



Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

Santé Canada et l'Agence
de la santé publique du Canada

Évaluation de synthèse des paiements de transfert octroyés aux organisations pancanadiennes de 2008-2009 à 2012-2013

Préparé par la
Direction de l'évaluation
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

Mars 2014

Liste des sigles

AAP	architecture d'alignement de programmes
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
CCS	Conseil canadien de la santé
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
DME	dossier médical électronique
DSE	dossier de santé électronique
ÉTS/UO	évaluation des technologies de la santé et utilisation optimale
FPT	fédéral-provincial-territorial
ICSP	Institut canadien pour la sécurité des patients
Inforoute	Inforoute Santé du Canada
IPP	inhibiteur de la pompe à protons
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCEM	Programme commun d'évaluation des médicaments
SCPUOM	Service canadien de prestation et d'utilisation optimales de médicaments
SMA	sous-ministre adjoint
SPARK	soutien de la promotion de la recherche et des connaissances activées

Table des matières

Sommaire	ii
Réponse et plan d'action de la direction	vii
1.0 Objectif de l'évaluation.....	1
2.0 Description du programme	1
2.1 Contexte	1
2.2 Profil des programmes	2
2.3 Harmonisation des programmes et ressources	7
3.0 Description de l'évaluation	8
3.1 Portée et conception de l'évaluation et méthode d'évaluation.....	8
3.2 Restrictions et stratégies d'atténuation.....	9
4.0 Constatations.....	10
4.1 Pertinence : Élément n° 1 – Nécessité de maintenir les paiements de transfert octroyés aux organisations pancanadiennes.....	10
4.2 Pertinence : Élément n° 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement	15
4.3 Pertinence : Élément n° 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	17
4.4 Rendement : Élément n° 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	20
4.5 Rendement : Élément n° 5 – Démonstration d'économie et d'efficacité	32
5.0 Conclusions.....	38
5.1 Conclusions sur la pertinence.....	38
5.2 Conclusions sur le rendement	39
6.0 Recommandations.....	40
Annexe 1 – Modèles logiques.....	42
Annexe 2 – Bibliographie	56

Liste des tableaux

Tableau 1 : Données financières	7
Tableau 2 : Éléments fondamentaux et questions d'évaluation.....	8
Tableau 3 : Limites et stratégies d'atténuation	10
Tableau 4 : Position des organisations dans le continuum de l'application des connaissances ou du changement	21

Sommaire

Description de l'évaluation

L'objectif de l'évaluation était de déterminer la pertinence et le rendement de certains paiements de transfert – créés et soutenus par Santé Canada – octroyés aux organisations pancanadiennes pour la période allant d'avril 2008 à novembre 2013. Cette évaluation a été réalisée en vue de satisfaire aux exigences de l'article 42.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada selon lesquelles les ministères sont tenus de réaliser, tous les cinq ans, une évaluation de tous les programmes de subventions et de contributions en cours. Les évaluations ministérielles visent à obtenir des renseignements crédibles, impartiaux et à jour sur la pertinence et le rendement des programmes à l'appui d'une prise de décisions fondées sur des données probantes en ce qui concerne la politique, la gestion des dépenses et l'amélioration des programmes. Conformément à leurs ententes de financement, les organisations pancanadiennes étaient aussi tenues de réaliser leurs propres évaluations indépendantes concernant l'atteinte des objectifs; ces évaluations ont servi de sources de données dans le cadre de l'évaluation, ce qui a réduit la répétition inutile de tâches.

Les paiements de transfert visés par l'évaluation ont été octroyés aux organisations pancanadiennes suivantes : l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), le Conseil canadien de la santé (CCS), la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et Inforoute Santé du Canada. Les paiements de transfert de soutien octroyés à d'autres organisations pancanadiennes gérées par la Direction générale de la politique stratégique de Santé Canada ne figurent pas dans l'évaluation, puisqu'elles étaient visées par d'autres engagements ministériels en matière d'évaluation assortis de calendriers distincts.

La méthodologie employée pour l'évaluation comprenait une revue de la littérature, un examen des documents et des entrevues auprès d'informateurs clés (18 au total). Des vérifications et des évaluations indépendantes ont été utilisées comme sources de données pour évaluer la pertinence et le rendement des paiements de transfert octroyés aux organisations pancanadiennes au cours des cinq dernières années. L'analyse de l'économie et de l'efficacité a permis d'examiner l'ensemble des organisations collectivement et était en grande partie axée sur la collaboration de Santé Canada avec les organisations pancanadiennes et la gestion des paiements de transfert leur étant octroyés. L'analyse a également tenu compte du contexte de chacune des organisations pancanadiennes (elles différaient toutes sur le plan de la taille, de l'envergure et de la maturité) et aucune comparaison n'a été établie entre les organisations pancanadiennes.

Renseignements généraux

Au cours des 25 dernières années, le gouvernement du Canada a créé et soutenu neuf organisations pancanadiennes qui se penchent sur diverses questions touchant les soins de santé. Dans certains cas, l'établissement de ces organisations indépendantes pour donner suite aux intérêts nationaux dans le domaine des soins de santé était le résultat d'une entente fédérale, provinciale et territoriale (FPT), et dans d'autres cas, d'une initiative fédérale mise en œuvre dans un secteur particulier des soins de santé.

Au sein du système de soins de santé décentralisé du Canada, ces organisations pancanadiennes devaient assurer une coordination à l'échelle nationale pour ce qui est de donner suite aux priorités touchant le système dans son ensemble et prendre part aux efforts déployés en ce sens. Ces organisations diffèrent quant à leur rôle et à leur envergure, mais elles tendent toutes à offrir des services ou du soutien à l'échelle du système (comme la formulation de conseils fondés sur des données probantes à l'appui de la prise de décisions) ou à susciter des améliorations dans des secteurs prioritaires (p. ex. exercer un leadership et faciliter la réalisation de progrès relativement à une question d'intérêt naissante).

CONCLUSIONS – PERTINENCE

Dans l'ensemble, les paiements de transfert octroyés aux organisations pancanadiennes concordent avec les priorités du gouvernement du Canada et permettent d'exercer un rôle de portée fédérale approprié. Les organisations assurent, à l'échelle nationale, une fonction de coordination unique que les diverses administrations (provinces et territoires) ne seraient pas en mesure d'assumer individuellement. Bien que de nombreuses organisations participent au renouvellement du système de soins de santé au Canada, les provinces, les territoires ou d'autres intervenants se tournent vers les organisations pancanadiennes sur le plan du leadership ainsi que pour fournir une perspective nationale relativement aux priorités de l'ensemble du système.

À l'exception de celles abordées par le Conseil canadien de la santé, dont le mandat est directement lié aux accords en matière de santé qui arriveront bientôt à échéance, les questions sur lesquelles se penchent ces organisations sont toujours pertinentes. En effet, bien que des progrès aient été réalisés, le besoin d'apporter des améliorations à l'égard des questions touchant le système de soins de santé traitées par l'ACMTS, l'ICSP, la CSMC et Inforoute demeure évident.

CONCLUSIONS – RENDEMENT

Réalisation des résultats escomptés (efficacité)

Grâce aux paiements de transfert de soutien octroyés par Santé Canada, les organisations pancanadiennes parvenaient à générer un grand nombre d'extrants et à atteindre des résultats qui correspondaient aux étapes du continuum de l'application des connaissances, ainsi qu'à leurs

propres objectifs. Toutes les organisations s'employaient à améliorer certains aspects du système de soins de santé, mais certaines d'entre elles, plus particulièrement les nouvelles organisations pancanadiennes, n'ont pas été en mesure de donner des exemples concrets de changements de vaste portée s'étant déjà opérés. Les rapports annuels et les évaluations indépendantes se sont révélés utiles pour démontrer l'atteinte des résultats attendus à court et à moyen terme, mais ils renfermaient moins de renseignements sur l'atteinte des résultats escomptés à long terme. Il convient de noter que toutes les organisations pancanadiennes ont été en mesure de prouver leurs efforts de collaboration et de coordination auprès de diverses organisations. Les organisations pancanadiennes, dans leur ensemble, ont su démontrer les progrès réalisés en vue de l'atteinte des résultats voulus, et devraient théoriquement être en mesure d'atteindre les résultats à long terme au moment prévu.

Démonstration d'économie et d'efficience

Dans l'ensemble, les paiements de transfert octroyés aux organisations pancanadiennes étaient bien gérés sur les plans de la surveillance des progrès et de l'assurance de la conformité avec les modalités des ententes de financement. Toutefois, puisque les efforts visant à surveiller le respect des exigences en matière de financement et à gérer les ententes en ce sens ont été déployés sans que des membres du personnel de gestion des programmes soient affectés à temps plein à cette tâche, moins de temps que souhaité a pu être consacré à la communication de renseignements stratégiques sur les politiques aux fins de prise de décisions. En outre, l'évaluation a permis de dégager des possibilités d'amélioration de la collaboration et de la coordination entre les secteurs de politique responsables de la gestion des organisations pancanadiennes, ainsi que de cerner le besoin de mettre en commun les leçons retenues, ce qui permettrait de réduire au minimum les chevauchements (p. ex. en ce qui concerne la mise au point de cadres de contrôle ou de processus permettant de formuler des commentaires sur les plans de travail) et d'accroître l'efficacité de l'approche en matière de gestion des ententes de financement.

La cohérence était moins grande pour l'ensemble des paiements de transfert en ce qui concerne la nature et le niveau des activités de collaboration entre le Ministère et les organisations pancanadiennes. De plus, il y avait certaines préoccupations quant à l'uniformité des messages dans les échanges avec les organisations. L'adoption d'une approche commune à l'échelle de la Direction générale avec une compréhension claire de part et d'autre des intérêts qui sous-tendent cette collaboration, ainsi que d'une approche coordonnée du portefeuille de la Santé pour les échanges avec les organisations pourraient se révéler utile pour ce qui est de veiller à ce que les attentes et l'information pertinentes soient bel et bien communiquées, et ce, de manière uniforme, au sein de la Direction générale et du Portefeuille, puis aux organisations pancanadiennes. L'adoption d'une approche commune qui harmoniserait les mesures de gestion des programmes et des relations avec les objectifs stratégiques du Ministère ainsi que le renforcement des communications, tant au sein du gouvernement qu'avec des organismes externes, sont essentiels pour maximiser les résultats de la collaboration du gouvernement fédéral avec ces organisations pancanadiennes.

L'augmentation de la fréquence de la collaboration et une cohérence accrue permettraient d'encourager l'harmonisation de l'orientation stratégique ou de l'approche adoptée par les organisations pancanadiennes avec les priorités du gouvernement fédéral tout en tenant compte

de la perspective des autres intervenants concernés. Toutefois, étant donné que la présente évaluation ne visait qu'à examiner un sous-ensemble d'organisations pancanadiennes gérées par Santé Canada, la réalisation d'un examen de la pertinence de ces résultats pour les autres organisations pancanadiennes recevant des paiements de transfert de soutien pourrait être envisagée.

RECOMMANDATIONS

Les quatre recommandations qui suivent ont été formulées à la lumière de l'évaluation :

Recommandation 1

L'évaluation a révélé que les employés des programmes de différents niveaux aimeraient avoir plus de précisions sur les attentes du Ministère quant à leur rôle par rapport à l'orientation stratégique et aux activités de l'organisation ainsi qu'à leur méthode pour encourager l'harmonisation de l'orientation stratégique et des activités des organisations avec les priorités du gouvernement fédéral tout en tenant compte de la perspective des autres intervenants concernés. On recommande donc ce qui suit :

- Définir une approche stratégique pour Santé Canada à l'égard du recours aux organisations pancanadiennes, compte tenu de leur importance comme leviers stratégiques, ainsi que les répercussions de cette approche sur le degré de collaboration du Ministère avec chacune de ces organisations.

Recommandation 2

Dans l'évaluation, on a souligné qu'il serait possible d'accroître la collaboration et la coordination entre les employés de Santé Canada responsables de la gestion des relations du Ministère avec les diverses organisations pancanadiennes afin de mettre en commun les leçons retenues qui permettraient de réduire au minimum les chevauchements, d'optimiser l'efficacité et de clarifier le processus de collaboration avec les organisations en cause. On recommande donc ce qui suit :

- Renforcer la collaboration entre les employés de Santé Canada responsables de la gestion des relations du Ministère avec les diverses organisations pancanadiennes de même que l'uniformité des méthodes qu'ils emploient afin de mettre efficacement en œuvre l'approche stratégique du Ministère et de favoriser la mise en commun des expériences et des leçons retenues à cet égard.

Recommandation 3

Si l'on adoptait une approche « de guichet unique » à l'échelle des secteurs stratégiques responsables de gérer les relations du Ministère avec les organisations pancanadiennes, cela se traduirait par une perspective fédérale unifiée pour les besoins de la communication avec les organisations pancanadiennes. On recommande donc ce qui suit :

- Pour chacune des organisations pancanadiennes, renforcer la coordination dans l'ensemble du Ministère et du portefeuille ainsi qu'auprès d'autres partenaires fédéraux (le cas échéant) afin d'améliorer les communications à l'interne et de garantir une perspective fédérale cohérente lorsqu'il s'agit d'entretenir des liens avec ces organisations.

