique ou de problèmes relatifs à la protection des renseignements personnels ou à l'accessibilité. De plus, les sondages ont été envoyés par courriel d'une compagnie de consultation et il est possible que les répondants n'aient pas reconnu l'expéditeur ou aient supprimé ou ignoré le courriel.

3.5.2. Limites des données

Le faible taux de réponse au sondage peut nuire à la qualité des données, tout comme un échantillon de taille plus petite est moins susceptible de représenter la population générale. Toutefois, un faible taux de réponse ne garantit pas une moins grande précision du sondage; il indique simplement le risque d'une plus faible précision. La répartition des réponses est plus essentielle pour l'interprétation des données, puisqu'il est plus difficile de cerner les tendances des données avec un échantillon de taille plus petite, et le risque d'interprétation erronée augmente. Ainsi, il faut faire une interprétation prudente des résultats de ce sondage et porter une attention particulière à la généralisation des constatations. En analysant les données par région, aucune tendance significative n'a pu être dégagée probablement en raison du faible taux de réponse par région. Il n'est pas approprié de tirer des conclusions et de comparer les constatations par région étant donné que, dans certaines régions, il y avait peu ou pas de répondants.

Il y avait des écarts dans les données régionales sur le rendement fournies par l'entrepreneur. Ces écarts comprenaient une disponibilité limitée ou incohérente entre les données sur le rendement pour l'ensemble de la période d'évaluation; une disponibilité non uniforme des données entre les secteurs de programme et des pratiques de production de rapport non uniformes entre les régions. Ainsi, les données sur le rendement extraites de la documentation sur le programme n'étaient pas suffisantes pour appuyer neuf indicateurs liés à la question fondamentale d'évaluation 4.

Les stratégies utilisées pour atténuer les risques de piètre qualité des données dans la présente évaluation comprennent notamment :

- Pour toutes les questions pour lesquelles plus de 20 p. 100 des répondants ont indiqué « S.O. » ou « Ne sais pas », les données ont été disqualifiées en raison d'une réduction à un petit échantillon et de la possibilité de l'interprétation erronée des constatations.
- Pour toutes les questions pour lesquelles plus de 20 p. 100 des répondants ont indiqué une réponse neutre, les répercussions des constatations sont examinées dans chaque cas.
- La comparaison avec les données extraites de d'autres sources a été utilisée lorsque cela était possible afin de valider les conclusions quant aux données recueillies du sondage auprès de la collectivité.
- Tôt au début du projet l'entrepreneur a cerné les lacunes dans la documentation afin de prévoir suffisamment de temps pour que l'on demande des documents auprès de sources appropriées.
- Les questions de sondage ont été conçues selon les indicateurs de l'évaluation et en tenant compte des données qui peuvent ne pas être contenues dans les documents fournis aux fins d'examen.

En utilisant plusieurs de ces stratégies d'atténuation, nous avons analysé les données et nous les avons interprétées au moyen de méthodes visant à augmenter la crédibilité et la fiabilité des constatations présentées dans le présent rapport.

3.5.3. Évaluation de l'économie et de l'efficience

Il est important d'établir le contexte des aspects de l'efficience et de l'économie de la présente évaluation en fonction de la *Politique d'évaluation* (2009) du gouvernement du Canada (GC). Les cinq années faisant l'objet de l'évaluation du Programme de cybersanté ont débuté avant l'entrée en vigueur de la récente *Politique d'évaluation* du GC. Ainsi, les exigences exactes pour la définition et l'opérationnalisation de l'analyse de l'efficience et de l'économie n'ont pas été établies pour la stratégie de mesure de rendement du Programme – elles n'ont pas défini les mesures, les définitions ou les indicateurs de rendement de l'efficience et de l'économie.

À ce titre, il y a un manque [« d'établissement du coût de revient »], d'un suivi uniforme des données financières sur le rendement qui est lié aux activités et aux produits du programme. Comme c'est le cas pour d'autres programmes de Santé Canada, les données sur le rendement financier n'étaient pas recueillies de manière uniforme au bureau national du Programme et chez leurs homologues des régions, et il n'y avait aucune uniformité quant à l'établissement de rapports sur les composantes ou les activités particulières liées aux composantes. Les changements dans la structure générale, les affectations financières, les priorités opérationnelles et les résultats prévus du programme ont également compliqué l'évaluation de l'économie et de l'efficience.

Les changements au chapitre des rapports financiers au cours des dernières années, y compris la redéfinition de l'architecture des activités de programmes (AAP), le modèle de « regroupement » au sein de la DGSPNI et la façon dont le Programme de cybersanté est harmonisé avec les résultats prévus généraux de la DGSPNI ont tous contribué à l'incapacité de mesurer explicitement l'économie et l'efficience pour la présente évaluation.

Même si ces limites représentent un défi pour la prestation d'une évaluation générale de l'économie et de l'efficience du PIC, l'évaluation a tenté de fournir une impression globale de l'utilisation des ressources en comparant les données sur l'allocation des ressources ou sur les dépenses aux résultats du programme. De plus, les intervenants ont fait part de leur opinion, fournissant ainsi d'autre information quant à la pertinence de l'utilisation des ressources. Cela a été appuyé par un exercice de modélisation économique qui visait à examiner le rapport coût-efficacité et le coût d'utilisation comme des éléments afin d'assurer l'efficacité de la cybersanté en démontrant l'importance des outils et de l'utilisation des services comme facteur clé de manière à assurer l'économie et l'efficience des composantes du programme.

Ensemble, ces évaluations révèlent où sont survenus les succès du programme (sur le plan de l'efficacité), où de plus grands succès pourraient être faits à l'avenir et si le Programme a offert une économie et une efficience afin de répondre aux besoins en cybersanté des collectivités des PN/I du Canada.

4. PRINCIPALES CONSTATATIONS

4.1. Pertinence

4.1.1. Question fondamentale 1 : Besoin continu de programmes

Évaluation de la mesure dans laquelle le PIC continu de répondre à un besoin démontrable et est réceptif aux besoins des collectivités des PN/I.

En général, les constatations provenant du sondage et de l'examen de la documentation ont révélé que le PIC continue d'aborder un besoin important démontrable et qu'il répond aux besoins des collectivités des PN/I. Certaines possibilités d'amélioration ont été observées.

« En fait, ce programme est la seule possibilité pour les initiatives de cybersanté de croître dans les territoires des Premières nations. J'encourage Santé Canada et le Conseil du Trésor à financer leurs initiatives actuelles. »

Fournisseur de services à l'échelon communautaire et répondant au sondage

Un certain nombre de documents ont indiqué les besoins en matière de santé des PN/I comblés par le PIC, tels que l'accès aux soins par des programmes de télésanté, de même que d'autres besoins afin d'améliorer la santé et de sauver des vies au moyen de divers autres programmes de cybersanté et de services d'infrastructure. Après l'intégration au système provincial d'un système ou d'un outil de surveillance de la santé publique, les intervenants estiment qu'il y aura une amélioration de la prévention des maladies transmissibles, de l'administration et du suivi de la vaccination.

La majorité des répondants au sondage s'accordaient pour dire que les principales activités opérationnelles du PIC – composées d'un large éventail d'activités du PIC – étaient pertinentes, appropriées et réceptives (voir les tableaux 4a et 4b ci-dessous).

- Plus de 83 p. 100 (N=36) des répondants à l'échelon de la direction et plus de 55 p. 100 (N=40) des répondants à l'échelon communautaire estimaient que les diverses activités de « gestion, de gouvernance et de communication » (comme les évaluations des besoins connexes pour les projets de cybersanté et la communication des pratiques exemplaires en cybersanté) réalisées par le PIC étaient pertinentes et appropriées.
- Plus de 69 p. 100 (N=36) des répondants à l'échelon de la direction et plus de 57 p. 100 (N=40) des répondants à l'échelon communautaire estimaient que les diverses activités de « préparation de l'infrastructure » (comme la connectivité Internet, les services de vidéoconférence) offertes par le PIC étaient pertinentes et appropriées.

- Plus de 80 p. 100 (N=36) des répondants à l'échelon de la direction et 54 p. 100 (N=40) des répondants à l'échelon communautaire s'accordaient pour dire que les divers « projets de cybersanté » (comme les services de télécommunication à large bande, la surveillance de la santé publique, télésanté) réalisés par le PIC étaient pertinents et appropriés.

Nous avons constaté un faible taux qui sont d'accord dans le fait que certaines activités étaient pertinentes et utiles (appropriées et réceptives) (p. ex., élargissement des ententes tripartites de partage et de stockage des données, hébergement de sites Web, systèmes d'information sur les laboratoires, systèmes d'information sur les drogues, imagerie diagnostique et registres). Ce qui indique les domaines pour lesquels le PIC devrait approfondir l'analyse pour les préciser.

Nous avons constaté des résultats équivoques relativement aux services et aux projets financés par des programmes et à leur pertinence, à leur utilité et à leur caractère approprié à répondre aux besoins des Premières nations et des Inuits.

Tableau 4a — Pourcentage de concordance avec la pertinence, l'utilité et le caractère approprié chez les répondants fournisseurs de services à l'échelon communautaire (N=40)

COMPOSANTES DE PROGRAMME	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	D'accord	Fortement d'accord	Ne sais pas	S.O.
Services de télécommunication à large bande	2 %	20 %	10 %	30 %	18 %	2 %	18 %
Outil de surveillance de la santé publique (c.-à-d. Panorama ou l'équivalent)	5 %	20 %	25 %	8 %	12 %	12 %	18 %
Télésanté	2 %	12 %	2 %	38 %	22 %	8 %	15 %
DME/DSE	5 %	28 %	5 %	20 %	15 %	10 %	18 %
Soutien technique, entretien et renforcement des capacités de la TI	5 %	20 %	10 %	22 %	25 %	2 %	15 %
Gestion de l'information	8 %	18 %	15 %	25 %	18 %	5 %	12 %

Tableau 4b — Pourcentage de concordance avec la pertinence, l'utilité et le caractère approprié chez les répondants à l'échelon de la direction (N=36)

COMPOSANTES DE PROGRAMME	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	D'accord	Fortement d'accord	Ne sais pas	S.O.
Services de télécommunication à large bande	0 %	11 %	0 %	28 %	50 %	0 %	11 %
Outil de surveillance de la santé publique (c.-à-d. Panorama ou l'équivalent)	0 %	6 %	8 %	28 %	44 %	3 %	11 %
Télésanté	0 %	0 %	8 %	19 %	58 %	0 %	14 %
DME/DSE	6 %	6 %	8 %	11 %	47 %	8 %	14 %
Soutien technique, entretien et renforcement des capacités de la TI	3 %	8 %	0 %	25 %	42 %	8 %	14 %
Gestion de l'information	0 %	8 %	8 %	28 %	39 %	3 %	14 %

Ce faible taux qui sont d'accord peut révéler divers problèmes, tels qu'une stratégie boiteuse ou des données de médiocre qualité. Au tableau 4a, sous surveillance de la santé publique, nous pouvons attribuer le taux de réponse neutre à un manque de connaissance des activités actuelles ou à une mise en œuvre et/ou à une participation allant de faible à nulle à l'échelon communautaire. Il faut approfondir l'étude dans ces domaines.