Recommandation 4

L'évaluation a révélé que les exigences en matière de production de rapports constituaient souvent un fardeau et que la surveillance de ces exigences nuisait aux grandes mesures stratégiques. Il serait donc important d'harmoniser la méthode de gestion de programmes et les exigences en matière de production de rapports avec les renseignements ministériels requis pour assurer une rigueur adéquate sans être excessive. On recommande donc ce qui suit :

- Harmoniser et ajuster la démarche de gestion des programmes, notamment le type et le contenu des exigences de reddition de compte énoncées dans les ententes de financement afin d'aider les organisations pancanadiennes à produire des rapports cohérents et adéquats qui facilitent un processus efficace de surveillance et de gestion des programmes ainsi que de prise de décisions par Santé Canada tout en reconnaissant l'existence de différences entre les programmes (p. ex. taille, portée, modèle de financement, gouvernance et objectifs).

Réponse et plan d'action de la direction

Évaluation de synthèse des paiements de transfert octroyés aux organisations pancanadiennes

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsable	Ressources
1. Définir une approche stratégique pour Santé Canada à l'égard du recours aux organisations pancanadiennes, compte tenu de leur importance comme leviers stratégiques, ainsi que les répercussions de cette approche sur le degré de collaboration du Ministère avec chacune de ces organisations.	En accord	Réaliser un examen des politiques pour définir les options relatives à la tenue d'une discussion par la haute direction sur l'approche adoptée par Santé Canada à l'égard des rapports avec les organisations pancanadiennes et les répercussions de cette approche sur le degré de collaboration du Ministère avec chacune de ces organisations.	Rapport sommaire de l'examen des politiques Compte rendu de décisions de la discussion de la haute direction	Août 2014 – Rapport sommaire Octobre 2014 – Discussion de la haute direction	Directeur général, Direction des stratégies en matière de soins de santé Sous-ministre adjoint (SMA), Direction générale de la politique stratégique, en collaboration avec d'autres directeurs généraux responsables des organisations pancanadiennes	
2. Renforcer la collaboration entre les employés de Santé Canada responsables de la gestion des relations du Ministère avec les diverses organisations pancanadiennes de même que l'uniformité des méthodes qu'ils emploient afin de mettre efficacement en œuvre l'approche stratégique du Ministère et de favoriser la mise en commun des expériences et des leçons retenues à cet égard.	En accord	Au moyen du forum stratégique sur les organisations pancanadiennes de soins de santé établi en octobre 2013, maintenir en place une communauté de pratique pour favoriser la mobilisation et faciliter la mise en œuvre de l'approche stratégique de Santé Canada.	Communauté de praticiens Mandat de la communauté de praticiens révisé en fonction des directives de la haute direction	En cours Novembre 2014	Directeur général, Direction des stratégies en matière de soins de santé Sous-ministre adjoint (SMA), Direction générale de la politique stratégique, en collaboration avec d'autres directeurs généraux responsables des organisations pancanadiennes	

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsable	Ressources
3. Pour chacune des organisations pancanadiennes, renforcer la coordination dans l'ensemble du Ministère et du portefeuille ainsi qu'auprès d'autres partenaires fédéraux (le cas échéant) afin d'améliorer les communications à l'interne et de garantir une perspective fédérale cohérente lorsqu'il s'agit d'entretenir des liens avec ces organisations.	En accord	Pour chacune des organisations pancanadiennes, élaborer un plan qui mise sur les réseaux et les processus existants, le cas échéant, pour coordonner les communications du Ministère, du Portefeuille et d'autres partenaires fédéraux avec ces organisations du domaine de la santé.	Plans de coordination et mécanismes de soutien	Septembre 2014	Directeurs généraux responsables des organisations pancanadiennes et SMA, Direction générale de la politique stratégique	
4. Harmoniser et ajuster la démarche de gestion des programmes, notamment le type et le contenu des exigences de reddition de compte énoncées dans les ententes de financement pour aider les organisations pancanadiennes à produire des rapports cohérents et adéquats qui facilitent un processus efficace de surveillance et de gestion des programmes ainsi que de prise de décisions par Santé Canada tout en reconnaissant l'existence de différences entre les programmes (p. ex. taille, portée, modèle de financement, gouvernance et objectifs).	En accord	Examiner la méthode de gestion des programmes et les exigences en matière de production de rapports de chacune des organisations pancanadiennes et, à la suite de cet examen, élaborer un plan pour préciser les améliorations à apporter à la gestion de programmes et soutenir leur réalisation, au besoin.	Mécanisme de coordination pour réaliser l'examen et soutenir l'échange continu de connaissances Plan pour renforcer la gestion des programmes qui appuient les organisations pancanadiennes	Mars 2015	Directeur, Direction des programmes de santé et des initiatives stratégiques Sous-ministre adjoint (SMA), Direction générale de la politique stratégique, en collaboration avec d'autres directeurs généraux responsables des organisations pancanadiennes	

1.0 Objectif de l'évaluation

L'objectif de l'évaluation était de déterminer la pertinence et le rendement de certains paiements de transfert – créés et soutenus par Santé Canada – octroyés aux organisations pancanadiennes pour la période allant d'avril 2008 à novembre 2013. Cette évaluation a été réalisée en vue de satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada selon lesquelles les ministères sont tenus de réaliser, tous les cinq ans, une évaluation de tous les programmes de subventions et de contributions en cours. Les évaluations ministérielles visent à obtenir des renseignements crédibles, impartiaux et à jour sur la pertinence et le rendement des programmes à l'appui d'une prise de décisions fondées sur des données probantes en ce qui concerne la politique, la gestion des dépenses et l'amélioration des programmes. Conformément à leurs ententes de financement, les organisations pancanadiennes étaient aussi tenues de réaliser leurs propres évaluations indépendantes concernant l'atteinte des objectifs de l'entente; ces évaluations ont servi de sources de données dans le cadre de l'évaluation, ce qui a réduit la répétition inutile de tâches.

2.0 Description du programme

2.1 Contexte

Au cours des 25 dernières années, le gouvernement du Canada a créé et soutenu neuf organisations pancanadiennes qui se penchent sur diverses questions touchant les soins de santé. Dans certains cas, l'établissement de ces organisations indépendantes pour donner suite aux intérêts nationaux dans le domaine des soins de santé était le résultat d'une entente fédérale, provinciale et territoriale (FPT) et, dans d'autres cas, d'une initiative fédérale mise en œuvre dans un secteur particulier des soins de santé. Certaines organisations sont financées uniquement par le gouvernement fédéral, alors que d'autres, bien qu'elles soient principalement financées par le gouvernement fédéral, le sont aussi par les provinces et les territoires. Chacune des organisations pancanadiennes possède un modèle de gouvernance partagée distinct se caractérisant par une composition qui lui est propre en ce qui concerne les intervenants gouvernementaux, les spécialistes et les autres intervenants.

Au sein du système canadien de soins de santé qui est décentralisé, ces organisations pancanadiennes devaient fonctionner sans lien de dépendance avec le gouvernement fédéral, en assurant une coordination et une collaboration à l'échelle nationale au niveau des priorités s'appliquant à l'ensemble du système. Ces organisations diffèrent quant à leur rôle et à leur envergure, mais elles tendent à offrir des services ou du soutien à l'échelle du système (comme la formulation de conseils fondés sur des données probantes à l'appui de la prise de décisions) ou à susciter des améliorations dans des secteurs prioritaires (p. ex. exercer un leadership et faciliter la réalisation de progrès relativement à une question d'intérêt naissante). Ces organisations collaborent avec les gouvernements, les spécialistes et le public à l'échelle régionale, provinciale, territoriale et fédérale. Les organisations pancanadiennes visées par cette évaluation, ainsi que les paiements de transfert connexes de Santé Canada sont décrits dans le présent rapport d'évaluation.

2.2 Profil des programmes

Il y a au total neuf programmes de paiements de transfert pour les organisations pancanadiennes de soins de santé financées par Santé Canada, chacun ayant ses objectifs stratégiques, son mandat et son profil de financement. Les cinq organisations pancanadiennes recevant des paiements de transfert qui ont été examinées dans le cadre de l'évaluation sont les suivantes :

- l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS);
- l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP);
- la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC);
- Inforoute Santé du Canada (Inforoute);
- le Conseil canadien de la santé (CCS).

Les paiements de transfert de soutien octroyés à d'autres organisations pancanadiennes gérées par la Direction générale de la politique stratégique de Santé Canada, notamment le Partenariat canadien contre le cancer, l'Institut canadien d'information sur la santé, le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, n'ont pas été visés par l'évaluation, car ils ont récemment fait l'objet d'une évaluation ministérielle distincte, ou feront bientôt l'objet d'une telle évaluation.

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

L'ACMTS a été établie en 1989 par les ministres de la Santé et a reçu du financement des gouvernements FPT. On a confié à l'Agence le mandat de fournir des renseignements fondés sur des données probantes aux décideurs du milieu des soins de santé au Canada concernant l'efficacité des technologies liées et non liées aux médicaments dans le domaine de la santé (p. ex. médicaments, appareils, systèmes et services) ainsi que d'appuyer l'adoption de certaines de ces technologies. Il était attendu que l'ACMTS produirait des données probantes et formulerait des conseils pour appuyer la prise de décisions relatives aux soins de santé et favoriser la viabilité du système de soins de santé.

De 2008 à 2013, la subvention versée par Santé Canada à l'ACMTS a atteint 87,5 millions de dollars à l'appui de ses activités opérationnelles fondamentales, à savoir :

- a) les évaluations des technologies de la santé (ETS), qui visent à évaluer l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité des technologies de la santé (liées et non liées aux médicaments), tout en tenant compte des commentaires des patients. Les rapports ainsi produits fournissent une évaluation exhaustive (par les pairs) des technologies de la santé;
- b) le Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) qui, par l'entremise du Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments, fournit une orientation aux administrations participantes sur le remboursement public des médicaments et sur les critères à respecter en ce sens;

- c) le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM), qui établit des renseignements fondés sur des données probantes, des renseignements cliniques et de l'information liée au rapport coût-efficacité concernant la prescription et l'utilisation optimales des médicaments, et qui en fait la promotion. Plus particulièrement, le SCPUOM fournit des stratégies, des outils et des services visant à favoriser l'utilisation de ces renseignements par les décideurs, les fournisseurs de soins de santé et les consommateurs dans le cadre de la prise de décisions.

En 2013, le type de financement versé à l'ACMTS a été modifié, passant d'un accord de subvention à un accord de contribution. Bien que les activités opérationnelles fondamentales demeurent semblables (évaluations des technologies de la santé, projets sur l'utilisation optimale et PCEM), on met désormais l'accent sur la gestion des technologies de la santé, non seulement en ce qui concerne la production de données probantes, mais également la mise en commun de ces données ainsi que des conseils formulés à l'appui de l'adoption rentable de certaines de ces technologies dans le système de soins de santé, plus particulièrement en milieu clinique.

Comme le démontre le tout dernier modèle logique de l'ACMTS, l'accent est mis sur la gestion des technologies de la santé; cela englobe maintenant le courtage (l'établissement de partenariats, la sensibilisation et le renforcement des capacités afin de mettre en commun les données probantes, les renseignements et les leçons retenues) et la production d'ETS (y compris la réalisation d'examen des formulaires, d'analyses de la conjoncture et d'activités de mobilisation des connaissances). L'ACMTS, en plus de produire des données probantes de qualité, appuie la mise en commun des données de ce type découlant des ETS et des expériences des décideurs du milieu des soins de santé en vue de faciliter l'adoption rentable des technologies relatives aux soins de santé en milieu clinique. Le public visé par les extraits de l'ACMTS comprenait des gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments, des fournisseurs de soins de santé, des universitaires et d'autres décideurs dans le domaine des soins de santé. (Veuillez consulter l'Annexe 1 pour une description détaillée du modèle logique élaboré en vertu de l'accord de contribution).

Institut canadien pour la sécurité des patients

L'ICSP a été établi en 2003 par le gouvernement fédéral en réponse aux inquiétudes grandissantes de la population concernant les erreurs médicales et à un engagement FPT à l'égard de la sécurité des patients annoncé dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Il a reçu 40 millions de dollars en subventions de Santé Canada de 2008 à 2012.