Les résultats du sondage auprès des intervenants à l'échelon de la direction ont révélé qu'un investissement continu en cybersanté était nécessaire, puisqu'il assure une prestation de services efficiente et efficace (63 p. 100 d'accord, N=36), qu'il soutient l'innovation dans la prestation des services de santé (69 p. 100 d'accord, N=36), qu'il offre un accès amélioré aux soins primaires (55 p. 100 d'accord, N=36), qu'il réduit le temps et le coût de déplacement du patient (55 p. 100 d'accord, N=36) et qu'il augmente l'accès aux possibilités d'accès à l'enseignement et au perfectionnement des compétences des fournisseurs (63 p. 100 d'accord, N=36). En particulier, on a constaté que la télésanté augmentait l'accès des PN/I à des services de santé spécialisés, qu'elle réduisait les coûts de déplacement et offrait certains autres avantages positifs.

Les résultats du sondage ont révélé que les fournisseurs de services à l'échelon communautaire ne croyaient pas qu'un bon nombre des principaux avantages proposés du Programme de cybersanté étaient survenus au cours de la période d'évaluation. De plus, des écarts sont apparus entre les groupes de la direction et de la collectivité au chapitre de la satisfaction avec les progrès réalisés par le Programme de cybersanté.

Principales constatations

- Les répondants à l'échelon communautaire ont indiqué en général être peu d'accord avec le fait que les nombreux avantages proposés du Programme de cybersanté étaient survenus au cours de la période d'évaluation (exercices 2006-2007 à 2010-2011).
 - Ils étaient peu d'accord (12 p. 100 d'accord, N=40) pour dire que le PIC avait contribué à réduire les réactions indésirables après la vaccination, probablement causées par le manque d'outils ou de système actuellement en place. Selon les constatations, pour onze des dix-huit domaines sondés, la majorité des réponses étaient négatives (en désaccord ou totalement en désaccord avec la réalisation d'avantages – comme l'amélioration de la disponibilité des services de fournisseurs de soins de santé, la réduction du temps et des coûts de déplacement du patient, l'amélioration de la rétention des professionnels de la santé).
- Les répondants s'entendaient pour dire que le PIC a contribué à accroître l'accès aux possibilités d'accès à l'enseignement et au perfectionnement des compétences (58 p. 100 d'accord, N=40), qu'il a rendu la prestation de services plus efficiente et efficace (47 p. 100 d'accord, N=40), qu'il a amélioré les initiatives de prévention et de promotion de la santé offertes par l'intermédiaire de la télésanté (48 p. 100 d'accord, N=40) et qu'il a appuyé l'innovation dans la prestation des services de santé (42 p. 100 d'accord, N=40).
- Trente-sept pour cent (N= 40) des répondants à l'échelon communautaire et 53 p. 100 (N=36) des répondants à l'échelon de la direction ont indiqué être satisfaits des progrès réalisés en général par le Programme de télésanté dans l'atteinte de ses résultats.

Toutefois, 30 p. 100 (N=40) des répondants à l'échelon communautaire et 19 p. 100 (N=36) des répondants à l'échelon de la direction se sont dits insatisfaits.

- Les thèmes suivants ont émergé comme défis liés à l'atteinte des résultats prévus auprès des collectivités des Premières nations et des Inuits :
 - Le manque de financement disponible pour la capacité, la mise en œuvre et la durabilité de la cybersanté.
 - Une infrastructure inadéquate pour appuyer les projets de cybersanté.
 - Une structure de gouvernance des Premières nations fragmentée.
 - Des communications insuffisantes entre la DGSPNI, les bureaux régionaux de la SPNI et les Premières nations au sujet des projets de cybersanté, de la planification et des approches nouvelles et novatrices en matière de technologie.

4.1.2. Question fondamentale 2 : Conformité aux priorités du gouvernement

Évaluation des liens entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques du Ministère.

En général, les constatations⁴ ont révélé que les résultats du programme étaient bien harmonisés et conformes aux priorités du gouvernement fédéral et aux objectifs stratégiques du Ministère.

Les priorités du gouvernement fédéral comprennent :

- [« L'innovation et le suivi du rythme de la technologie »], mentionné dans le *discours du Trône* 2010, et les systèmes de cybersanté que le PIC contribue à mettre en œuvre sont des technologies de la santé modernes, complexes et novatrices.
- Les DME et la télésanté, identifiés dans le document [*National Healthcare Priorities*] d'Inforoute Santé du Canada, publié en 2004, comme deux éléments clés du renouvellement du système de santé (en particulier pour les Canadiens vivant dans les régions rurales et éloignées), sont deux des domaines d'intérêt du PIC.

Les objectifs stratégiques du Ministère comprennent :

- Le *Plan d'action stratégique de l'infrastructure de la santé* (PASIS) de la DGSPNI, publié en 2010, indique les objectifs stratégiques de la DGSPNI suivants : assurer la disponibilité et l'accès aux services de santé de qualité, appuyer un plus grand contrôle sur le système de santé par les PN/I et appuyer l'amélioration des programmes et services de santé des PN en améliorant l'intégration et l'harmonisation avec les systèmes de santé F/P/T.

⁴ Ce domaine d'enquête comprenait seulement des intervenants à l'échelon de la direction.

- Le document [*Interim National Directives for the FNIHB eHealth Program – e-Health Solutions Units*], publié en 2008, met en évidence les objectifs clés, y compris la lutte contre les maladies transmissibles.
- Le document [*Cadre stratégique quinquennal pour le rôle de la santé publique de la DGSPNI dans les communautés des Premières nations*], publié par la DGSPNI en 2009, met en lumière une vision de [« toutes les communautés des Premières nations [étant] servies par un système de santé publique intégré et complet »].

La majorité des répondants au sondage à l'échelon de la direction (entre 52 et 78 p. 100, N=36) étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire que le PIC était bien harmonisé avec les intervenants et partenaires verticaux et horizontaux, y compris la DGSPNI et la Direction générale des régions et des programmes (DGRP) de Santé Canada, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) et Inforoute Santé du Canada.

Les constatations ont révélé que la majorité des répondants au sondage⁵ à l'échelon de la direction (entre 93 et 95 p. 100, N=36) étaient d'accord avec le fait que les objectifs et les priorités historiques et actuelles du PIC étaient conformes à ses objectifs et à ses priorités :

- une capacité de dossiers de santé électroniques pour tous les peuples des PN d'ici 2020 (83 p. 100);
- une intégration harmonieuse de l'infrastructure des Premières nations aux systèmes de DSE des provinces (97 p. 100);
- des renseignements significatifs, uniformisés pour le soutien aux décisions à la disposition des Premières nations, des régions et de la DGSPNI (89 p. 100);
- un partenariat collaboratif et durable entre les PN, les provinces et le gouvernement fédéral (97 p. 100).

4.1.3. Question fondamentale 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral relativement à l'exécution programme

En général, les constatations révèlent que le programme est harmonisé avec les rôles et les responsabilités et qu'il est approprié pour que le gouvernement fédéral offre le programme.

Les répondants au sondage à l'échelon de la direction (97 p. 100, N=36) ont indiqué que le gouvernement fédéral devrait participer au financement des initiatives de cybersanté des collectivités des PN/I. De plus, tel qu'il est indiqué à la question fondamentale 2, les répondants estimaient qu'il y avait une grande uniformité entre les composantes du PIC et les priorités de certains autres organismes du gouvernement fédéral, et que les objectifs actuels et historiques déclarés du PIC étaient harmonisés avec les priorités d'un bon nombre de leurs intervenants au niveau fédéral.

⁵ Cette question n'était pas incluse dans le sondage destiné aux répondants à l'échelon de la communauté.

Par exemple, la *Politique fédérale sur la santé des Indiens*, de 1979, précise qu'un des piliers de la politique est la responsabilité du gouvernement fédéral de maintenir un système de santé qui appuie les activités de santé publique sur les réserves, la promotion de la santé, la détection des risques du domaine de la santé et leur atténuation. En mars 2010, l'Assemblée des Premières nations a également identifié la collaboration et le partenariat entre les Premières nations, Inforoute Santé du Canada et les gouvernements provinciaux aux projets de télésanté et de surveillance de la santé publique.

Les répondants au sondage à l'échelon de la direction ont remarqué des différences dans l'harmonisation des rôles et des responsabilités du gouvernement fédéral (c.-à-d. les objectifs et les priorités des partenaires F/P/T relativement aux résultats du PIC).

4.2. Rendement

4.2.1. Question fondamentale 4 : Dans quelle mesure les résultats immédiats (objectifs à court terme) ont-ils été atteints?

En général, les constatations provenant de l'examen de la documentation et des sondages révèlent que des progrès ont été réalisés vers l'atteinte de la plupart des résultats immédiats.

Résultat immédiat 1 : Accès amélioré aux services d'infrastructure de la cybersanté

Comme la mise en œuvre des outils de cybersanté dans les collectivités des PN dépend grandement de l'état de préparation d'une collectivité (connectivité, capacité), les résultats de l'évaluation révèlent qu'il y a eu des progrès variés au chapitre de l'augmentation ou de l'amélioration de l'accès aux services d'infrastructure de la cybersanté dans l'ensemble du pays. Les constatations révèlent que les progrès mesurables les plus importants ont été réalisés au niveau de la mise en œuvre des services de télécommunication à large bande dans les établissements de santé des collectivités des PN; la mise en œuvre de la télésanté et de la vidéoconférence; et du modèle électronique de Rapport statistique sur la prestation des services (e-RSPS). Par contre, on rapporte des données faibles ou absentes quant aux progrès de la mise en œuvre du DME, des outils de surveillance de la santé publique⁶ (c.-à-d. Panorama ou l'équivalent) et des systèmes d'information sur les médicaments.

Dans le rapport de fin d'exercice des bureaux régionaux de la SPNI, il y avait un manque de données sur le rendement afin d'évaluer la disponibilité des services d'infrastructure de la cybersanté dans les collectivités des PN, à l'exception des services de télécommunication à large bande et de la télésanté.

⁶ Il est important de remarquer que l'intégration d'un système de surveillance de la santé publique (c.-à-d. Panorama ou l'équivalent) dépend d'une sélection provinciale et de la mise en œuvre de leurs outils respectifs. Un travail est fait de concert avec les provinces, mais l'intégration est possible uniquement après la mise en œuvre à l'échelon provincial.

Principales constatations

Services de télécommunication à large bande

- Dans toutes les régions, le pourcentage des établissements de santé des collectivités des Premières nations ayant des services de télécommunication à large bande, par accès commuté ou à haute vitesse, a augmenté de 2006 à 2008.
- Quatre-vingt-cinq pour cent des établissements de santé avaient une certaine forme de connectivité en 2006-2007, et 96 p. 100 en 2007-2008.
- Plus particulièrement, les services de télécommunication à large bande de toutes les régions se sont améliorés de façon la plus remarquable au Québec (qui est passé de 15 p. 100 des établissements de santé ayant des services de télécommunication à large bande en 2007, à 100 p. 100 en 2008) et la Saskatchewan (qui est passé de 7 p. 100 en 2007 à 89 p. 100 en 2008).

Télésanté

- Dans toutes les régions, le nombre de sites de télésanté est passé de 165 en 2008 à 284 en 2010 (soit 45 p. 100 des 626 établissements de santé des collectivités des PN de toutes les régions).
- La majorité des répondants à l'échelon provincial et de la direction se sont dits satisfaits ou très satisfaits de la disponibilité de la télésanté (56 p. 100 (N=40) et 70 p. 100 (N=36) respectivement).

Dossiers médicaux électroniques (DME)

- Le nombre de mises en œuvre de DME dans les collectivités des Premières nations n'est pas bien documenté, ce qui est probablement attribuable au fait qu'il s'agit d'une activité assez récente.
- Chez les répondants à l'échelon de la communauté, 45 p. 100 (N=40) ont indiqué qu'ils avaient évalué la faisabilité de la mise en œuvre d'un DME, et 25 p. 100 ont indiqué qu'une évaluation n'avait pas encore été réalisée. Chez ceux qui ont indiqué qu'une évaluation était terminée, 40 p. 100 (N=25) ont révélé qu'on avait instauré un DME, 45 p. 100 ont révélé que la planification était encore en cours et les 15 p. 100 restant ont indiqué qu'un DME n'avait pas encore été mis en œuvre.

On a demandé aux répondants fournisseurs de services à l'échelon communautaire l'état actuel de la mise en œuvre de divers outils de cybersanté. Même si les outils identifiés ci-dessous ne sont pas tous gérés par le Programme de cybersanté, ils ont tous une composante de la santé électronique. Au tableau 5.0, nous pouvons constater les progrès réalisés par les fournisseurs de services à l'échelon communautaire au chapitre de la mise en œuvre de divers outils de cybersanté. Le taux élevé de réponses « Ne sais pas » peut indiquer l'absence de connaissance de l'état de l'outil ou de participation directe à certains domaines à l'échelon communautaire.

Tableau 5.0 — Rapport sur les progrès de mise en œuvre des outils de cybersanté (N=40)

	Planification en cours	Mis en œuvre et encore en usage	Mis en œuvre, mais pas utilisé	Pas mis en œuvre*	Ne sais pas
a. Outil de surveillance de la santé publique (c.-à-d. Panorama ou l'équivalent)	35 %	0 %	0 %	38 %	28 %
b. Dossier médical électronique (p. ex., DME dans une clinique de santé publique)	12 %	22 %	0 %	48 %	18 %
c. Système d'information sur les médicaments	5 %	0 %	0 %	57 %	38 %
d. Imagerie diagnostique	5 %	18 %	0 %	50 %	28 %
e. Système national de gestion de l'information sur la toxicomanie chez les Premières nations et les Inuits (SNGITPNI)	10 %	8 %	2 %	35 %	45 %
f. Soins à domicile et soins communautaires/Initiative sur le diabète chez les Autochtones (SDMC/IDA)	10 %	45 %	0 %	15 %	30 %
g. Système de consignation des transports pour raison médicale (SCTRM)	8 %	18 %	0 %	40 %	35 %
h. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)	5 %	15 %	12 %	38 %	30 %
i. Rapports des collectivités	22 %	25 %	0 %	20 %	32 %
j. Modèle électronique de Rapport statistique sur la prestation des services (e-RSPS)	0 %	68 %	2 %	8 %	22 %
k. Courriel	0 %	79 %	0 %	5 %	16 %
l. Accès à Internet	0 %	32 %	0 %	5 %	15 %
m. Vidéoconférence					
i. À des fins administratives	15 %	52 %	0 %	15 %	18 %
ii. Rencontres familiales	15 %	15 %	2 %	30 %	38 %
n. Télésanté					
i. Promotion de la santé (éducation du client)	5 %	42 %	0 %	32 %	20 %
ii. Consultations cliniques	12 %	38 %	0 %	32 %	17 %
iii. Séances d'éducation/de formation (perfectionnement professionnel)	8 %	60 %	0 %	15 %	18 %

* Certains répondants peuvent ne pas savoir que « la planification est en cours ».

Résultat Immédiat 2 : Main-d'œuvre de plus en plus à l'aise à utiliser la TI pour offrir des services

Des progrès ont été faits vers l'atteinte de ce résultat. Une formation est offerte pour promouvoir une main-d'œuvre de plus en plus à l'aise à utiliser la TI. Le même objectif sera atteint alors qu'un plus grand nombre de services de cybersanté seront mis en œuvre et utilisés par la main-d'œuvre au fil du temps.

Principales constatations

- La majorité (55 p. 100, N=40) des répondants au sondage à l'échelon communautaire a indiqué que le Programme de cybersanté n'était pas parvenu à assurer le perfectionnement des compétences et l'acquisition des connaissances en matière de cybersanté chez les collectivités des PN/I.
- Depuis 2006, la formation sur la télésanté, les vidéoconférences et le modèle e-RSPS a été offerte de manière uniforme dans les collectivités. On a récemment ajouté de la formation sur des outils de cybersanté au fur et à mesure que le programme poursuit son évolution.
- Trente-trois pour cent (N=40) des répondants à l'échelon communautaire estimaient que le Programme de cybersanté a obtenu un succès modéré, voire aucun, pour ce qui est d'aider les collectivités des Premières nations et des Inuits à acquérir le savoir, les compétences et l'expérience en matière de cybersanté. Vingt-cinq pour cent ont indiqué que le Programme avait obtenu un succès modéré ou qu'il avait réussi.
- Plus de la moitié (55 p. 100, N=40) des répondants à l'échelon communautaire ont indiqué que leur collectivité ou organisme n'avait pas en place de stratégie de formation sur les outils ou la technologie de télésanté.
- Vingt-cinq pour cent (N=40) s'estimaient satisfaits et 2 p. 100(N=40) très satisfaits de la formation sur les outils ou du perfectionnement des compétences en cybersanté reçu dans leur collectivité. (Il est important de remarquer que 32 p. 100 des répondants ont indiqué S.O. pour cette question, donc la qualité des données est faible.)
- Il y avait un écart dans les données de rendement contenues dans les rapports de fin d'exercice des bureaux régionaux de la SPNI relativement à la formation sur les outils en cybersanté et au renforcement des capacités en matière de cybersanté. La comparaison et l'agrégation des données dans l'ensemble des régions et des exercices n'ont pu être réalisées.

Résultat immédiat 3 : Sensibilisation accrue des Premières nations à l'infrastructure de cybersanté

Des progrès ont été accomplis vers l'atteinte de ce résultat. À partir de la documentation sur les programmes provenant des bureaux régionaux de la SPNI, il semble qu'il y a un manque de stratégie officielle de communications. En général, on a indiqué qu'il fallait augmenter la fréquence et le niveau des communications avec les collectivités et les organismes des PN ainsi qu'avec les autres partenaires, y compris avec les gouvernementaux provinciaux. Les répondants ont mentionné le besoin de concevoir une approche de communication efficace qui assure l'acheminement de l'information entre le PIC, les collectivités des Premières nations et les bureaux régionaux de la SPNI.

Principales constatations

- Les types de communication qui ont été signalés par les régions comprennent : des réunions trimestrielles sur place afin de discuter des projets, des buts à court et à long terme, et des problèmes éprouvés; les présentations sur l'infrastructure de la cybersanté des PN aux collectivités; ainsi que des conversations téléphoniques mensuelles au sujet des progrès du projet et des obstacles rencontrés.
- Parmi des exemples de communications décrites par les régions, il y avait une conférence ou un colloque organisé en Saskatchewan en 2010, où l'on offrait un atelier sur le PASIS; une présentation faite par la région du Québec à Kahnawake sur l'initiative d'infrastructure de la santé des PN (mars 2009).
- Quarante-huit pour cent (N=40) des répondants à l'échelle communautaire ont révélé qu'au cours des cinq dernières années, il y avait une augmentation de la sensibilisation à la cybersanté dans leur collectivité, 18 p. 100 ont indiqué qu'il n'y avait pas eu d'augmentation, 22 p. 100 ne le savait pas et 12 p. 100 ont indiqué S.O.

Résultat immédiat 4 : Amélioration de la planification et de la mise en œuvre continues et intégrées de systèmes de cybersanté complexes

Aucun indicateur ou aucune donnée spécifiques sur le rendement n'ont été recueillis afin d'analyser ce résultat.

Résultat immédiat 5 : Utilisation accrue des renseignements fondés sur des données probantes pour documenter la planification et la mise en œuvre de la cybersanté

Des progrès ont été démontrés, notamment en matière de planification à l'échelon national; toutefois, il y a un manque de preuves qui démontre l'utilisation de renseignements fondés sur des données probantes pour documenter la planification et la mise en œuvre aux échelons communautaires et régionaux.