L'Institut était chargé de faciliter la mise en œuvre des innovations et des pratiques exemplaires en vue d'améliorer la sécurité des patients ainsi que d'accroître la sensibilisation à cet égard. Plus particulièrement, on a confié à l'ICSP le mandat d'entreprendre des travaux dans quatre principaux secteurs ou volets d'activité. Le volet de l'éducation était axé sur la sensibilisation et la formation des professionnels de la santé afin de les aider à mieux connaître les questions touchant la sécurité des patients. Le volet de la recherche mettait l'accent sur la réalisation et le soutien de projets de recherche sur des sujets concernant la sécurité des patients, ainsi que sur l'intégration des résultats aux politiques et aux procédures en matière de soins de santé. Le volet des outils et des ressources était axé sur la mise en place d'outils et de lignes directrices à

l'intention des dirigeants du milieu des soins de santé afin d'améliorer les pratiques en matière de sécurité des patients. Enfin, le quatrième volet était celui des interventions et des programmes, lequel mettait l'accent sur la mobilisation des professionnels de la santé de première ligne en milieu clinique, la sécurité des patients, l'amélioration de la qualité pour réduire les différences de traitement et l'accroissement de la fiabilité du rendement. Ce volet comprenait aussi le programme phare Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, lequel a permis d'élaborer des outils et des ressources visant à prévenir les incidents nuisibles dans divers domaines, dont l'hygiène des mains, les infections du site opératoire et le bilan comparatif des médicaments.

Ces activités et extraits devaient favoriser le renforcement de la coordination relative à la sécurité des patients de même que de la culture axée sur la sécurité des patients pour ainsi améliorer la sécurité et la qualité des soins de santé. (Veuillez consulter l'Annexe 1 pour une description détaillée du modèle logique).

Commission de la santé mentale du Canada

La CSMC a été créée par le gouvernement du Canada dans le cadre du budget de 2007 et a reçu un financement de 130 millions de dollars sur une période de 10 ans. En 2008, le gouvernement fédéral a décidé d'accorder un montant supplémentaire de 110 millions de dollars sur 5 ans sous la forme d'une subvention distincte à l'appui de 5 projets pilotes de recherche sur la santé mentale et l'itinérance (projet Chez Soi). Il importe de souligner que ces deux paiements de transfert sont visés par la présente évaluation.

La CSMC est dotée d'un mandat décennal (2007 à 2017) aux termes duquel elle doit agir en qualité de point de contact national en ce qui concerne les questions liées à la santé mentale et jouer un rôle catalyseur dans l'amélioration du système de santé mentale et la modification des attitudes adoptées par les Canadiens concernant la santé mentale. La Commission a été créée, en partie, pour donner suite à une recommandation sénatoriale visant l'établissement d'une commission nationale sur la santé mentale au Canada. Plus particulièrement, cette recommandation figurait dans le rapport de 2006 du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Au cours de la période visée par la présente évaluation, les activités fondamentales de la CSMC faisant l'objet d'un financement étaient axées sur l'élaboration de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada (*Changer les orientations, changer des vies*, publiée en mai 2012), le lancement d'une campagne de lutte contre la stigmatisation (*Changer les mentalités*), l'établissement du Centre d'échange des connaissances pour faciliter l'accès à des renseignements fiables sur la santé mentale et la réalisation de projets de recherche dans le domaine de la santé mentale et de l'itinérance (projet Chez Soi, réalisé selon une approche accordant la priorité au logement).

Dans le cadre de ces activités fondamentales, la CSMC a réalisé de multiples initiatives et projets qui n'étaient pas explicitement établis dans ses accords de subvention. Il s'agissait notamment d'activités relatives à la santé mentale en milieu de travail, comme celles se rattachant au programme de formation Premiers soins en santé mentale et à la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail (publiée en janvier 2012), ainsi qu'à de nouveaux domaines prioritaires, tels que la prévention du suicide.

Les activités de la CSMC devaient permettre à toutes les personnes vivant au Canada (dont les professionnels de la santé, les employeurs et le grand public) de mieux connaître et comprendre la santé mentale et la maladie mentale, en plus de se traduire par une réduction de la stigmatisation et de la discrimination se rattachant à la maladie mentale. Les données découlant des recherches de la Commission devaient appuyer l'élaboration de politiques et la prestation de services, et permettre d'accroître la capacité des décideurs de mettre en œuvre les politiques sur la santé mentale. Dans l'ensemble, on s'attendait à ce que la CSMC stimule l'intégration et la coordination des facteurs en cause au sein du système de santé mentale, pour ainsi favoriser l'amélioration des politiques et des pratiques. (Veuillez consulter l'Annexe 1 pour une description détaillée du modèle logique).

Inforoute Santé du Canada

Établie en 2001, une fois que les premiers ministres ont convenu de faire de la cybersanté une priorité, Inforoute a été créée pour accélérer l'élaboration et l'adoption d'un éventail de systèmes électroniques d'information sur la santé dont les normes sont compatibles à l'échelle du Canada. Par l'intermédiaire de cinq paiements de transfert distincts du gouvernement fédéral, Inforoute a reçu plus de 2,1 milliards de dollars au cours des 12 dernières années en vue de financer des projets réalisés de concert avec les provinces et les territoires à l'appui de l'élaboration et de la mise en œuvre de dossiers de santé électroniques (DSE), de dossiers médicaux électroniques (DME), d'un système pancanadien de surveillance de la santé, de solutions de télésanté et d'autres technologies de l'information et de communication électroniques en matière de santé.

Inforoute collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour réaliser les priorités communes et favoriser l'harmonisation des stratégies de cybersanté de chaque administration avec les priorités nationales. Les activités d'Inforoute ont d'abord porté sur l'établissement d'une architecture, de normes et de DSE communs. Au fur et à mesure des progrès réalisés à cet égard, le champ des activités d'Inforoute s'est élargi à l'adoption des DME par les cliniciens dans les points de service. De même, Inforoute élabore des rapports d'analyse et favorise l'adoption de technologies de l'information sur la santé par les cliniciens. Le nombre de ses programmes d'investissement augmentant au fil du temps avec l'élargissement de sa portée, Inforoute compte maintenant 12 de ces programmes dans les secteurs suivants : infostructure, DSE interopérables, registres, systèmes d'imagerie diagnostique, systèmes d'information sur les médicaments, systèmes d'information sur les laboratoires, télésanté, surveillance de la santé publique, DME et intégration, innovation et adoption, solutions de santé pour les consommateurs et accès à des soins de qualité pour les patients. Dans le cadre de ces programmes, chaque province et territoire peut mettre au point des projets qui correspondent à sa situation et répondent à ses besoins le mieux possible. En s'appuyant sur ces programmes, une administration peut présenter des projets à Inforoute aux fins d'examen.

Les travaux financés par Inforoute visent à améliorer l'accès aux services de santé, la qualité des soins donnés et la productivité du système de santé. Parmi les autres répercussions prévues d'Inforoute, notons l'amélioration de la rapidité de la prestation de soins de santé, l'augmentation de la productivité, l'amélioration de l'interopérabilité, l'amélioration de l'accès à l'information et de l'échange de renseignements, la création d'emplois durables axés sur les connaissances et le renforcement de l'infrastructure des connaissances au sein du système de soins de santé. (Veuillez consulter l'Annexe 1 pour des descriptions détaillées des modèles logiques).

Conseil canadien de la santé

Le CCS a été mis sur pied en 2003 par le gouvernement fédéral grâce à une subvention de 10 millions de dollars par année pour surveiller l'état d'avancement de la mise en œuvre des accords des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (plus particulièrement les dispositions relatives à la responsabilisation et à la transparence) et en rendre compte, ainsi que pour produire des rapports sur l'état du système de santé et les résultats en matière de santé des Canadiens. Par suite d'un examen des membres du Conseilⁱ en 2010, le mandat du CCS a été élargi afin de mettre l'accent sur la détermination et la communication des pratiques exemplaires, de même que sur la mise en valeur de l'innovation dans le domaine du renouvellement des soins de santé. Dans le contexte du budget de 2013 et en vue de l'expiration à venir des accords de santé, le gouvernement fédéral a décidé de mettre fin au financement du CCS.

Le CCS a fourni une perspective touchant l'ensemble du système quant à la réforme des soins de santé au Canada. Les résultats immédiats obtenus par le Conseil sont les suivants : accès des bénéficiaires visés à des renseignements pertinents sur les pratiques novatrices en matière de soins de santé; amélioration des connaissances et de la compréhension des bénéficiaires visés relativement à l'état d'avancement du renouvellement du système de santé; collaboration avec les gouvernements, d'autres organisations œuvrant dans le domaine des soins de santé et le public. Les résultats intermédiaires obtenus par le Conseil sont les suivants : utilisation de l'information mise en commun pour favoriser l'apport de changements aux politiques, aux programmes et aux services; amélioration de la collaboration entre les gouvernements FPT aux fins d'avancement du renouvellement des soins de santé ainsi que de l'échange de renseignements à cet égard; amélioration de la responsabilisation des gouvernements FPT. Le résultat à long terme visé par le Conseil était le renforcement et le renouvellement du système canadien de santé.

Ce sont les décideurs du domaine des soins de santé et la population canadienne en général qui composaient le public visé par le programme d'ensemble du CCS. (Veuillez consulter l'Annexe 1 pour une description détaillée du modèle logique).

ⁱ Les activités du CCS sont surveillées par 13 conseillers indépendants nommés par les administrations participantes; les ministres FPT de la Santé (à l'exception du Québec) représentent les membres du CCS.

2.3 Harmonisation des programmes et ressources

Les paiements de transfert octroyés aux organisations pancanadiennes s'inscrivaient dans l'AAP de Santé Canada, Résultat stratégique 1.0, « Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens », sous le programme 1.1, « Système de santé canadien », et le sous-programme 1.1.1 « Priorités du système de santé ».

Les données financières relatives aux paiements de transfert pour les exercices 2008-2009 à 2012-2013 sont présentées dans le tableau 1, lequel ne comprend que le montant du financement versé par le gouvernement fédéral et exclut tout financement supplémentaire ayant pu être octroyé à ces organisations par d'autres intervenants. Sur le plan de l'importance relative, il y avait des variations considérables d'une subvention à l'autre. Collectivement, les organisations en cause ont reçu du gouvernement fédéral des fonds totalisant environ 840 millions de dollars au cours de la période de cinq ans visée par la présente évaluation. Il convient de noter que parmi les ressources affectées à ces organisations, il n'y avait aucune ressource supplémentaire ou spécialisée de Santé Canada du domaine du fonctionnement et de l'entretien chargée d'assurer la gestion de ces ententes.

Tableau 1 : Données financières

Organisations bénéficiaires	Budget prévu au départ (en millions de dollars)					Total
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	
ACMTS	16,9	16,9	17,9*	18,9*	16,9	87,5
ICSP	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	40,0
CSMC	117,5**	12,0	15,0	15,0	15,0	174,5
Inforoute***	123,0	64,5	91,8	87,9	122,5	489,7
CCS	10,0	10,0	10,0	10,0	8,0	48,0
Total :						839,7

* Ce montant comprend 3,0 millions de dollars sur une période de deux ans en vue de la réalisation d'un projet spécial sur les isotopes.

** Ce montant comprend le financement pluriannuel initial de 110 millions de dollars versé en 2008-2009 sous forme de subvention pour le projet de recherche sur l'itinérance et la santé mentale Chez Soi.

*** Inforoute a reçu 1,2 milliard de dollars sous forme de paiements de transfert forfaitaires de 2001 à 2004. Un montant supplémentaire de 400 millions de dollars a été accordé en 2007, puis 500 millions de dollars ont été versés en 2009 (cela a été confirmé en 2010) sous forme de financement pluriannuel initial à la suite de demandes annuelles ou semestrielles touchant les flux de trésorerie.

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée et conception de l'évaluation et méthode d'évaluation

L'évaluation couvrait la période du 1^{er} avril 2008 au 30 novembre 2013 et englobait les activités subventionnées de cinq organisations pancanadiennes, soit l'ACMTS, l'ICSP, le CCS, la CSMC et Inforoute. Les questions d'intérêt visées par l'évaluation s'harmonisaient avec les cinq éléments fondamentaux relatifs à la pertinence et au rendement figurant dans la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor. Pour chacune des questions fondamentales, on a élaboré des questions particulières (voir le tableau 2), et ce, en fonction des besoins des responsables des programmes et de la haute direction en matière d'information.

Tableau 2 : Éléments fondamentaux et questions d'évaluation

Éléments fondamentaux	Questions d'évaluation
Pertinence	
Élément n° 1 – Nécessité de maintenir le programme	Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continue de répondre à un besoin manifeste et répond aux besoins des Canadiens. <ul style="list-style-type: none"> À quels besoins du système de soins de santé ces organisations pancanadiennes répondent-elles? Que se produirait-il si ces besoins n'étaient pas satisfaits par ces organisations?
Élément n° 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement	Évaluation des liens entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels. <ul style="list-style-type: none"> Les objectifs des paiements de transfert s'harmonisent-ils toujours avec les priorités du gouvernement fédéral? Les objectifs des paiements de transfert s'harmonisent-ils toujours avec les résultats stratégiques visés par Santé Canada?
Élément n° 3 – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral relativement à l'exécution du programme. <ul style="list-style-type: none"> Les objectifs des paiements de transfert s'harmonisent-ils toujours avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral et du Ministère?
Rendement (efficacité, économie et efficience)	
Élément n° 4 – Réalisation des résultats escomptés (efficacité)	Évaluation des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats attendus (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) par rapport aux cibles de rendement, à la portée du programme et à la conception du programme, ce qui comprend les liens et la contribution des extrants aux résultats. <ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure les paiements de transfert ont-ils permis d'obtenir les résultats escomptés?
Élément n° 5 – Démonstration d'économie et d'efficience	Évaluation de l'utilisation des ressources en regard des extrants produits et des progrès réalisés par rapport aux résultats prévus. <ul style="list-style-type: none"> Les coûts des extrants et des résultats étaient-ils raisonnables à la lumière du contexte du programme pour chacun des paiements de transfert? (Examen des coûts et des efforts liés à la gestion de chaque paiement) Existe-t-il d'autres méthodes pour atteindre les objectifs des paiements de transfert?