Principales constatations

- Le document [*Interim National Directives for the FNIHB eHealth Program – e-Health Solutions Units*], publié en 2008, et le PASIS, publié en 2010, sont de bons exemples d'utilisation de la preuve pour la planification et le processus décisionnel du Programme de cybersanté. Les deux documents se fondent sur les constatations provenant de l'examen de publications et de rapports pertinents sur la cybersanté, la santé des Premières nations et le développement du système de santé.
- Quarante-quatre pour cent (N=36) des répondants à l'échelon de la direction s'estimaient d'accord ou entièrement d'accord avec le fait qu'il y a une plus grande utilisation d'information fondée sur des données probantes pour documenter la planification et la mise en œuvre de la cybersanté.

Résultat immédiat 6 : Plus grande utilisation des politiques, des normes et des lignes directrices pour la mise en œuvre et l'utilisation de la TI

Aucun indicateur de rendement ou aucune donnée sur le rendement en particulier n'ont été recueillis afin d'analyser ce résultat.

4.2.2. Question fondamentale 4 : Dans quelle mesure les résultats intermédiaires (objectifs à moyen terme) ont-ils été atteints?

Les constatations révèlent qu'il y a eu des progrès dans la réalisation de la plupart des résultats à moyen terme. On a relevé d'énormes écarts sur le plan des sources de données pour les indicateurs de rendement de cette section.

Résultat intermédiaire 1 : Les intervenants clés de la santé des Premières nations et des Inuits engagés dans l'intégration des services de santé

En général, on a constaté que les bureaux régionaux de la SPNI et les collectivités des PN avait fait des progrès au chapitre du Programme de cybersanté quant à l'établissement de partenariats et à la collaboration entre les intervenants pour la mise en œuvre de stratégies et de projets de cybersanté. Selon les données, il est évident que le niveau d'intégration entre les intervenants de la cybersanté et les PN/I est élevé. De plus, la participation à des partenariats avec les gouvernements fédéral et provinciaux, les organismes des PN, les organismes de la cybersanté et les autorités de santé régionales est apparue comme la méthode ou l'approche de rechange que les collectivités envisagent pour assurer le succès de leur propre projet ou Programme de cybersanté qu'on cite le plus souvent.

Principales constatations

- Pour les exercices de 2006-2007 à 2010-2011, le Programme de cybersanté a participé à deux lettres d'entente interministérielle (LEI), à 11 accords de contribution (AC) et à neuf mémorandums d'accord (MOA).
- Des partenariats entre la cybersanté de la DGSPNI et (1) Inforoute Santé du Canada et les autres ministères fédéraux responsables des soins de santé, (2) AADNC et les autres organismes autochtones fédéraux, (3) les gouvernements provinciaux et (4) les collectivités des PN/I, les organismes de la santé et les organismes non gouvernementaux ont été établis au cours des dernières années, et sont soulignés dans le document [*Interim National Directives for the FNIHB eHealth Program – e-Health Solutions Units*] publié en 2008.
- À l'échelon de la communauté, 50 p. 100 (N=40) des répondants ont indiqué avoir participé à des comités régionaux ou provinciaux qui ont discuté de l'intégration des services de cybersanté, et 28 p. 100 (N=40) ont indiqué ne pas y avoir participé. À l'échelon de la direction, 75 p. 100 (N=36) ont répondu qu'ils avaient participé et 19 p. 100 (N=36) ont indiqué qu'ils ne l'avaient pas fait.

Résultat intermédiaire 2 : Augmentation de la gestion par les Premières nations de l'infrastructure de la cybersanté

Aucune donnée ou aucun indicateur particuliers sur le rendement n'ont été recueillis afin d'analyser ce résultat.

Résultat intermédiaire 3 : Information de plus en plus intégrée pour l'amélioration continue de l'infrastructure de la cybersanté

Aucune donnée ou aucun indicateur particuliers sur le rendement n'ont été recueillis afin d'analyser ce résultat.

Résultats à moyen terme 4 : Accès aux renseignements sur la santé⁷

Il y a un chevauchement entre les indicateurs de ce résultat et ceux du résultat P1.1 « Accès amélioré aux services d'infrastructure de la cybersanté ». Veuillez consulter la section 4.2.1 pour obtenir des constatations liés au nombre et au type d'outils d'information sur la cybersanté mis en œuvre dans l'ensemble des collectivités des PN.

4.2.3. Question fondamentale 4 : Dans quelle mesure les résultats ultimes (objectifs à long terme) ont-ils été atteints?

Des progrès variés ont été faits à l'égard de la réalisation de la plupart des résultats à long terme. Toutefois, il faut noter que ces résultats ne seront pas pleinement atteints avant 2020.

Résultat ultime 1 : Capacité et possibilité de DSE pour les Premières nations et les Inuits d'ici 2020 et intégration harmonieuse aux systèmes provinciaux de DSE

La capacité et la possibilité du DSE de l'ensemble des Premières nations et des Inuits ont obtenu un succès modéré pour ce qui est de l'intégration harmonieuse aux systèmes de santé électroniques provinciaux. Comme nous l'avons déjà indiqué à la section 4.2.1, nous avons accompli des progrès vers l'atteinte de cette vision pour ce qui est de la planification du DME, toutefois les niveaux de satisfaction sont faibles relativement à la disponibilité des DME et des DSE, et nous ne nous attendons pas à ce que ces résultats soient pleinement atteints avant 2020.

Résultat ultime 2 : Promotion d'une relation de gouvernance de la santé novatrice intégrée

De bon progrès ont été démontrés vers l'atteinte de ce résultat. Les constatations révèlent qu'une relation de gouvernance de la santé novatrice et intégrée a été établie entre les régions, les collectivités, les gouvernements provinciaux, le gouvernement fédéral et les autres intervenants pertinents.

⁷ Pour l'évaluation de la cybersanté, on a utilisé une mesure du rendement (nombre et type d'outils d'information sur la cybersanté mis en œuvre dans l'ensemble des collectivités des PN) comme indicateur pour l'évaluation de l'accès à l'information sur la santé.

Principales constatations

- Les régions du Pacifique et de la Saskatchewan semblent être à l'avant-plan de l'établissement de partenariats novateurs.
 - La Colombie-Britannique participent à plusieurs relations de gouvernance de la santé novatrices et intégrées afin de planifier, d'offrir et de financer conjointement des services intégrés à l'intention des Premières nations et des Inuits (p. ex., Plan tripartite pour la santé des Premières nations (PTSPN), créé en 2007, le [BC First Nations eHealth Centre of Excellence], les projets d'expansion de la télésanté des Premières nations et le projet de [plan stratégique de cybersanté]).
 - En août 2008, un Protocole d'entente (PE) sur la santé et le mieux-être des Premières nations en Saskatchewan a été ratifié entre la Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan (FNIS), le gouvernement du Canada et le gouvernement de la Saskatchewan; il comporte plusieurs objectifs, dont un est d'adapter et de mieux intégrer les programmes de santé et de mieux-être pour toutes les provinces en éliminant le dédoublement, en comblant les écarts et en améliorant la coordination et l'efficacité des systèmes de soins de santé.
- Pour les exercices de 2006-2007 à 2010-2011, le Programme de cybersanté a établi des partenariats et des ententes avec 22 groupes ou organismes.

Résultat ultime 3 : Capacité améliorée des PN d'influencer ou de contrôler (conception, prestation et gestion) des programmes et des services de cybersanté

Peu de progrès ont été réalisés pour ce résultat, comme le démontrent les niveaux élevés d'insatisfaction signalés par les répondants à l'échelon communautaire relativement à la gouvernance des composantes du programme. Les intervenants veulent participer davantage à la planification ou au contrôle des principales composantes du Programme de cybersanté. Beaucoup d'intervenants ne connaissent pas clairement leur rôle dans la planification ou le contrôle des composantes du PIC. Il faut régler ce point afin d'améliorer la capacité générale des PN d'influencer ou de contrôler les programmes et les services dans le contexte de la cybersanté.

Nous avons cerné des écarts dans la documentation du programme pour les indicateurs de rendement de cette section.

Principales constatations

- Cinquante pour cent (N=36) des répondants à l'échelon de la direction estiment que le Programme de cybersanté appuyait la capacité de leur organisme d'influencer ou de contrôler les programmes ou les services de cybersanté; les intervenants communautaires partageaient moins cet avis, alors que 32 p. 100 (N=40) estimaient recevoir un soutien (32 p. 100 ont indiqué non, 18 p. 100, Ne sais pas, et 18 p. 100, S.O.).
- En moyenne, entre 20 et 33 p. 100 des répondants de la collectivité sont insatisfaits de leur rôle dans la planification des activités de cybersanté, comme le démontre le tableau 6 ci-dessous. De plus, un même nombre de répondants ont indiqué être insatisfaits ou très insatisfaits. Ce qui indique qu'il faudrait accroître le rôle de la collectivité dans ce domaine.

Tableau 6.0 — Satisfaction des répondants à l'échelon communautaire relativement à leur rôle actuel dans la planification et la mise en œuvre des composantes du Programme de cybersanté (N=40)

	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait	Ne sais pas	S.O.
a. Service de télécommunication à large bande	2 %	20 %	25 %	20 %	8 %	5 %	20 %
b. Outil de surveillance de la santé publique (c.-à-d. Panorama ou l'équivalent)	2 %	22 %	32 %	20 %	2 %	5 %	15 %
c. Télésanté	5 %	15 %	28 %	30 %	2 %	2 %	18 %
d. DME/DSE	2 %	15 %	25 %	25 %	0 %	8 %	25 %
e. Soutien technique, entretien et renforcement des capacités de la TI	0 %	25 %	30 %	22 %	2 %	2 %	18 %
f. Gestion de l'information	2 %	25 %	25 %	25 %	0 %	2 %	20 %

4.2.4. Question fondamentale 5 : Évaluation de l'économie et de l'efficacité

L'évaluation de l'économie et de l'efficacité révèle qu'il faut insister davantage sur une plus grande utilisation des services de cybersanté pour assurer en général le rapport coût-efficacité du PIC.

L'évaluation vise à déterminer l'efficacité et l'économie sous la question fondamentale 5 : Démonstration d'efficacité et d'économie, telle qu'elle est soulignée dans la *Politique sur l'évaluation* et la *Directive sur la fonction d'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor (CT). C'est-à-dire, une évaluation de l'affectation et de l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés.