Toutes les organisations pancanadiennes devaient effectuer une évaluation indépendante distincte; ainsi on a utilisé les résultats découlant des évaluations indépendantes menées en tant que fondement pour produire l'évaluation de synthèse. Pour recueillir les données nécessaires, on a employé diverses méthodes, dont une revue de la littérature, un examen des documents (y compris ceux liés aux évaluations indépendantes réalisées par les organisations pancanadiennes) et des entrevues auprès d'informateurs clés (n = 18). La collecte des données primaires se voulait ciblée et s'est donc limitée au personnel du Ministère. On a évité de communiquer avec les organisations concernées pour obtenir des renseignements supplémentaires, et ce, afin d'alléger le fardeau sur le plan de la production de rapports (étant donné que ces organisations avaient mené des évaluations indépendantes peu de temps auparavant).

La revue de la littérature a porté sur des documents évalués par les pairs et de la documentation parallèle. Une stratégie d'examen itérative a été mise en œuvre; il s'agissait plus particulièrement de chercher des articles provenant de revues à comité de lecture ainsi que des rapports clés du gouvernement. Cet examen a été suivi de recherches dans les sites Web de gouvernements et d'organisations au moyen de mots clés, et ce, pour chaque organisation pancanadienne. L'information recueillie a principalement servi à déterminer la pertinence des organisations pancanadiennes.

Divers documents associés aux programmes ont été examinés, à savoir les rapports annuels, les rapports d'étape, les plans de travail, les plans stratégiques, les évaluations indépendantes, les vérifications, les études spéciales, les demandes relatives aux flux de trésorerie, les accords de financement ainsi que les notes d'information internes et les cadres de surveillance des organisations pancanadiennes en cause.

Des entrevues avec des informateurs clés ont été effectuées avec 18 représentants ministériels, notamment des analystes, des gestionnaires, des directeurs, des directeurs généraux et des sous-ministres adjoints, pour recueillir de l'information sur leur degré de collaboration avec les organisations pancanadiennes et de participation à la gestion de ces dernières.

Les données, issues des diverses sources susmentionnées, ont été soumises à la triangulation. Les organisations ont été évaluées individuellement en ce qui concerne la pertinence et l'efficacité, et les thèmes ainsi dégagés ont été regroupés. L'analyse de l'économie et de l'efficacité a permis d'examiner l'ensemble des organisations collectivement et était en grande partie axée sur la collaboration de Santé Canada avec les organisations pancanadiennes et la gestion des paiements de transfert leur étant octroyés. L'analyse a également tenu compte du contexte de chacune des organisations pancanadiennes (elles différaient toutes sur le plan de la taille, de l'envergure et de la maturité) et aucune comparaison n'a été établie entre les organisations pancanadiennes. L'utilisation de multiples sources de données et de la triangulation visait à accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

3.2 Restrictions et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont limitées par des contraintes qui peuvent avoir des conséquences sur la validité et la fiabilité des résultats et des conclusions. Le tableau ci-après décrit les limites auxquelles les évaluateurs se sont heurtés pendant la mise en œuvre des méthodes choisies pour

l'évaluation. Y figurent également les stratégies d'atténuation mises en œuvre pour que les résultats de l'évaluation puissent être utilisés en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions.

Tableau 3 : Limites et stratégies d'atténuation

Restriction	Répercussions	Stratégie d'atténuation
Collecte de données primaire limitée. Collecte des données primaires limitée; recours aux données secondaires (p. ex. celles découlant des vérifications et des évaluations indépendantes).	Les données secondaires auraient pu être insuffisantes, ou il aurait pu se révéler impossible de recueillir de telles données, ce qui aurait nui à la pleine évaluation des questions d'intérêt proposées.	On a procédé à l'examen de la méthode d'évaluation indépendante et à l'évaluation critique des conclusions tirées, ainsi qu'à la validation des données à l'aide de la théorie associée aux programmes en cause, et on a réalisé des entrevues auprès d'informateurs clés, et ce, de manière à combler les lacunes en matière de données.
Communications avec les organisations pancanadiennes limitées afin de réduire le fardeau sur le plan de la production de rapports.	On aurait pu produire une analyse n'englobant pas les données les plus récentes sur le rendement.	On a demandé au personnel de Santé Canada qui gère les ententes de financement signées avec les organisations pancanadiennes de valider l'information.

4.0 Constatations

4.1 Pertinence : Élément n° 1 – Nécessité de maintenir les paiements de transfert octroyés aux organisations pancanadiennes

Il faut continuer de s'occuper d'une part importante des questions liées au système de soins de santé en versant du financement sous forme de paiements de transfert aux organisations pancanadiennes.

Les organisations pancanadiennes s'occupent de questions particulières d'intérêt national et liées aux priorités fédérales concernant le système canadien de soins de santé, et ces questions sont complexes et nécessitent un effort durable et soutenu du gouvernement fédéral. Ainsi, la plupart des questions traitées par les organisations pancanadiennes étaient toujours pertinentes au moment où l'évaluation a été menée :

- **ACMTS** : La prise de décisions fondées sur des données probantes concernant l'adoption de technologies liées ou non aux médicaments dans le domaine de la santé demeure nécessaire.
- **ICSP** : Les mesures visant à accroître la sécurité des patients demeurent nécessaires puisque le Canada affiche un rendement inférieur à la moyenne parmi les pays de l'OCDE en ce qui concerne un certain nombre d'indicateurs associés à la sécurité des patients.
- **CSMC** : Les activités liées à la santé mentale demeurent nécessaires parce que la prévalence et le fardeau économique de la maladie mentale demeurent importants au Canada. Un Canadien sur cinq sera touché par la maladie mentale chaque année, une situation qui entraîne des coûts estimés à 50 milliards de dollars par année.

- Inforoute : Il demeure nécessaire d'exploiter le potentiel des technologies électroniques de santé afin d'améliorer le rendement des soins de santé et du système de santé, par exemple en augmentant l'utilisation de ces technologies dans les cliniques et en mettant en place des systèmes interopérables de gestion des dossiers.
- CCS : Il fallait surveiller les progrès réalisés par le gouvernement relativement à l'objet des accords et faire rapport à ce sujet. Cependant, étant donné que les accords doivent prendre fin en 2014, les rapports d'étape sur leur mise en œuvre ne seront plus nécessaires. Il est important de noter que les membres du CCS ont déjà convenu que l'organisation cessera ses activités le 30 juin 2014; le CCS collabore actuellement avec d'autres organisations pour leur transférer certains de ses projets les plus prometteurs sur l'innovation dans les soins de santé.

Les organisations pancanadiennes sont bien placées pour répondre aux besoins nationaux en matière de soins de santé puisqu'aucune autre organisation nationale ne poursuit des objectifs semblables. Il est nécessaire que soient établies des organisations nationales dans les domaines en cause, car elles exercent un leadership pancanadien, misent sur les pratiques exemplaires et permettent d'éviter le chevauchement des efforts d'une administration à l'autre. Certaines organisations provinciales et territoriales ont des fonctions semblables à celles des organisations pancanadiennes, comme les conseils de la qualité et les organismes axés sur les technologies de la santé, mais leur portée se limite à la province ou au territoire concerné.

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

L'ACMTS contribue à la qualité et à la durabilité des soins de santé au Canada en fournissant aux décideurs l'information fondée sur des données probantes, les conseils et les recommandations nécessaires à la prise de décisions éclairées sur l'usage adéquat des médicaments et des diverses technologies de la santé. Les publications sur le sujet confirment que l'évaluation des technologies de la santé constitue un aspect essentiel de la prise de décisions stratégiques s'appuyant sur des données probantes¹.

Le système canadien de soins de santé évolue constamment, et le défi consiste à trouver un équilibre entre, d'une part, la mise en œuvre de nouvelles technologies pour améliorer la qualité des soins et, d'autre part, le coût associé aux soins. Une évaluation indépendante a permis de constater que les intervenants œuvrant auprès de l'ACTMS s'attendent à voir augmenter le volume et la complexité des évaluations des technologies, ce qui les amènera à suivre la voie montrée par l'Agence pour ce qui est de choisir les technologies les plus prometteuses. Les décideurs FPT en matière de soins de santé comptent sur les conseils fondés sur des données probantes communiqués par l'ACMTS pour prendre des décisions stratégiques éclairées. Il existe actuellement 18 régimes publics d'assurance médicaments auxquels participent 7,8 millions² de Canadiens et dans le cadre desquels on adopte une approche pancanadienne aux fins de la prise des décisions sur les produits pharmaceutiques qui doivent être inscrits et assurés. Le PCEM de l'ACMTS garantit l'uniformité, à l'échelle du Canada, des processus d'évaluation des nouveaux médicaments.

Le PCEM apporte quelques avantages au système de soins de santé, notamment l'élimination du dédoublement des tâches et l'optimisation de l'expertise et des ressources. En outre, certains des informateurs clés qui ont été interrogés dans le cadre de la présente évaluation ont souligné que les examens de l'ACMTS fournissent d'importantes données probantes sur lesquelles sont

fondées les décisions concernant le remboursement des médicaments. Les administrations importantes sont en mesure de mener des activités similaires à celles de l'ACMTS; l'Agence continue toutefois de combler ce besoin pour les plus petites administrations qui n'ont peut-être pas la capacité de s'acquitter de cette fonction.

Institut canadien pour la sécurité des patients

L'ICSP a été fondé en 2003, au moment où la sécurité des patients inspirait de plus en plus de craintes, en particulier en raison de l'augmentation des événements indésirables relevés qui étaient liés, entre autres choses, à des interventions médicales, à des appareils, à des médicaments, à des infections nosocomiales et à des problèmes plus vastes qui touchaient l'ensemble du système, notamment sur les plans des normes et des pratiques. Bien que certains progrès aient été réalisés, par exemple au moyen de la création de plusieurs outils et mécanismes d'intervention en matière de sécurité des patients, les travaux de l'ICSP demeurent nécessaires. Mentionnons en particulier un rapport publié récemment, intitulé *Analyse comparative du système de santé du Canada : comparaisons internationales (2013)*, dans lequel on révèle que le rendement du Canada se situe sous la moyenne parmi les pays de l'OCDE en ce qui concerne plusieurs indicateurs de la sécurité des patients. Soulignons à cet égard que le Canada présente l'un des pires résultats (17^e rang sur 20 pays) concernant les corps étrangers comme les éponges ou les instruments médicaux laissés dans l'organisme à la suite d'une chirurgie. Les traumatismes obstétricaux constituent également l'un des principaux problèmes. L'OCDE mesure les traumatismes obstétricaux avec instrument (accouchements dans le cadre desquels on utilise des forceps ou des ventouses obstétricales) et sans instrument. Comparativement aux autres pays de l'OCDE, le Canada fait piètre figure en ce qui concerne les traumatismes obstétricaux avec et sans instrument (20^e et 18^e rang, respectivement, sur 21 pays)^{3,4,5}.

Certains des informateurs clés qui ont été interrogés dans le cadre de la présente évaluation ont souligné que les problèmes liés à la sécurité des patients sont répartis dans l'ensemble du pays et qu'il est donc important de recourir à des interventions, à des ressources et à des outils pancanadiens. L'évaluation indépendante a permis de constater que l'ICSP demeure nécessaire; les personnes interrogées et les répondants au sondage ont indiqué que l'interruption des activités de promotion de la sécurité des patients de l'ICSP représenterait pour le système de santé une lourde perte qui pourrait se traduire, notamment, par un risque de dégradation de la sécurité des patients, un recul de la sensibilisation aux problèmes en ce sens et un ralentissement, voire une interruption, des progrès réalisés au chapitre de la sécurité des patients. De plus, l'évaluation indépendante a permis de voir que les différents secteurs, gouvernements et organismes n'ont pas toutes les mêmes capacités pour ce qui est de combler ce besoin. En effet, les autorités provinciales et territoriales n'ont pas toutes accès au réseau de spécialistes sur lequel l'ICSP peut compter, et ne sont pas toutes en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre des interventions en matière de sécurité des patients, alors que l'Institut peut le faire.

L'ICSP est perçu par les intervenants concernés comme un organisme important qui remplit un rôle essentiel au sein du système de soins de santé en tant que principal organisme indépendant du domaine de la sécurité des patients. De plus, l'évaluation indépendante a montré que les personnes interrogées accordent un solide appui au rôle de l'ICSP; elles ont en effet exprimé clairement la nécessité de disposer d'un organisme canadien axé uniquement sur la sécurité des patients. De même, l'évaluation a permis de constater qu'il existe aujourd'hui de nombreuses

organisations et initiatives dont l'objet premier est de voir à la qualité des soins aux patients et à la sécurité de ces derniers, mais que l'ICSP continue pourtant d'être considéré comme un intervenant important : 73 pour 100 des personnes interrogées ont indiqué qu'elles considéraient l'ICSP comme l'un des principaux organismes, voire le principal organisme, de sécurité des patients au Canada en raison de ses efforts pour instaurer une culture favorisant la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité des soins. En outre, l'évaluation a révélé qu'aux yeux des personnes interrogées, l'ICSP « jou[e] un rôle clé dans l'amélioration de la sensibilisation aux questions relatives à la sécurité des patients et qu'il [offre] aux acteurs du milieu de la santé en général des ressources pertinentes, basées sur des données probantes, opportunes et de qualité en matière de sécurité des patients⁶ ».

La recherche continue de démontrer que les événements indésirables entraînent des coûts considérables pour le système de santé, ainsi que des coûts humains. Dans le rapport intitulé *L'aspect économique de la sécurité des patients dans un établissement de soins de courte durée : rapport technique*, on estime que le fardeau économique des événements indésirables au Canada s'est élevé à près de 1,1 milliard de dollars en 2009-2010, dont environ 397 millions de dollars étaient attribuables à des événements indésirables évitables⁷. L'amélioration de la sécurité des patients devrait faire diminuer ces coûts.

Commission de la santé mentale du Canada

En mai 2006, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a publié un rapport sur la santé mentale et la maladie mentale. Parmi les principales recommandations figurant dans ce rapport, on proposait la création de la CSMC, qui devait servir de point central national en matière de santé mentale^{8,9}. Les informateurs clés qui ont pris part à la présente évaluation ont confirmé que la CSMC continue de remplir son mandat comme il se doit pour ce qui est d'agir à titre de point central national en ce qui concerne les questions de santé mentale, en plus de jouer un rôle catalyseur dans l'amélioration du système de santé mentale et la modification des attitudes adoptées par les Canadiens pour ce qui est de la santé mentale.

Les problèmes de santé mentale commencent souvent à l'enfance. On estime que chez 70 pour 100 des adultes atteints d'une maladie mentale diagnostiquée, les problèmes se sont d'abord manifestés au cours de l'enfance et de l'adolescence^{10,11,12}. Au cours d'une année donnée, un Canadien sur cinq est aux prises avec un problème de santé mentale ou une maladie mentale, ce qui coûte à l'économie canadienne environ 50 milliards de dollars¹³. En 2012, 10 pour 100 des Canadiens de 15 ans et plus, soit environ 2,8 millions de personnes, ont fait état de symptômes correspondant à au moins un des six troubles mentaux ou troubles liés à l'usage d'une substance visée par l'enquête menée à cet égard au cours des 12 mois qui ont précédé cette dernière¹⁴. Les problèmes de santé mentale ont des effets profonds. À titre d'exemple, au cours d'une semaine donnée, au moins 500 000 travailleurs canadiens ne sont pas en mesure de travailler en raison de problèmes de santé mentale¹⁵.

La maladie mentale peut avoir des conséquences tragiques. Chaque année, près de 4 000 Canadiens se suicident, soit 11 suicides par jour en moyenne^{16,17}. Immédiatement après les accidents, le suicide est la principale cause de décès chez les Canadiens de 10 à 19 ans. Le suicide chez les jeunes est un grave problème¹⁸; le Canada occupe le troisième rang parmi les pays industrialisés à ce chapitre¹⁹. Chez les jeunes des Premières Nations, le suicide est de cinq à six fois plus répandu que chez le reste des jeunes au Canada. Le taux de suicide des jeunes Inuits est l'un des plus élevés au monde et est 11 fois plus élevé que la moyenne nationale²⁰. Chaque suicide est une tragédie qui a d'énormes répercussions sur la famille, les amis et la collectivité, et ces répercussions se font sentir longtemps après le décès de la personne²¹.

La CSMC a réalisé des progrès considérables dans ses quatre secteurs d'activités principaux; toutefois, il y a encore beaucoup à faire, puisque le fardeau de la maladie mentale demeure élevé. De nombreuses personnes qui sont atteintes d'un trouble mental souffrent en silence en raison de la stigmatisation associée à la maladie mentale. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déterminé que la stigmatisation constituait l'obstacle le plus important à surmonter en ce sens²². La stigmatisation représente un obstacle non seulement à l'établissement d'un diagnostic, mais également au traitement. On estime que près de 49 pour 100 des gens jugeant avoir déjà été atteints de dépression ou d'anxiété n'ont jamais consulté un médecin à ce sujet en raison de la stigmatisation qui s'y rattache²³. Il y a la stigmatisation publique, qui tient à des préjugés profondément ancrés, ainsi que l'autostigmatisation, qui se produit lorsque la personne atteinte a honte et se blâme, ce qui peut l'amener à taire sa maladie^{24,25}.

Inforoute Santé du Canada

Inforoute a été créée pour stimuler l'innovation dans le système de soins de santé par la mise au point et la mise en œuvre de technologies électroniques de santé comme les DSE, les DME et les solutions de télésanté. La cybersanté est considérée comme un moyen important de moderniser les soins de santé au Canada. Bien que des progrès aient été réalisés en cybersanté (DSE et DME), les systèmes ne sont pas utilisés ni connectés à leur pleine capacité. D'autres progrès en ce sens permettraient de tirer parti des avantages de la cybersanté par l'accès intégré à l'information favorisant des soins coordonnés et de qualité.

De 2006 à 2012, l'utilisation des DME a plus que doublé, passant de 23 à 56 pour 100, ce qui aurait fait économiser 1,3 milliard de dollars au système de santé²⁶. Ces économies ont pu être réalisées en raison de gains d'efficacité administrative, de l'accroissement des avantages pour le système de santé, de l'amélioration de la gestion des maladies chroniques et de la prévention des maladies, ainsi que de meilleures communications entre les fournisseurs de soins de santé et leurs patients. Cependant, malgré ces progrès, le Canada accuse toujours un retard par rapport à plusieurs pays comparables sur le plan de l'adoption des DME par les médecins de premier recours (le Canada se classe au 9^e rang parmi les 10 pays en cause; dans les pays occupant les quatre premiers rangs au classement, 97 pour 100 des médecins de premier recours ou plus utilisent les DME)^{27,28}.

Il faut adopter une stratégie pancanadienne en vue de l'établissement de normes nationales. Un récent sondage mené pour le compte d'Inforoute a révélé que 96 pour 100 des Canadiens jugent important que le système de soins de santé mette à profit les outils et les capacités numériques en matière de santé²⁹. Inforoute constitue un cadre pancanadien permettant de donner suite aux

priorités en matière de cybersanté, ce qui devrait mener à l'intégration des DSE partout au Canada. Inforoute permet de promouvoir et d'accélérer l'élaboration de DSE d'un océan à l'autre, de concert avec les provinces et les territoires, qui sont responsables de la prestation de soins de santé. Dans son rapport de vérification produit en 2010, la vérificatrice générale a indiqué qu'Inforoute établit une orientation nationale et veille à l'harmonisation des stratégies provinciales et territoriales avec les priorités nationales³⁰.

Selon une évaluation indépendante, l'absence d'Inforoute entraînerait un ralentissement considérable des progrès réalisés au chapitre des DSE. L'évaluation a révélé que sans Inforoute, il n'y aurait pas de stratégie pancanadienne de cybersanté, ce qui rendrait presque impossible la prestation sans heurt de soins aux patients, plus particulièrement en ce qui touche les rapports entre les provinces.

Conseil canadien de la santé

Diverses priorités et mesures à prendre à l'échelle des gouvernements FPT ont été cernées dans les accords de 2003 et de 2004 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Par conséquent, le CCS, une organisation pancanadienne indépendante a été établi pour surveiller la mise en œuvre des mesures prises à l'égard des priorités en cause et pour en rendre compte au moyen de ses rapports annuels et d'autres rapports sur l'état de santé et les résultats en matière de santé des Canadiens. La création du Conseil était l'un des engagements clés associés à ces accords. Or, il n'est plus nécessaire que le CCS fasse part des progrès réalisés par le Canada dans la mise en œuvre des accords sur le renouvellement des soins de santé, puisque ceux-ci viennent à échéance en 2014. D'autres organisations, notamment les gouvernements provinciaux et territoriaux et l'Institut canadien d'information sur la santé, rendent également compte du rendement du système de soins de santé. En outre, six conseils provinciaux de la qualité produisent des rapports sur le système de santé.

4.2 Pertinence : Élément n° 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Les activités des organisations pancanadiennes concordent avec les priorités du gouvernement du Canada et de Santé Canada.

Les objectifs se rattachant aux paiements de transfert accordés aux organisations pancanadiennes demeurent harmonisés avec les priorités globales du gouvernement fédéral; tous concordent avec le résultat stratégique n° 1 de l'AAP de Santé Canada, soit « Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens ».

Les objectifs liés aux paiements de transfert ont été mis en évidence récemment dans des annonces associées aux budgets et des discours du Trône. Dans le discours du Trône de 2010, on précise que « [l]a protection de la santé et de la sécurité des Canadiens et de leur famille est une priorité [du] gouvernement ». En outre, le budget de 2012 contenait l'engagement suivant : « Appuyer les familles et les collectivités, en protégeant la santé et en assurant la sécurité de tous les Canadiens et de leurs collectivités ». En plus d'en faire mention dans le discours du Trône de 2010, on a indiqué, dans celui de 2011, que la santé et la sécurité des Canadiens représentaient

des priorités importantes pour le gouvernement, notamment en ce qui concerne l'établissement d'un système de soins de santé durable. Récemment, dans les budgets de 2012 et de 2013, ainsi que dans le discours du Trône de 2013, le gouvernement fédéral a réaffirmé que le soutien des familles et des collectivités par la protection de la santé, et plus particulièrement de la sécurité des patients, est l'une de ses principales priorités. Ces énoncés confirment l'importance que le gouvernement du Canada accorde à la nécessité de protéger et de soutenir le système de soins de santé. Étant donné que ces améliorations au système de santé exigeront des efforts d'envergure nationale à long terme, le financement des organisations pancanadiennes concorde avec la stratégie du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé.

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

Comme il a été indiqué précédemment, le discours du Trône de 2011 soulignait la nécessité d'un système de santé viable; les produits pharmaceutiques et les technologies faisant grimper les coûts des soins de santé, le travail de l'ACMTS qui vise à optimiser le recours à des technologies efficaces (avec et sans médicaments) est essentiel pour réduire le coût de la prestation des soins. De plus, le gouvernement a réaffirmé son soutien à l'égard des activités de l'ACMTS dans le budget de 2013, ou plus particulièrement, dans le *Plan d'action économique de 2013*, dans lequel il souligne son soutien continu en matière d'innovation dans le cadre de son engagement à l'égard de la recherche et de la technologie de pointe.

Institut canadien pour la sécurité des patients

Les priorités de l'ICSP (c.-à-d. améliorer la sécurité des patients en faisant connaître des idées novatrices et des pratiques exemplaires et en facilitant leur mise en œuvre) s'harmonisent avec les thèmes concernant la sécurité des patients qui ont été exposés par l'intermédiaire du discours du Trône d'octobre 2013, dans lequel le gouvernement a annoncé son intention d'adopter une nouvelle loi sur la sécurité des patients. Dans la foulée de cette annonce, la ministre de la Santé a déposé, en décembre 2013, un nouveau projet de loi sur la sécurité des patients qui donne suite aux engagements pris dans le discours en ce qui concerne la déclaration obligatoire des réactions indésirables aux médicaments, de même que les rappels et l'exactitude des étiquettes.

Commission de la santé mentale du Canada

Dans le budget de 2007, le gouvernement du Canada s'est engagé à financer la création de la CSMC pour centraliser les efforts déployés à l'échelle nationale afin de donner suite aux questions touchant la santé mentale. Dans le *Plan d'action économique de 2013*, on souligne l'importance d'améliorer les services de santé mentale offerts dans les collectivités des Premières Nations pour ainsi garantir l'adoption d'une approche adaptée aux diverses cultures tel qu'il est indiqué dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Le Plan d'action fait aussi référence au financement limité octroyé à l'initiative Chez Soi de la CSMC ainsi qu'à sa poursuite et à son transfert à Emploi et Développement social Canada. La Commission était toujours pertinente au moment où l'évaluation a été menée et continuait à s'occuper des nouvelles priorités fédérales. À titre d'exemple, la prévention du suicide est devenue une priorité pour la Commission; cette priorité a été inscrite dans le plan d'activités de la CSMC à l'issue de consultations officielles et non officielles avec l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada.