La *Politique sur l'évaluation* (2009) du gouvernement du Canada (GC) définit la démonstration d'efficacité et d'économie comme l'évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés. Dans le domaine des activités de programme et des activités de la DGSPNI en général, il y a des difficultés considérables pour mesurer l'économie et l'efficacité sur le plan de la comparaison, d'approches de rechange et d'affectation des résultats.

En particulier, la matrice du cadre d'évaluation de l'économie et de l'efficacité a exposé brièvement quatre questions et a entrepris de mesurer l'économie et l'efficacité au moyen d'un ensemble standard d'indicateurs de rendement.

Ces questions sont :

- Comment le Programme de cybersanté a-t-il optimisé, en général, la quantité, la qualité et la combinaison de produits ou de services afin de faciliter la réalisation des résultats escomptés?
- Y a-t-il d'autres méthodes qui permettent d'assurer les mêmes réalisations des résultats escomptés?

- Le Programme de cybersanté a-t-il réduit au minimum les ressources allouées tout en maximisant les extrants?
- Les ressources du Programme de cybersanté ont-elles été gérées de manière à faciliter l'atteinte des résultats immédiats pertinents?

Toutefois, en raison du manque de données sur le rendement financier, l'approche suivante a été adoptée afin d'évaluer l'affectation et l'utilisation des ressources au moyen des quatre méthodes énoncées ci-dessous :

1. traiter des questions sur l'économie et l'efficacité au niveau de la mise en œuvre du programme et à l'étape de la prestation (activités, extrants) par une évaluation de la disponibilité des données financières (examen de l'affectation des dépenses);
2. obtenir des précisions sur les données concernant les tendances des dépenses au moyen d'entrevues avec les employés clés du programme (AC);
3. obtenir et examiner des données qualitatives au moyen de sondages auprès des intervenants clés (à l'échelon de la communauté et de la direction) sur leur opinion relativement aux facteurs touchant ou influençant la réalisation des résultats à long terme qui se rapportent à la disponibilité des ressources ou à leur affectation;
4. faire la modélisation théorique afin d'examiner si les services de télésanté destinés aux collectivités des Premières nations et des Inuits du Canada sont rentables; si les dossiers de santé électroniques et les dossiers médicaux électroniques (DSE/DME) améliorent l'efficacité des services et si les outils de surveillance de la santé publique (c.-à-d. Panorama ou l'équivalent) sont rentables.

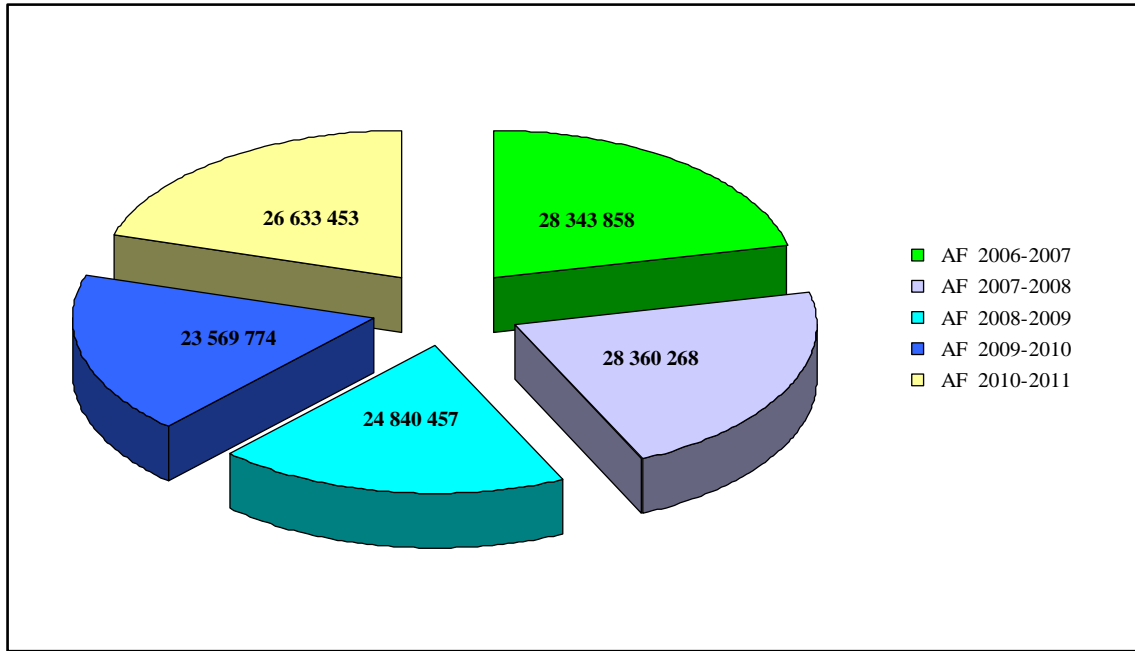
4.2.4.1. Affectation et utilisation des ressources

Les données financières et les analyses connexes donnent une évaluation générale des répercussions de l'affectation des dépenses dans le contexte de l'utilisation des ressources. Cette analyse comportait l'examen des coûts pour la prestation de programmes (salaires directs et indirects, coûts de fonctionnement et d'entretien et subventions et contributions), y compris les inducteurs de coûts, l'affectation des ressources (par composante de programmes) ainsi que le rapport coût/extrant. Dans la plupart des cas, les données sur les tendances ont été examinées afin de comprendre la façon dont l'affectation des dépenses a influencé la prestation de programmes et, peut-être, les résultats escomptés.

Les ressources totales de 131 747 810 \$ comprennent les fonds combinés du PIC reçus du bureau national de la DGSPNI, des bureaux régionaux de la DGSPNI et distribués aux collectivités des PN/I. La contribution au financement total peut comprendre des ressources fournies par d'autres programmes de SPNI, les fonds régionaux réaffectés à l'intérieur d'exercices donnés et des investissements uniques spéciaux faits par la Direction générale.

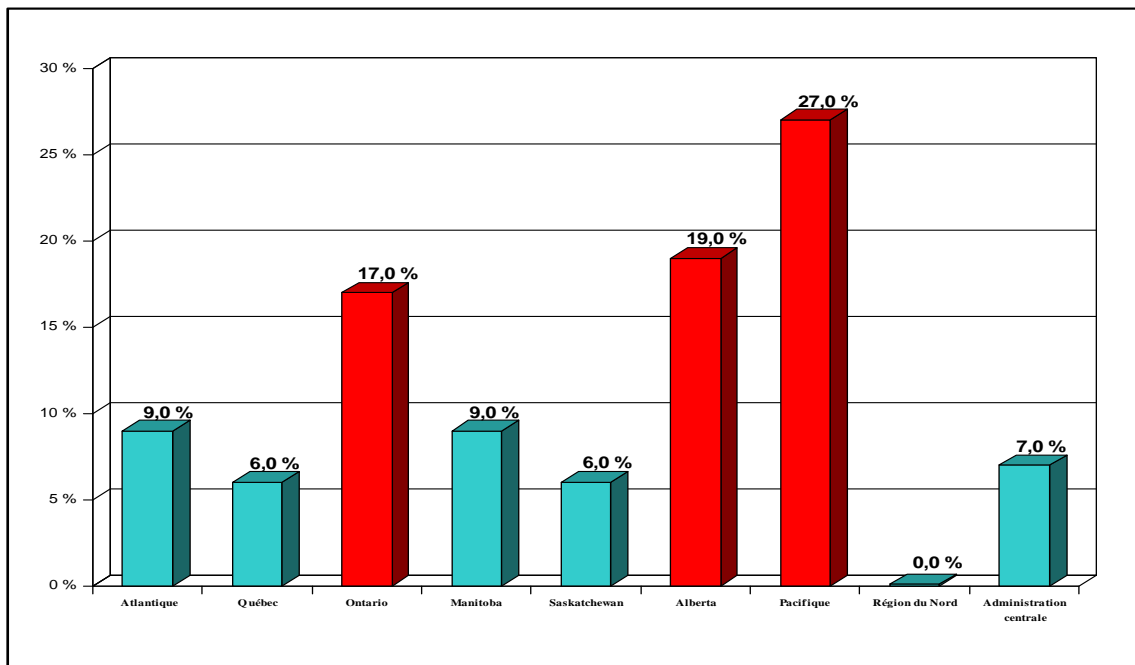
En moyenne, les dépenses des programmes généraux par année s'élevaient à 26 349 561,38 \$ pour les cinq années ayant fait l'objet de l'examen (de 2006-2007 à 2010-2011). Il y a eu peu d'écarts au chapitre des dépenses totales d'une année à l'autre (en moyenne 2 p. 100), comme l'indique la figure 3.

Figure 3 — Dépenses totales par exercice



Pour les cinq exercices évalués, les dépenses engagées par la DGSPNI et les bureaux régionaux de la SPNI ont varié considérablement, et le plus fort pourcentage de dépenses est consigné pour les régions de l'Ontario, de l'Alberta et du Pacifique, comme l'indique la figure 4.