Inforoute Santé du Canada

Devenue une priorité commune du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires il y a plus d'une dizaine d'années à la suite de l'entente entre les premiers ministres conclue en 2000, la cybersanté a vu de nombreux investissements lui être accordés par le gouvernement fédéral. En témoignent les nombreux cycles de versement de fonds fédéraux à l'intention d'Inforoute à l'appui de l'évolution des activités de celle-ci, qui étaient d'abord axées sur l'architecture des DSE et qui englobent maintenant l'adoption des dossiers électroniques par les cliniciens dans les points de service.

En outre, dans les budgets de 2009 et de 2010, le gouvernement a établi un lien entre les investissements dans Inforoute et certaines de ses priorités premières en ce qui a trait à la santé des Canadiens et à l'économie du pays. Dans le budget de 2009, le gouvernement a souligné l'importance des DSE et des DME dans la mise en place d'un système de soins de santé efficace et a confirmé cette priorité dans le budget de 2010. Récemment, dans le budget de 2013 et le *Plan d'action économique de 2013* de la même année, le gouvernement a confirmé son engagement à l'égard de l'utilisation accrue de diverses technologies, comme la télésanté, plus particulièrement dans les collectivités des Premières Nations³¹. En plus d'en faire mention dans les budgets, on a énoncé clairement que les DSE et la télésanté représentaient des éléments essentiels au renouvellement du système de santé, surtout dans les collectivités rurales et éloignées^{32,33}.

Conseil canadien de la santé

Dans son budget de 2004, le gouvernement fédéral a engagé des fonds dans la réalisation d'activités liées aux soins de santé et à la réforme de ces derniers conformément à l'Accord de 2003. Il a notamment accordé du financement destiné à la création du CCS en vue du suivi et de la communication des progrès réalisés en ce qui concerne l'exécution des engagements de l'Accord sur le renouvellement des soins de santé dans des domaines comme les soins primaires et à domicile, les ressources humaines en santé, les produits pharmaceutiques et l'innovation en santé, les soins dans le Nord et la santé des Autochtones. Aux termes de l'Accord de 2004, le mandat du CCS a été élargi de manière à ce qu'il touche d'autres questions, notamment les délais d'attente, l'accès aux soins dans le Nord et la santé publique. Récemment, dans le discours du Trône de 2011, le gouvernement a réitéré son engagement d'obtenir des résultats tout en respectant la compétence provinciale en santé.

4.3 Pertinence : Élément n° 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Les objectifs des paiements de transfert accordés par Santé Canada aux organisations pancanadiennes concordent bien avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral et du Ministère.

Aux termes de la *Loi sur le ministère de la Santé* (L.C. 1996, ch. 8), le ministre de la Santé a le mandat de promouvoir la santé de la population canadienne et de protéger les Canadiens contre les risques pour la santé, ce qui comprend :

- la promotion et le maintien du bien-être physique, mental et social de la population du Canada;
- la protection de la population du Canada contre les risques pour la santé;
- l'établissement et le contrôle des normes de sécurité ainsi que des exigences en matière d'information sur la sécurité s'appliquant aux produits de consommation et aux produits destinés à l'usage en milieu de travail;
- la collecte, l'analyse, l'interprétation, la publication et la diffusion de l'information sur la santé publique;
- la coopération avec les autorités provinciales en vue de coordonner les efforts visant à maintenir et à améliorer la santé publique.

Ainsi, la *Loi* établit les fonctions du ministre de la Santé, ce qui comprend la collecte, l'analyse et la diffusion de l'information liée à la santé publique; ce besoin en information ayant été confirmé dans le rapport Kirby (2003) : « Une infrastructure efficace de protection et de promotion de la santé nécessite également une solide capacité de diffusion de renseignements de bonne source et fondés sur des données probantes au moment opportun³⁴. »

Au Canada, les gouvernements provinciaux et territoriaux sont les principaux responsables de la gestion et de la prestation des soins de santé. Par les principes et les conditions de la *Loi sur la santé au Canada* (L.R.C. 1985, ch. C-6), ainsi qu'en favorisant l'adoption de stratégies nationales et la coordination à l'échelle du pays afin de garantir l'universalité et de réduire la fragmentation dans les secteurs qui présentent des besoins, Santé Canada influence les politiques en matière de soins de santé partout au Canada. En outre, dans le discours du Trône de juin 2011, le gouvernement du Canada a réitéré son engagement à respecter les compétences des provinces et des territoires et à collaborer avec eux pour veiller à la viabilité du système de soins de santé et à la responsabilisation en ce qui concerne les résultats qui en découlent. Tel qu'il est indiqué dans la réponse du gouvernement à l'examen sénatorial de l'Accord sur la santé de 2004, le gouvernement fédéral prend des mesures pour améliorer les soins de santé et la santé publique tout en respectant les rôles et les responsabilités des administrations et en reconnaissant la contribution précieuse des fournisseurs de soins de santé et des autres intervenants. Par l'intermédiaire des organisations pancanadiennes, le gouvernement fédéral investit pour aider les provinces, les territoires et les autres acteurs du système de santé à accélérer les changements dans des domaines prioritaires communs.

Le Ministère gère ces paiements de transfert avec ses partenaires pancanadiens clés et contribue à la prise de mesures visant à donner suite aux questions prioritaires en matière de santé, ce qui exige d'exercer un leadership à l'échelle nationale et de bénéficier de partenariats solides. Le gouvernement du Canada est le principal bailleur de fonds d'un certain nombre de ces organisations pancanadiennes du milieu de la santé, lesquelles travaillent en partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, des spécialistes et des fournisseurs de soins de santé afin d'appuyer le transfert et l'application des connaissances acquises pour les besoins du système de soins de santé.

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

L'ACMTS offre aux chefs de file du milieu des soins de santé de l'information à jour fondée sur des données probantes quant à l'efficacité et à la rentabilité de diverses technologies de la santé, notamment en ce qui concerne les produits pharmaceutiques, ce qui s'harmonise avec le rôle du gouvernement fédéral qui consiste à fournir de l'information tirée de faits établis. Santé Canada continue à financer l'ACMTS pour qu'elle mène diverses activités, notamment celles liées au PCEM, puisque le gouvernement fédéral reconnaît que l'utilisation appropriée des médicaments est un élément essentiel d'un système de soins de santé sécuritaire et rentable. De plus, les informateurs clés interrogés dans le cadre de la présente évaluation ont souligné que le rôle de l'ACMTS dans la formulation de recommandations à l'intention des gestionnaires des régimes d'assurance médicaments pour les populations desservies directement par le gouvernement fédéral, comme les Premières Nations, est essentiel. Ce rôle ainsi que de la fonction première de l'Agence, laquelle consiste à réduire, dans toute la mesure du possible, le chevauchement sur le plan de l'expertise, revêtent une importance à l'échelle fédérale.

Institut canadien pour la sécurité des patients

L'amélioration de la sécurité des patients est un aspect essentiel de l'engagement de Santé Canada qui consiste à garantir un système de soins de santé de qualité à tous les Canadiens. Le rôle du Ministère, à titre de catalyseur de la transformation du système, en matière de sécurité des patients englobe la réglementation de produits, la surveillance, la recherche et l'élaboration de politiques, la diffusion de renseignements et la prestation directe de services à certaines populations (notamment les Premières Nations et les Inuits). Santé Canada soutient l'ICSP dans l'amélioration de la qualité des soins de santé en renforçant la coordination du système en ce qui concerne la sécurité des patients, ce qui suppose de faire la promotion de la collaboration à l'échelle nationale auprès des intervenants clés.

Commission de la santé mentale du Canada

En 2006, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a publié *De l'ombre à la lumière*, le rapport final sur son enquête de deux ans concernant la santé mentale et la maladie mentale au Canada. Dans ce rapport, on présentait diverses recommandations liées au rôle du gouvernement fédéral; on y recommandait notamment la mise sur pied de la CSMC pour centraliser les efforts déployés à l'échelle nationale afin de donner suite aux questions touchant la santé mentale. Les activités de la CSMC concordent avec le rôle du gouvernement fédéral qui consiste à exercer un leadership dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de santé mentale, ainsi qu'à faciliter l'échange de renseignements sur les pratiques exemplaires et à contribuer à la coordination au sein des secteurs et des administrations en cause.

Inforoute Santé du Canada

Le mandat d'Inforoute consiste à promouvoir et à accélérer, à l'échelle canadienne, l'élaboration et l'adoption de systèmes électroniques d'information sur la santé assortis de normes compatibles. Le leadership national s'est révélé essentiel pour déterminer les normes collectivement et faciliter l'adoption de systèmes de santé électroniques partout au Canada. Les autres activités s'inscrivant dans le rôle catalyseur d'Inforoute en matière d'innovation demeurent harmonisées avec le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé.

Conseil canadien de la santé

Le CCS a pour mandat de surveiller les progrès réalisés par le gouvernement dans la mise en œuvre des accords sur le renouvellement des soins de santé, de même que les résultats dans le domaine de la santé et l'état de santé des Canadiens, et de produire des rapports à ce sujet. Toutefois, ce mandat doit prendre fin à l'expiration des Accords en 2014. Bien que le suivi de l'état de santé des Canadiens et la présentation de renseignements à cet égard demeurent des rôles qui conviennent au gouvernement fédéral, d'autres ministères ou organismes, comme Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, peuvent s'en acquitter.

4.4 Rendement : Élément n° 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

4.4.1 Dans quelle mesure les résultats escomptés des organisations pancanadiennes ont-ils été atteints?

Les renseignements recueillis montrent clairement que les organisations pancanadiennes parvenaient à générer les extrants requis et à atteindre des résultats rapidement; les renseignements sont moins concluants en ce qui concerne l'obtention de résultats à long terme.

Bien que chaque organisation pancanadienne ait été créée séparément, soit financée par un programme différent de Santé Canada et poursuive des objectifs qui lui sont propres, elles travaillaient toutes à l'amélioration de différents aspects du système de soins de santé. Dans l'évaluation, la théorie de l'application des connaissances a été utilisée pour décrire de quelle façon les activités des organisations pourraient mener au vaste changement escompté. Les Instituts de recherche en santé du Canada définissent l'application des connaissances comme l'échange, la synthèse et l'application éthique de connaissances dans un système complexe d'interactions entre chercheurs et utilisateurs. Dans la documentation, le concept de « connaissances » est plus large et englobe tout type de produit créé par l'organisation (que nous appellerons dans la suite de l'évaluation « produits de connaissance ») comme des outils, des lignes directrices, des normes et des technologies. Les objectifs et les résultats des organisations pancanadiennes concordent généralement avec les étapes suivantes du continuum de l'application des connaissances ou du changement :

- création et diffusion de produits de connaissance;
- amélioration de la mesure dans laquelle on connaît et comprend les produits de connaissance;
- accroissement de la collaboration et de la coordination;
- augmentation de l'utilisation ou de l'adoption des produits de connaissance;
- apport d'améliorations aux politiques ou aux pratiques.

Au cours de l'évaluation, on a examiné la mesure dans laquelle les activités des organisations pancanadiennes étaient axées sur différentes étapes de ce continuum et on s'est employé à déterminer si ces organisations avaient su démontrer qu'elles étaient en voie de faciliter l'atteinte

du résultat escompté à long terme, soit améliorer le système de soins de santé (p. ex. qualité, sécurité, viabilité, accessibilité et reddition de comptes). Le tableau qui suit présente la situation des organisations dans le continuum telle qu'elle a été établie en fonction d'une analyse des données découlant de l'examen des documents et des entrevues. L'emplacement de chaque organisation au sein du continuum est directement lié à la nature des activités entreprises par l'organisation pancanadienne en cause et à sa capacité de susciter des changements, laquelle dépend de plusieurs facteurs, dont la maturité de l'organisation (p. ex. certaines organisations existent depuis plus de 15 ans, tandis que d'autres, depuis à peine 6 ans) et la portée de la question traitée.

Tableau 4 : Position des organisations dans le continuum de l'application des connaissances ou du changement

Création et diffusion de produits de connaissance	Connaissance et compréhension accrues	Collaboration et coordination accrues	Utilisation ou adoption accrues	Politiques ou pratiques améliorées	Amélioration du système de santé
		→ CCS			
				→ CSMC	
					→ ACMTS ICSP Inforoute

L'examen des documents et les entrevues ont révélé clairement que les organisations pancanadiennes produisent de nombreux extraits et atteignent la plupart des résultats escomptés à court terme. Toutefois, il s'est révélé plus difficile d'obtenir de l'information sur l'état d'avancement des activités visant la réalisation des résultats à long terme. Dans les plans de travail, les objectifs étaient présentés par activité; ainsi, dans bien des cas, les rapports d'étape et les rapports annuels (qui font état des progrès réalisés relativement aux plans de travail) décrivaient les activités menées et les extraits produits, mais donnaient peu de détails sur les utilisateurs de ces extraits (c.-à-d. l'utilisation et l'adoption accrues des produits de connaissance) et sur les améliorations apportées (c.-à-d. les améliorations apportées aux politiques ou aux pratiques, ou encore au système de soins de santé dans son ensemble), ce qui est plutôt normal puisque les résultats à long terme se rattachent à des changements qui concernent l'ensemble du système, et qu'il faut habituellement plus de 10 ans pour mettre en place de tels changements.