Figure 4 — Pourcentage des dépenses totales par région, de 2006-2007 à 2010-2011

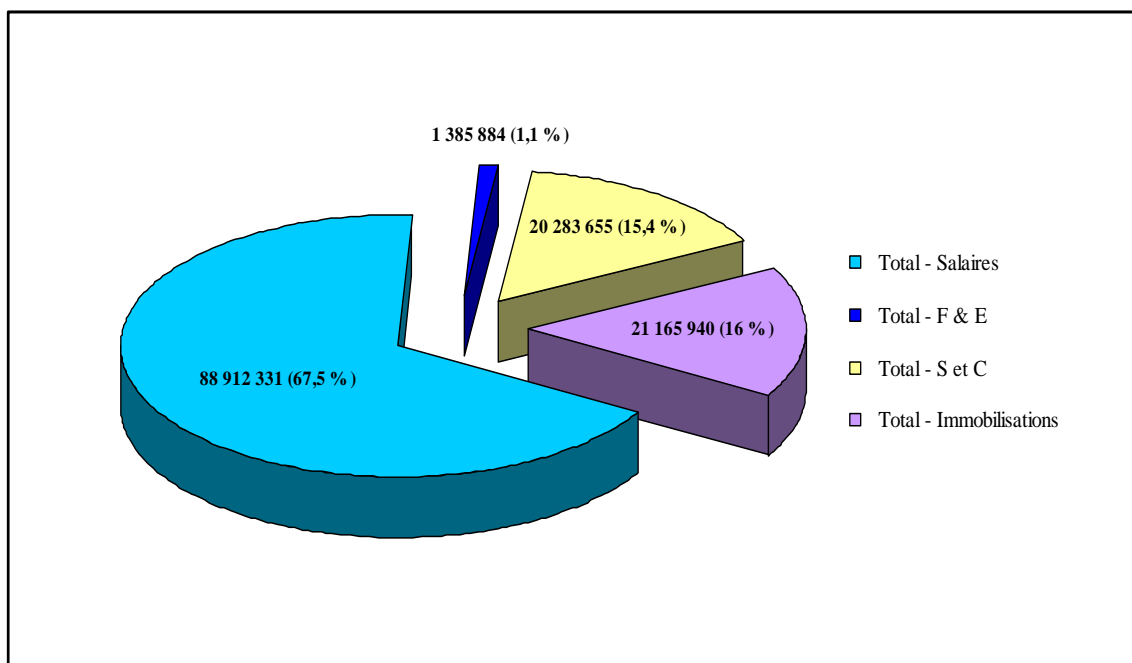


Pour la plupart des bureaux régionaux de la SPNI, ainsi que pour le bureau national de la région de la capitale nationale (RCN), les dépenses d'une année à l'autre ont varié uniquement de <10 p. 100 (en moyenne) sauf en Ontario et dans le Pacifique, où les plus grandes fluctuations de dépenses sont survenues en 2008-2009 et en 2009-2010 et ont varié à la baisse jusqu'à 50 à 80 p. 100. Les fluctuations les plus importantes étaient pour des dépenses associées aux accords de contribution. Les fluctuations existent étant donné que les affectations budgétaires des projets communautaires sont fondées sur certains critères qui influencent les affectations fiscales pour chaque région de la SPNI. Ces critères comprennent les affectations versées en fonction du nombre et de la taille des propositions approuvées; les affectations de financement de l'année précédente et les priorités pour le financement de projets à long terme, ainsi que les répercussions des priorités stratégiques et des cycles de financement futurs. La taille de la population de chaque région a également des répercussions sur les demandes de financement et les affectations. La région du Nord a reçu des fonds uniquement en 2007-2008.

Pour les cinq années évaluées, nous avons assuré le suivi du total des dépenses en fonction du salaire, du fonctionnement et de l'entretien, des immobilisations (mineures) et des contributions (accords conclus par les bureaux régionaux de la SPNI avec les collectivités des PN/I ou les Organismes autochtones nationaux (OAN)). Les contributions comprenaient la majorité des dépenses totales (67,5 p. 100) alors que les coûts de fonctionnement et d'entretien représentaient 16 p. 100, et les salaires 15,4 p. 100 des dépenses totales (voir la figure 5).

Les dépenses en immobilisations ont été engagées seulement au cours des deux premières années de financement (2006-2007 et 2007-2008) dans les régions de l'Atlantique, du Manitoba, de l'Alberta et du Pacifique. Les dépenses en immobilisations représentent moins de 1,1 p. 100 des dépenses totales pour les cinq années ayant fait l'objet de l'examen. Ces dépenses étaient assumées au départ par l'AC, puis par des accords de contribution avec les collectivités des PN/I.

Figure 5 — Répartition par type des dépenses au montant de 131 747 810 \$, de 2006-2007 à 2010-2011



Malgré les limites de la disponibilité des données en vue d'examiner les dépenses des composantes actuelles du PIC, une certaine ventilation financière a été fournie pour le total des dépenses (figure 6 : Coûts réels, et figure 7 : Coûts réels sous forme de pourcentage) aux fins de comparaison. Près de la moitié des investissements en cybersanté réalisés au cours des cinq dernières années ont été faits dans les domaines des services de télécommunication à large bande et du soutien technique, de l'entretien et du renforcement des capacités de la TI.

Le quart des investissements ont été faits en gestion de l'information (stratégie en matière d'activités, gestion, gestionnaire de service, et élaboration de politiques et de programmes). Les 25 p. 100 des investissements qui restent ont été répartis entre la surveillance de la santé publique, la télésanté et les technologies émergentes (y compris DME/DSE et la technologie mobile d'urgence).

Figure 6 — Coûts réels de 2006-2007 à 2010-2011

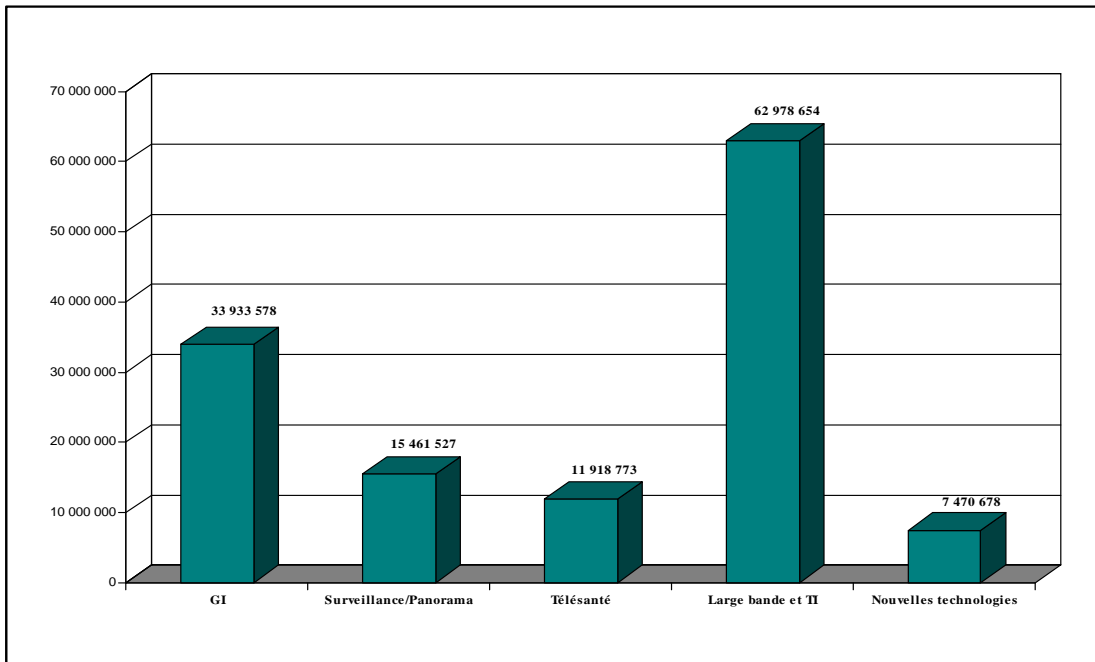
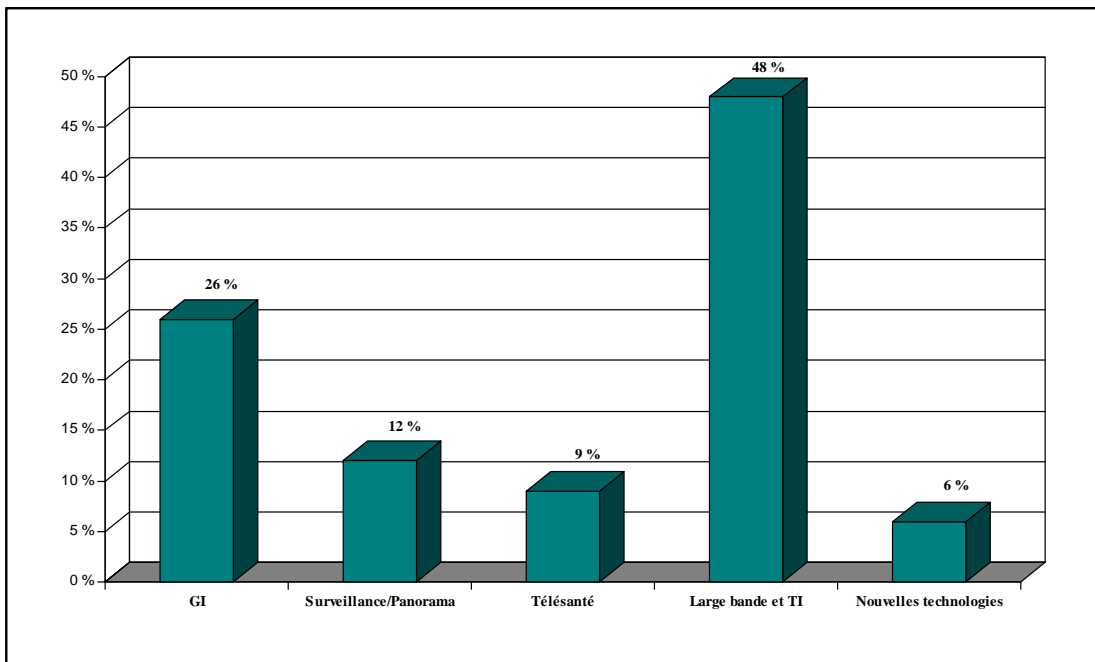


Figure 7 — Coûts réels sous forme de pourcentage de 2006-2007 à 2010-2011



4.2.4.2. Examen de l'opinion des intervenants

Principales constatations

Dans le sondage destiné aux intervenants clés (à l'échelon de la communauté et de la direction), des questions sur la probabilité d'atteindre des résultats à long terme ont soulevé un certain nombre d'enjeux en particulier ceux liés à la disponibilité de fonds ou à l'attribution du financement. Ces enjeux ont été cernés dans les questions ouvertes portant sur les défis ou les obstacles à la réussite du Programme.

Chez les répondants à l'échelon communautaire, le sujet abordé le plus souvent par la majorité des répondants (N=40) était le financement, indiquant de ce fait qu'un financement insuffisant contribue au ralentissement des progrès vers l'atteinte des résultats.

Les intervenants à l'échelon communautaire ont identifié de façon constante la viabilité du financement, qui s'est démarquée dans toute la documentation du programme comme le principal obstacle à la mise en œuvre et au maintien des outils de cybersanté dans les collectivités des Premières nations. Le financement doit être adéquat pour mettre en œuvre des projets et en assurer le fonctionnement continu. Sans un financement adéquat des opérations continues de l'infrastructure et des services de cybersanté à long terme, ces derniers se détérioreront.