Pour qu'il soit possible de recueillir des données relatives à l'atteinte des résultats à long terme et d'en effectuer le suivi, il faudrait un effort systématique de la part des organisations pancanadiennes. Ce ne sont pas toutes les organisations pancanadiennes visées par la présente évaluation qui devaient élaborer ou mettre en œuvre un cadre de mesure du rendement (y compris en ce qui concerne le suivi des résultats à long terme et la production de rapports connexes) aux termes de leur entente de financement; toutefois, en 2013-2014, ce processus est devenu obligatoire dans le cadre des ententes renouvelées et nouvelles.

Dans les prochaines sections, on fera part des progrès réalisés par chaque organisation pancanadienne en vue de l'atteinte des résultats escomptés, et on indiquera où se situe chaque organisation dans le continuum.

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

Les principaux objectifs de l'ACMTS consistaient à acquérir la capacité de promouvoir l'utilisation optimale des médicaments et de diverses technologies de la santé, ainsi que de servir de « courtier » en vue de la création et du soutien d'un environnement propice à la diffusion et à la mise en application de données probantes. L'ACMTS a atteint ces objectifs au moyen de deux volets d'activité : le Programme commun d'évaluation des médicaments ainsi que l'évaluation des technologies de la santé et leur utilisation optimale (ETS/UO).

Dans le cadre de la subvention, les principaux extrants découlant du PCEM ont pris la forme de recommandations officielles sur les médicaments qui peuvent être assurés à l'intention des gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments publics participants (sauf au Québec). En 2012-2013, on a produit 33 recommandations par l'intermédiaire du Programme, ce qui est conforme à l'objectif de 30 à 35 fixé par l'ACMTS dans son plan de travail. Le volet de l'ETS/UO s'est traduit par des extrants très variés, notamment les Rapports d'examen rapide, les Rapports en bref, des bulletins, des webinaires, des présentations à l'occasion d'événements associés à l'apprentissage permanent, des bulletins d'information, des analyses de la conjoncture ainsi que le Symposium annuel de l'ACMTS.

Les rapports d'étape et les rapports annuels de l'ACMTS ne précisent pas dans quelle mesure les produits de l'Agence sont connus et compris; toutefois, d'autres renseignements permettent de croire qu'à certains égards, l'ACMTS est mieux connue et comprise qu'auparavant. À titre d'exemple, le nombre de participants au Symposium annuel de l'ACMTS est passé à plus de 600 en 2012 (comparativement à 300 participants en 2008). De même, dans cette analyse, on a souligné les 10 documents les plus téléchargés en 2012-2013, le plus populaire (le programme du symposium préliminaire de 2013) ayant été téléchargé plus de 5 200 fois. Il pourrait être utile à l'avenir de savoir quels types de publics consultent ces rapports (p. ex. des professionnels de la santé et des décideurs) et de prendre connaissance de l'utilisation qu'ils en font. Selon les évaluations indépendantes, certains utilisateurs n'étaient pas au courant de tous les produits de l'ACMTS, ce qui représente pour l'Agence des occasions manquées d'avoir une incidence sur la prise de décisions concernant le système de soins de santé.

En ce qui concerne l'accroissement de la collaboration et de la coordination, l'ACMTS a collaboré activement avec plusieurs types d'organisations au Canada (notamment des associations de professionnels de la santé, des conseils provinciaux de la qualité, des organisations pancanadiennes et Santé Canada), de même qu'avec des intervenants faisant partie de réseaux internationaux. L'ACMTS a établi plusieurs comités, à savoir le Comité canadien d'expertise sur les médicaments, le Comité consultatif sur les politiques en matière de médicaments et le Forum sur les politiques et l'Échange sur les technologies de la santé (qui se compose de représentants de sept provinces), qui ont permis de rassembler des spécialistes pour les amener à collaborer en de donner suite à des questions d'intérêt commun.

Ces initiatives de collaboration et de coordination ont aidé l'ACMTS à comprendre les besoins des utilisateurs des connaissances de même que les enjeux et défis plus généraux en matière de soins de santé, ce qui a contribué à accroître la mise en application des recommandations formulées dans le cadre du PCEM. Au cours des cinq dernières années, les décisions sur l'inscription de médicaments des administrations participantes se sont révélées conformes aux recommandations découlant du Programme 9 fois sur 10 (90 pour 100) en moyenne; à cet égard, on a observé dans les provinces de l'Atlantique, de manière générale, des taux de conformité plus élevés que dans les provinces qui possèdent leur propre organisme d'évaluation des technologies de la santé (p. ex. l'Ontario et la Colombie-Britannique).

L'examen des documents a permis de relever plusieurs exemples de la façon dont certains produits d'évaluation des technologies de la santé ont été utilisés et adoptés partout au Canada. Toutefois, il était trop tôt pour mesurer l'incidence de ces utilisations. Voici deux exemples :

- Fraser Health (en Colombie-Britannique) a adapté des dépliants de l'ACMTS destinés aux patients et d'autres outils sur les protecteurs de hanche afin d'y inclure des renseignements qui s'appliquent expressément au contexte local;
- une autorité régionale de la santé en Saskatchewan a intégré des renseignements et des outils de l'ACMTS à une stratégie de prévention des chutes associée aux soins de longue durée.

L'un des rapports d'évaluation des technologies de la santé les plus importants concernait les bandelettes d'autosurveillance glycémique (BASG); on y a démontré que la diminution de l'utilisation de ces bandelettes n'avait pas eu d'incidence sur l'état de santé des patients atteints de diabète de type 2 (non traités par l'insuline) visés par l'évaluation en cause. Bien qu'aucun changement aux politiques en ce sens n'ait été apporté jusqu'à maintenant, plusieurs administrations utilisent ce rapport et des outils connexes pour créer des campagnes de sensibilisation de même qu'un portail d'éducation des patients. Ces administrations ont également conçu des programmes structurés de formation continue qui portent sur l'évolution des pratiques cliniques concernant l'utilisation des bandelettes. L'une des administrations en cause a utilisé ce rapport pour justifier la décision prise antérieurement de limiter l'utilisation des bandelettes, tandis qu'une autre est revenue sur sa décision de limiter le recours aux bandelettes en raison des pressions exercées par un groupe de défense des intérêts (ce qui démontre l'existence d'autres obstacles à l'adoption des recommandations de l'ACTMS par les administrations). Ainsi, l'ACMTS a fait savoir qu'au sein du territoire des administrations en question, soit le coût de l'utilisation des bandelettes avait diminué (de 4 pour 100), soit sa croissance avait ralenti (de 3 à 7 pour 100). Par comparaison, là où aucun programme de formation continue n'était offert, le coût des bandelettes a augmenté de plus de 5 pour 100 par année de 2008 à 2011.

Le rapport de l'ACMTS sur les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) a amené environ la moitié des administrations participantes à apporter des changements à leurs politiques en ce sens. Selon l'une des évaluations indépendantes, les dépenses liées aux IPP ont diminué depuis la publication du rapport, et ce, même si la diffusion de ces inhibiteurs a augmenté (ce qui a rendu ces médicaments plus accessibles pour les patients). Les administrations ont également simplifié le processus de remboursement des IPP en inscrivant ces dernières dans la liste du régime général d'assurance-médicaments (ce qui a fait augmenter l'efficacité du système de soins de santé).

Quelques améliorations au système de soins de santé liées aux travaux de l'ACMTS ont été observées. Notons en particulier que les recommandations découlant du PCEM ont mené à une meilleure uniformité de la liste des médicaments assurés entre les provinces et les territoires, en plus d'accroître l'efficacité par la réduction du chevauchement des efforts et d'aider les administrations à attribuer les ressources efficacement. Ces recommandations ont également permis aux gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments de faire une utilisation optimale des ressources investies (p. ex. en recommandant l'inscription d'un médicament, mais à un coût moindre), ce qui contribue à la viabilité du système de soins de santé.

Institut canadien pour la sécurité des patients

L'ICSP a réalisé des progrès dans la production de ses extraits et de ses résultats, et ses travaux ont contribué à l'amélioration continue de la sécurité et de la qualité du système de soins de santé, tel qu'il a été établi au cours de l'évaluation. Dans la présente section, nous donnerons des exemples des extraits produits par chacun des quatre volets de l'ICSP, en insistant sur les résultats qui s'inscrivent dans le processus d'application des connaissances.

Éducation

À titre d'exemple, il convient de faire mention du Programme d'éducation en sécurité des patients, lequel consiste en une séance de deux jours et demi qui permet aux membres des équipes interprofessionnelles participantes de devenir des formateurs en sécurité des patients. En 2011-2012, cinq nouveaux modules sur la sécurité des patients en santé mentale ont été ajoutés au programme de base. On n'a pas évalué directement la mesure dans laquelle les questions liées à la sécurité des patients étaient connues et comprises; cependant, plusieurs activités, comme les quatre conférences du Programme d'éducation en sécurité des patients – Canada, tenues en 2012-2013 et auxquelles ont pris part plus de 200 formateurs, avaient justement pour objet d'aider les participants à cet égard.

En collaboration avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et de nombreux spécialistes clés du contenu, l'ICSP a conçu un outil et un processus informatiques de représentation graphique qui aide les éducateurs à intégrer les compétences en sécurité à leurs programmes de premier cycle. En 2013, huit facultés de pharmacie, de sciences infirmières et de médecine ainsi qu'un programme de soins pédiatriques utilisaient cet outil et ce processus pour intégrer la sécurité des patients à leurs programmes. De même l'Association canadienne de protection médicale a produit une représentation graphique des compétences en matière de sécurité et l'a intégrée à son Guide des bonnes pratiques. De plus, ces compétences ont été liées aux normes d'agrément de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières.

Outils et ressources

Parmi les exemples d'extrants produits dans le cadre de ce volet, mentionnons les Alertes mondiales sur la sécurité des patients, le Cadre canadien d'analyse des incidents et l'initiative Patients for Patient Safety Canada, qui consiste en un réseau de patients (56 en 2012-2013) qui ont transmis à l'ICSP des apprentissages crédibles et des suggestions sur des initiatives en matière de sécurité des patients et de qualité des soins.

Selon l'examen des documents et les entrevues, les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation (conçues en 2008 et mises à jour en 2011) constituent l'une des principales réalisations de l'ICSP; il s'agit de la publication de l'Institut la plus consultée. On peut lire ce qui suit dans l'évaluation indépendante : « Trente-trois organisations pancanadiennes, provinciales et territoriales appuient les Lignes directrices, et il est considéré que le document ainsi que les activités connexes ont contribué à faire changer les politiques et les protocoles relatifs à la divulgation à l'échelle du Canada, y compris l'introduction de lois sur la présentation d'excuses actuellement en vigueur dans plusieurs provinces et territoires. »

Recherche

L'ICSP a parrainé la réalisation de plus de 70 projets de recherche sur différents sujets liés à la sécurité des patients (p. ex. sécurité des patients qui reçoivent des soins à domicile et aspects économiques de la sécurité des patients). Toutefois, on ne précisait pas, dans la documentation examinée, qui étaient les utilisateurs de ces rapports, ni quelles sont les décisions qui ont été fondées sur ces derniers.

Interventions et programmes

Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (programme SSPSM) est le programme phare de l'ICSP; l'Institut y a affecté de 35 à 50 pour 100 des dépenses liées à ses programmes au cours des exercices 2010-2011 à 2012-2013. Des outils et des ressources ont été conçus pour les interventions menées dans le cadre du programme SSPSM afin de prévenir les incidents préjudiciables. Le programme SSPSN a amené des fournisseurs de soins et des spécialistes à collaborer afin d'apporter des améliorations dans 11 secteurs, y compris en ce qui concerne l'hygiène des mains, les infections du site opératoire et le bilan comparatif des médicaments.

En 2012-2013, 719 organisations au Canada se sont volontairement inscrites au programme SSPSN. Il s'agit d'organisations associées aux milieux hospitalier et des soins communautaires auxquelles se rattachent 1 638 équipes qui mettent en œuvre des interventions visant à améliorer la sécurité des patients. Parmi toutes les interventions liées au programme SSPSN, l'intervention relative au bilan comparatif des médicaments (c.-à-d. un processus officiel pour examiner de façon uniforme les antécédents pharmaceutiques des patients lorsqu'ils font la transition d'un niveau de soins à un autre) est celle qui a recueilli le plus d'inscriptions, notamment parce qu'elle suppose l'harmonisation des pratiques organisationnelles obligatoires d'Agrément Canada avec les lignes directrices de l'ICSP sur le bilan comparatif des médicaments. L'ICSP, en collaboration avec l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, a élaboré la Stratégie nationale de mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments, laquelle a été approuvée par 10 organisations nationales au moyen d'une déclaration commune sur les incidences de la communication déficiente en matière de médicaments.