Les intervenants ont indiqué que le financement doit être appropriée pour renforcer la capacité requise, et que plus de précision est nécessaire en ce qui concerne les initiatives qui seront financées, la façon dont elles le seront, du moment auquel le financement sera versé, et les stipulations et les exigences entourant le financement.

4.2.4.3. Modélisation théorique⁸

Principales constatations

Plusieurs services de cybersanté ont été inclus à la modélisation théorique afin de déterminer leur rapport coût-efficacité. Ils comprennent la cybersanté, les dossiers de santé électroniques et les dossiers médicaux électroniques, et les systèmes de surveillance de la santé publique (c.-à-d. Panorama ou l'équivalent). Pour chaque composante, il a fallu examiner les publications existantes pour en dégager un modèle de rapport coût-efficacité et avoir un aperçu des répercussions sur le système de soins de santé canadien. On a démontré qu'il est possible que ces services soient rentables, mais que le rapport coût-efficacité dépend fortement de l'utilisation des services.

Télésanté

Bien des programmes de télésanté ont été mis en œuvre dans le monde entier afin d'offrir des services aux populations en région éloignée. Dans bien des cas, on en a démontré les avantages sur le plan médical ainsi que le rapport coût-efficacité aux utilisateurs de services. Un modèle conçu pour évaluer le rapport coût-efficacité a démontré qu'un système de télésanté pouvait être rentable si le produit de la fraction des patients qui utilisent les services et de la fraction des

8 La modélisation théorique est offerte en vertu d'une entente intervenue avec Medmetrics Inc., Ottawa, Canada, 2011. Modélisation conçue et réalisée par M. Andrew Smith.

utilisateurs qui évitent de se déplacer est supérieur à 0,5. Le seuil de rentabilité est légèrement supérieur à 0,5 en raison d'une valeur déterminée par le coût de la prestation du service, l'argent dépensé pour les déplacements à des fins médicales, et la taille de la population qui utilise le service. En analysant plusieurs projets antérieurs, nous avons constaté que leur rapport coût-efficacité pouvait être expliqué par ce modèle et que, dans l'ensemble, les projets de télésanté canadiens pouvaient être rentables.

Dossiers de santé électroniques et dossiers médicaux électroniques (DSE/DME)

Les dossiers de santé électroniques et les dossiers médicaux électroniques (DSE et DME) peuvent améliorer l'efficacité du système de soins de santé du Canada. Nous avons démontré que la mise en œuvre dans d'autres pays était viable financièrement. Nous avons trouvé un modèle pour déterminer le rapport coût-efficacité, mais les données des systèmes de DME et de DSE canadiens sont insuffisantes. Un système de DME/DSE peut être rentable si son utilisation est élevée et si les frais d'exploitation du système sont inférieurs au montant économisé par l'utilisation d'un dossier électronique au lieu d'un dossier sur papier. Nous recommandons de recueillir des données afin de mieux déterminer le rapport coût-efficacité.

Systemes de surveillance de la santé publique et système connexe (c.-à-d. Panorama ou l'équivalent)

Nous savons que la surveillance de la santé publique consiste en l'utilisation continue et systématique des données sur la santé recueillies couramment afin d'orienter les mesures en matière de santé publique de manière opportune. La surveillance est de nature descriptive, elle rend compte de l'occurrence de blessures ou de maladies et de leurs traitements, ainsi que de facteurs plus vastes qui déterminent la santé ou les facteurs qui font que certaines personnes sont à risque accru de blessures ou de maladies. Nous avons démontré que de tels systèmes étaient rentables dans d'autres pays. En utilisant comme exemple l'éclosion de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) survenue récemment, les économies possibles sont de l'ordre de centaines de millions de dollars.

L'aperçu du rapport coût-efficacité d'un système de surveillance de la santé publique est favorable. Des projets similaires instaurés dans d'autres pays se sont avérés favorables sur le plan économique et des modèles économiques simples servant à prédire la rentabilité démontrent que l'on peut y parvenir à l'aide de paramètres réalistes.

5. CONCLUSIONS

5.1. Pertinence

Les constatations provenant de la présente évaluation du PIC des PN/I laissent entendre que celui-ci est des plus pertinents, mais qu'il doit être amélioré, surtout les composantes de programmes DME et DSE, et le renforcement des capacités de la TI, pour avancer les progrès vers l'atteinte des résultats escomptés. La DGSPNI et les bureaux régionaux de la SPNI continueront de réaliser des progrès vers l'intégration. Il existe donc des preuves solides en faveur d'un investissement continu en cybersanté.

Les constatations de l'évaluation laissent entendre que le PIC continue de traiter des besoins démontrables et qu'il répond, bien qu'avec un succès mitigé chez les collectivités des PN/I, aux besoins en matière de soins de santé et de technologie de la santé des PN/I. Les domaines de priorité du Programme de cybersanté sont bien harmonisés avec les besoins des collectivités des PN/I et les composantes des projets et du programme sont utiles et pertinentes aux besoins de ces collectivités.

Les résultats du Programme de cybersanté sont bien harmonisés avec les priorités, les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral ainsi qu'avec les résultats stratégiques du Ministère, et y sont conformes. Le gouvernement fédéral estime que la cybersanté est une priorité, et l'évaluation des constatations démontre que le Programme de cybersanté et ses activités et résultats opérationnels sont harmonisés avec divers organismes fédéraux, y compris la DGRP et AADNC.

On a remarqué certains domaines à améliorer, tels que traiter des préoccupations au sujet du manque de mécanisme de financement durable pour appuyer les projets et s'assurer que le programme appuie une plus grande gouvernance communautaire des projets de cybersanté et l'établissement de capacité en cybersanté chez les collectivités des PN.

5.2. Rendement

L'atteinte des résultats immédiats, intermédiaires et ultimes du PIC a connu des progrès variés. Toutefois, en raison des données inadéquates et incohérentes du Programme pour bon nombre d'indicateurs de rendement, il est difficile de tirer des conclusions en toute confiance et exactitude sur l'atteinte des résultats. Nous ne nous attendons pas à ce que les résultats à long terme soient pleinement atteints avant 2020.

➤ Résultats immédiats (court terme)

Des preuves révèlent que peu de progrès ont été réalisés pour améliorer l'accès à certains services d'infrastructure de la cybersanté (p. ex., connectivité à haute vitesse, télésanté et e-RSPS), alors que plus d'efforts sont requis pour d'autres services, comme les outils de surveillance de la santé publique et les DME et DSE.

L'intégration du système de surveillance de la santé publique (c.-à-d. Panorama ou l'équivalent) dépend de la sélection et de la mise en œuvre de leurs outils respectifs à l'échelon provincial.

L'effort continu déployé pour avoir une connectivité efficace, le soutien, l'entretien, le renforcement des capacités et la gestion de l'information sont tous des composantes de l'infrastructure fondamentale nécessaire à la prestation de services de cybersanté efficaces. Les constatations laissent entendre que la télésanté est la composante qui a eu le plus de succès. D'autres efforts sont nécessaires pour s'assurer que l'outil de surveillance de la santé publique (compatible aux systèmes provinciaux respectifs) améliorera la gestion de l'information sur la santé publique. Les DME et DSE sont une grande priorité F/P/T.

Nous avons démontré des progrès vers l'utilisation de l'information fondée sur des données probantes pour documenter la planification et la mise en œuvre de la cybersanté, en particulier en ce qui a trait à la planification à l'échelon national (c.-à-d. dans l'élaboration de plans stratégiques tels que le PASIS et les directives intérimaires). Il y a cependant un manque de preuves qui démontrent l'utilisation de l'information fondée sur des données probantes aux échelons communautaire et régional, en particulier dans les domaines de l'amélioration de la capacité et de la possibilité de la main-d'œuvre à utiliser la TI dans le cadre de la prestation de services.

➤ **Résultats intermédiaires**

Une des forces majeures du PIC, est le progrès réalisé vers l'élaboration de partenariats et la collaboration entre les intervenants qui mettent en œuvre les stratégies et les projets de cybersanté. Les données démontrent un niveau élevé de collaboration entre les PN/I et les intervenants en cybersanté. De plus, la participation à des partenariats avec les gouvernements fédéral et provinciaux, les organismes des PN, les organismes de la cybersanté et les autorités de santé régionales est apparue comme la méthode ou l'approche de rechange que les collectivités envisagent pour assurer le succès de leur propre projet ou Programme de cybersanté qu'on cite le plus souvent.

Des progrès ont été réalisés vers l'amélioration de l'accès aux renseignements sur la santé, tel qu'il est évalué par le nombre et le type d'outils d'information sur la cybersanté mis en œuvre dans les collectivités des PN. Toutefois, ces progrès varient en fonction de chaque outil de cybersanté et d'une collectivité des PN à l'autre.

➤ **Résultats à long terme**

Des progrès ont été réalisés vers l'établissement d'une relation de gouvernance de la santé novatrice et intégrée entre les bureaux régionaux de la SPNI, les collectivités, les gouvernements provinciaux, le gouvernement fédéral et les autres intervenants pertinents par l'établissement de partenariats clés efficaces.

Même si la présente évaluation ne portait pas sur les résultats à long terme, des preuves révèlent que des progrès ont été réalisés dans bien des domaines, y compris l'élaboration de partenariats, la planification des DSE et l'intégration des systèmes de surveillance de la santé publique avec les provinces. Il est tout de même nécessaire de se concentrer sur la planification et la mise en œuvre complète des composantes du Programme de cybersanté afin d'atteindre les résultats escomptés à long terme.

En général, ces conclusions soulignent un des principaux enjeux qui dégage de la présente évaluation – le PIC est des plus pertinents pour répondre aux besoins des collectivités des PN, et s'harmonise bien avec les priorités fédérales. Toutefois, des progrès continus seront réalisés en traitant des points suivants :

- Des données de programme et de performance financière insuffisantes ou non disponibles pour appuyer les mesures de performance du programme.
- Les résultats du programme qui sont mieux harmonisés avec les activités et les progrès survenant aux échelons communautaire et régional. Les résultats du programme actuels du PIC sont surtout poussés par la TI, se concentrent sur le progrès du déploiement ou de la mise en œuvre des outils de cybersanté et le développement de l'infrastructure. Toutefois, si les résultats devaient refléter davantage les améliorations apportées par les processus opérationnels du PIC (ce qui se produit beaucoup dans les régions et les collectivités alors qu'elles se préparent et s'adaptent aux changements, comme les procédures et les politiques relatives à la protection de la vie privée, la gestion des renseignements et les accords sur l'échange des données), cela faciliterait l'atteinte des résultats.
- Un mécanisme requis spécifiquement pour aborder les capacités améliorées des collectivités des PN.
- Un mécanisme visant à s'assurer que les communications à l'échelle du programme contribuent à augmenter la sensibilisation aux activités du PIC, aux résultats prévus, aux possibilités des intervenants de participer à la planification et à la prise de décision afin d'appuyer la réalisation des résultats prévus.

L'objectif souligné dans le modèle logique du PIC et du Plan d'action stratégique de l'infrastructure de la santé est « Fournir les technologies de l'information (TI) nécessaires pour accroître la capacité de recueillir, de classifier, de distribuer, de protéger et de diffuser les renseignements sur la santé aux échelons communautaire, régional et national, et permettre l'accès à des programmes et à des services de santé de qualité similaire à ceux disponibles pour la population générale ». Cet objectif est la force motrice du Programme de cybersanté et constitue une solide assise sur laquelle se fondent des stratégies et des plans opérationnels à court, à moyen et à long terme. De bons progrès ont été réalisés vers la mise en œuvre et l'exécution du PASIS. Toutefois, il manque un plan d'activités détaillé et exhaustif au PIC afin d'exécuter ce plan stratégique et d'atteindre les résultats du programme.

Les intervenants à l'échelon communautaire ont identifié de façon constante la viabilité du financement, qui s'est démarquée dans toute la documentation du programme comme le principal obstacle à la mise en œuvre et au maintien des outils de cybersanté dans les collectivités des Premières nations. Le financement doit être adéquat pour mettre en œuvre des

projets et en assurer le fonctionnement continu. Si l'on ne dispose pas d'un financement adéquat pour appuyer les opérations continues de l'infrastructure et des services de cybersanté à long terme, ces derniers se détérioreront. Il faut clarifier les initiatives qui seront financées, la façon dont elles le seront, le moment auquel les fonds seront reçus et les stipulations et les exigences relatives au financement.

Selon l'analyse des dépenses des six composantes du programme, il faut réexaminer la répartition des prochains investissements pour s'assurer que les ressources sont affectées d'une manière appropriée afin de maximiser l'atteinte des résultats des programmes. Ainsi, l'interopérabilité avec les systèmes provinciaux et territoriaux nécessite un investissement important, et il faudrait donc incorporer à une analyse de rentabilisation à long terme le réexamen possible du moment et de la façon dont les ressources seront affectées.

La modélisation théorique a démontré que la connectivité peut améliorer l'efficacité et le rapport coût-efficacité d'un service de santé. Ce rapport dépend fortement de l'utilisation. Il est primordial que tout système d'information sur la santé fondé sur la technologie mis en œuvre soit utilisé le plus possible (utilisation maximale), ou bien il ne sera pas rentable.

6. RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Réaliser une seule analyse de rentabilisation détaillée et complète

Le PIC devrait envisager de réaliser une analyse de rentabilisation détaillée et complète visant à accroître l'adoption de systèmes modernes, de stratégies de gestion du changement et leur utilisation au sein des collectivités afin d'améliorer l'accès, la qualité et la productivité dans les domaines de la santé et des soins de santé pour les collectivités des Premières nations et des Inuits. Les constatations donnent à penser qu'il faut d'autres renseignements détaillés au sujet des objectifs organisationnels du plus haut niveau possible pour le PIC (et sur la façon de les réaliser). La réalisation d'une analyse de rentabilisation devrait fournir ce niveau de détail.

Une analyse de rentabilisation détaillée et complète permettrait au PIC de s'harmoniser avec des concepts et des enjeux importants et de les relier; d'obtenir une image complète de leur Programme (composantes, partenaires ou intervenants); d'aider le Programme à prévoir les exigences financières à l'avenir; de s'assurer que les rôles et les responsabilités du Programme sont clairement définis; de permettre le suivi de la scène nationale et internationale de la cybersanté et de les étudier étroitement; et de permettre d'assurer le suivi des besoins en évolution constante des utilisateurs finaux du programme et de les étudier étroitement.

L'analyse de rentabilisation aiderait le PIC à atteindre son résultat immédiat « amélioration de la planification intégrée continue de systèmes de cybersanté complexes » et le résultat immédiat « utilisation des renseignements fondés sur des données probantes afin d'informer la planification de la cybersanté ». Il faut également incorporer des éléments sur les pratiques exemplaires et faire fond sur les succès passés.

La cybersanté et l'intégration des services de cybersanté sont une entreprise très complexe. Une stratégie unique et complète ainsi qu'un document de planification contribueront à la cohésion et à l'harmonisation de ce sujet complexe.

Recommandation 2

Prioriser les investissements et préciser davantage les politiques et les pratiques de financement

En raison des niveaux élevés de pertinence et d'harmonisation du PIC avec les besoins des intervenants et les priorités du gouvernement fédéral, il est recommandé qu'il y ait un investissement continu des ressources dans les six composantes du PIC qui ont été déterminées dans le PASIS afin de faciliter la réalisation des résultats à long terme.

Les projets et les services de cybersanté dépendent grandement des immobilisations et des ressources humaines pour être exécutés, mis en œuvre et exploités de manière continue. Sans un financement adéquat pour appuyer les opérations continues de l'infrastructure et les services de cybersanté à long terme, ces derniers se détérioreront. Le PIC doit fournir un financement adéquat afin d'assurer la mise en œuvre de projets et les opérations continues.

Le PIC devrait continuer de surveiller l'état de préparation des bureaux régionaux de la SPNI, des collectivités et des provinces pour chaque composante de programme afin de déterminer les investissements annuels. En vue de répartir le financement en conséquence, chaque bureau régional de la SPNI devrait continuer de fournir un plan de travail individualisé de manière à déterminer le statut de chaque composante de programme et les activités ou les buts prévus pour le prochain exercice. Il faudrait procéder à une analyse continue alors que les priorités changent et que les plans de mise en œuvre de la surveillance de la santé publique avancent.

Il faudrait harmoniser le financement avec les besoins et les priorités des collectivités des PN au moyen d'une évaluation de l'état de préparation. Comme les priorités et les progrès en matière de cybersanté varient considérablement entre les collectivités, le PIC devrait faire preuve de souplesse en travaillant avec celles-ci afin de comprendre leurs besoins uniques et de trouver des solutions.

Les constatations révèlent que les intervenants ont besoin d'une plus grande préparation au sujet des initiatives qui seront financées, de la façon dont elles le seront, le moment auquel le financement sera reçu et les autres stipulations et exigences liées au financement.

Recommandation 3

Bâtir une capacité de cybersanté pour les collectivités des PN

L'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de formation communautaire amélioreront le niveau de satisfaction du rendement des intervenants envers la formation sur les outils de cybersanté et, de plus, elle appuiera le résultat du Programme de cybersanté de la DGSPNI consistant à améliorer la capacité d'utiliser les applications de cybersanté dans les collectivités des PN et la compétence de le faire.

Une stratégie communautaire aidera chaque collectivité des PN/I à évaluer les lacunes sur le plan des connaissances sur la cybersanté, à déterminer les besoins de formation des fournisseurs de service de leur collectivité et à concevoir une stratégie adaptée à leurs besoins particuliers. Les collectivités des PN/I devraient recevoir une orientation et un soutien suffisant pour élaborer et réaliser leur stratégie de formation sur les outils de cybersanté des organismes régionaux et fédéraux afin d'assurer l'uniformité de la qualité et la disponibilité de la formation dans les collectivités. Une approche de formation communautaire favorisera également une plus grande participation des collectivités des PN/I à la planification et à la gouvernance de la cybersanté

Il faudrait envisager des méthodes novatrices pour offrir la formation afin d'améliorer la disponibilité des possibilités de formation, comme des partenariats entre les collectivités des PN/I en vue de partager des ressources de formation, et influencer les systèmes de vidéoconférence afin d'appuyer la formation à distance.

Recommandation 4

Mettre en œuvre une approche exhaustive des communications

L'élaboration et la mise en œuvre d'une approche des communications à volets multiples à l'échelle du programme permettront de mieux faire connaître les activités du PIC à toutes les régions et collectivités (un des résultats immédiats du PIC). Elle facilitera également le dialogue entre les intervenants de divers ordres de gouvernement, ainsi qu'avec les intervenants externes, et permettra aux intervenants à l'échelon communautaire de mieux participer à la planification du Programme de cybersanté et à la prise de décision connexe.

Il est important de tenir informés les fournisseurs de services à l'échelon communautaire et les autres intervenants de l'état des projets, des prochaines initiatives, des changements en dotation, entre autres, afin de faciliter la collaboration et de bâtir un environnement de travail positif. Les intervenants ont fait connaître leur soutien pour l'augmentation de la fréquence et du niveau de communication avec les collectivités et les organismes des PN ainsi qu'avec d'autres partenaires, y compris les partenaires provinciaux.

Les messages de communication devraient également fournir des renseignements sur les avantages de la mise en œuvre des services de cybersanté, des possibilités de formation et d'éducation, des possibilités d'emploi, des progrès de la cybersanté liés à la réalisation des buts et le progrès de la mise en œuvre des outils et des services de cybersanté (p. ex., systèmes d'information de laboratoire, systèmes de surveillance de la santé publique, télésanté).

Recommandation 5

Mettre en œuvre une stratégie de mesure du rendement plus précise

Le PIC devrait améliorer et mettre en œuvre une stratégie de mesure du rendement aux fins suivantes :

- recueillir des données sur le rendement de meilleure qualité, y compris des données financières qui appuient l'économie et l'efficacité dans le contexte de la rentabilisation;
- améliorer l'uniformité des données recueillies entre les régions;
- mieux mesurer le succès en fonction de cibles établies;
- appuyer la prise de décision éclairée;
- faciliter les prochaines évaluations.

Les composantes de cette stratégie devraient comprendre ce qui suit :

- harmoniser les exigences de rapports régionaux avec les indicateurs de rendement du programme;
- ajouter un élément de temps aux résultats afin de permettre de mieux mesurer les progrès et d'atteindre les résultats;
- élaborer des protocoles de collectes de données devant servir à tous les échelons de la prestation du programme;
- mettre en œuvre un tableau de bord de mesure du rendement.