Les initiatives menées dans le cadre du programme SSPSN ont permis d'améliorer diverses politiques et pratiques. Les résultats obtenus par les institutions qui participent à deux interventions associées à ce programme touchant, plus particulièrement, les infections liées à des chirurgies ont révélé que le pourcentage de patients qui ont subi une intervention chirurgicale et qui ont reçu des antibiotiques en temps opportun (ce qui peut contribuer à diminuer les risques d'infections du site opératoire) est passé de 57 pour 100 en 2006 à une moyenne de 98 pour 100 en 2013. Les interventions liées au programme SSPSN ont également contribué à l'amélioration des résultats pour les patients, comme en témoigne le pourcentage de patients qui ont subi une chirurgie dans un environnement propre et qui ont tout de même par la suite contracté une infection du site opératoire, qui est passé de 7 pour 100 en 2006 à 2 pour 100 en 2013; de même, mentionnons que le taux d'infections de la circulation sanguine liées à des cathéters veineux centraux est passé de 3,8 infections/1000 jours de cathéter veineux central en 2006 à 0,6 infection/1000 jours de cathéter veineux central en 2013.

L'ICSP a également entrepris l'initiative Arrêtez les infections maintenant!, qui comprend une campagne de sensibilisation, la Journée ARRÊT! Nettoyez-vous les mains (à laquelle 1000 établissements se sont inscrits en 2013), la Trousse sur l'hygiène des mains et l'initiative Collaboration ARRÊTEZ les infections, maintenant, à laquelle prennent part 22 équipes.

L'évaluation indépendante a permis de constater que les utilisateurs du système remarquent bel et bien que des politiques et des programmes nouveaux ainsi que d'autres changements découlent des efforts supplémentaires déployés en matière de sécurité des patients, et que bon nombre de ces utilisateurs ont été en mesure de reconnaître que l'ICSP joue un rôle dans la réalisation des initiatives en cause, du personnel de première ligne à la direction. De même, nombre des membres du personnel de première ligne interrogés pendant l'évaluation indépendante ont indiqué qu'ils utilisaient des produits et des services de l'ICSP, ou qu'ils soutenaient ces produits et services. L'évaluation indépendante a également révélé que 80 pour 100 des répondants au sondage avaient indiqué qu'ils étaient tout à fait d'accord ou d'accord en partie avec l'énoncé selon lequel l'ICSP avait amélioré la sécurité des patients au Canada.

Commission de la santé mentale du Canada

La CSMC a surtout démontré des progrès dans la réalisation des résultats attendus à court terme; en outre, des observations empiriques montrent que ses produits sont utilisés et adoptés, du moins dans une certaine mesure. Cette situation n'a rien d'anormal, puisque cette organisation pancanadienne a été créée en 2007 seulement et que la réalisation des résultats à long terme nécessite plus de temps. De plus, la dernière évaluation indépendante visant cette organisation a été menée en 2011, alors que seulement quatre années de son mandat de dix ans s'étaient écoulées. C'est pour cette raison que l'on ne s'est pas attardé aux résultats escomptés à long terme dans le cadre de la présente évaluation.

Dans cette section, on fera part des extrants associés à chaque volet d'activité de la CSMC, ainsi que des résultats à court et à moyen terme obtenus relativement aux étapes du continuum de l'application des connaissances.

Puisque l'un des objectifs de la CSMC était lié directement à la sensibilisation à la santé mentale et aux travaux mêmes de la Commission, certaines constatations préliminaires pouvaient déjà être tirées de l'évaluation indépendante. La plupart des répondants à un sondage de 2011 mené auprès des publics cibles de la CSMC (n = 463) étaient au courant des travaux de la Commission (85 pour 100) et comprenaient son mandat (81 pour 100). Certains répondants, en particulier parmi les représentants des médias (80 pour 100), les bénévoles de la CSMC (67 pour 100), les membres des familles concernées (64 pour 100) et les personnes ayant fait face à des troubles mentaux (64 pour 100), ont exprimé le souhait d'en savoir plus sur la CSMC. Certaines des activités entreprises par la Commission depuis la tenue du sondage ont été mentionnées : exposés présentés à l'occasion de conférences et auprès d'associations professionnelles, webinaires gratuits et activités auprès de personnes ayant côtoyé la maladie mentale. Ces activités avaient pour but de faire découvrir aux clients les travaux de la CSMC.

La CSMC a également contribué à la sensibilisation à la santé mentale et à la maladie mentale au moyen de son programme Premiers soins en santé mentale. Ce programme aide les participants à déceler les signes et les symptômes de problèmes de santé mentale, à donner de l'aide dans les premiers moments et à orienter la personne concernée vers l'aide professionnelle requise. En mars 2013, plus de 70 000 personnes et 800 instructeurs avaient participé au programme et avaient ainsi acquis de nouvelles connaissances sur les problèmes de santé mentale et amélioré leur capacité d'aider les personnes qui éprouvent de tels problèmes. La CSMC a conçu des volets destinés expressément à différentes populations cibles, notamment les jeunes, les personnes âgées, les Autochtones du Nord et les Premières Nations. En 2012-2013, plus de 100 organismes avaient communiqué avec la CSMC au sujet des possibilités de formation de leur personnel, et environ 70 de ces organismes étaient en voie d'achever leur plan de formation.

Les projets de recherche réalisés dans le cadre de l'initiative Chez Soi ont servi à offrir des programmes de priorité au logement à des sans-abri atteints de maladie mentale dans cinq villes pilotes : Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton. De novembre 2009 à mars 2013, plus de 1 000 personnes ont obtenu un logement dans le cadre de ces projets. En 2011, le taux d'itinérance avait reculé à Vancouver, et l'initiative Chez Soi est considérée comme l'une des raisons de ce recul. Les projets dans le cadre desquels on accorde la priorité au logement ont commencé à attirer l'attention des intervenants d'autres villes et d'autres pays, en plus de sensibiliser ces derniers aux troubles mentaux. Les connaissances tirées de la méthode de la priorité au logement ont été communiquées aux intervenants et à la collectivité dans son ensemble au moyen d'exposés présentés à l'occasion d'événements locaux et provinciaux ainsi que de congrès nationaux et internationaux, et dans nombre d'articles et de publications. Toutefois, puisque les constatations du rapport final sur le projet n'étaient pas disponibles au moment de l'évaluation, les incidences véritables de ce projet ne peuvent être précisées. Néanmoins, les constatations préliminaires permettent de croire qu'on commence à s'appuyer sur le projet pour orienter l'élaboration de plans et de budgets de même que la prise de décisions aux fins de la lutte contre l'itinérance à l'échelle locale, provinciale et fédérale. À titre d'exemple, bien que la subvention ait pris fin en 2013, la responsabilité associée aux projets pilotes en cause a été confiée à Ressources humaines et Développement des compétences Canada, et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont poursuivi ces projets dans les emplacements originaux et ont même, dans certains cas, entrepris des projets similaires à d'autres endroits. On peut y voir une augmentation de l'utilisation et de l'adoption des connaissances, bien qu'il soit trop tôt pour dire si cette tendance se traduira par des changements d'ampleur notable sur le plan des politiques au sein des provinces et des territoires.

En 2012, la CSMC, à l'issue de vastes consultations publiques, a élaboré la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, ce qui représente l'une de ses réalisations les plus importantes. La Stratégie a été appuyée par la majorité des intervenants du domaine de la santé mentale. Elle est assortie de 26 priorités et de 109 recommandations qui visent la transformation du système de santé mentale au Canada. Selon la CSMC, la publication de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada a suscité un intérêt sans précédent de la part des médias. Plus de 6 600 exemplaires de la Stratégie et 8 600 sommaires ont été distribués, et des articles au sujet de la Stratégie ont été présentés dans différentes publications universitaires et professionnelles ainsi que dans des publications d'intérêt général et des publications d'échange de connaissances. La Stratégie (et le cadre qui l'a précédé) a incité tous les gouvernements provinciaux et territoriaux, sauf deux, à mettre à jour, à élaborer ou à commencer à élaborer leur propre stratégie en matière de santé mentale; en outre, en s'appuyant sur la Stratégie, une administration a conçu des outils destinés aux enseignants et aux élèves de 72 conseils scolaires.

La campagne *Changer les mentalités*, qui vise l'éradication de la stigmatisation, représente un autre exemple d'initiative qui favorise l'utilisation et l'adoption des produits de connaissance. Dans le cadre de cette campagne, lancée en 2009, on aborde la stigmatisation dans quatre groupes cibles : les professionnels de la santé, les jeunes, la population active en général et les médias. Certains des travaux menés dans le cadre de cette initiative visent l'évaluation des programmes existants de lutte contre la stigmatisation dans l'ensemble du pays afin de dégager les pratiques prometteuses, notamment l'utilisation de la sensibilisation fondée sur l'interaction, qui suppose d'intégrer dans les programmes des professionnels de la santé des possibilités permettant aux élèves d'entretenir des rapports sociaux avec une personne atteinte d'une maladie mentale. Des partenariats ont été établis avec des gouvernements, des universités et d'autres organisations (p. ex. des collègues, l'Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario, les responsables du projet *La santé mentale au travail*, l'OMS, des autorités régionales de la santé et le Collège des médecins de famille de la Nouvelle-Écosse) afin d'évaluer et de mettre en œuvre des programmes d'éradication de la stigmatisation. En tout, 95 programmes ont été examinés. Déjà, certains de ces programmes ont été reproduits à différents endroits au pays; mentionnons à titre d'exemple l'Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences et son programme *Talking About Mental Illness* pour les jeunes, qui s'est associé à un groupe de dirigeants de gouvernements territoriaux pour les aider à apporter de l'aide aux jeunes du Nord. En outre, récemment, on a fait appel à une organisation ontarienne pour qu'elle mette en application son programme d'éradication de la stigmatisation chez le personnel hospitalier dans tous les hôpitaux de l'intérieur de la Colombie-Britannique.

La Norme nationale du Canada en matière de santé et sécurité psychologiques en milieu de travail (la Norme) a été mentionnée parmi les principales réalisations de la CSMC. La Norme consiste en un ensemble d'outils, et non de règles; plus particulièrement, il s'agit de lignes directrices, de ressources et d'outils conçus pour aider les employeurs à faire la promotion de la santé mentale au travail. En mars 2013, la Norme avait été téléchargée près de 10 000 fois dans 15 pays différents. Le jour de son lancement, la Norme a été mentionnée à 168 reprises dans les médias écrits, en ligne, à la radio et dans des reportages vidéo en direct. Bell Canada et le Centre de toxicomanie et de santé mentale font partie des premiers employeurs à avoir adopté la Norme. De plus, en 2012, le Conseil canadien des normes a approuvé la Norme, ce qui confirme qu'elle satisfait aux critères de qualité qui s'appliquent aux normes nationales.

Enfin, mentionnons le Centre d'échange des connaissances, lequel a pour mandat de faire progresser les travaux de la CSMC en facilitant l'établissement de partenariats entre différents intervenants, permettant ainsi la mise en commun de connaissances et de pratiques exemplaires. Cette initiative n'a pas évolué dans la même mesure que les autres initiatives du CSMC, notamment en raison du retard dans sa mise en œuvre. Il y a également le centre de formation SPARK (soutien de la promotion de la recherche et des connaissances activées), qui a été lancé en 2012; il a pour objet de voir à ce que l'échange de connaissances demeure une priorité. Toutefois, il est trop tôt pour en mesurer l'incidence.

Inforoute Santé du Canada

Dans l'ensemble, Inforoute a réalisé des progrès dans l'obtention des résultats souhaités qui figurent dans ses accords de financement, plus particulièrement en ce qui concerne la promotion de l'utilisation et de l'adoption des systèmes électroniques d'information sur la santé à l'échelle du Canada, ce qui a déjà donné lieu à des améliorations dans le système de soins de santé.

En ce qui concerne la prise de mesures pour voir à ce que davantage de personnes connaissent et comprennent les technologies de la santé en ligne, Inforoute a lancé une campagne éducative (Vaut mieux savoir) afin d'amener le grand public à prendre connaissance des systèmes électroniques d'information sur la santé et à les accepter. La campagne a produit plus de 101 millions d'impressions d'audience (mesure du nombre de fois qu'une publicité a été vue), en plus de donner lieu à 315 000 visites du site Web. Les responsables d'Inforoute ont indiqué que le taux de sensibilisation aux DSE et de soutien de ces derniers était passé de 72 à 87 pour 100 au sein du grand public au cours de la campagne. En 2012, on a élargi la portée de la campagne, en collaboration avec des groupes de mobilisation, de manière à ce qu'elle soit également portée à l'attention des cliniciens. Des ressources (comme des vidéos, des exposés et des articles) ont été mises à la disposition de plus de 25 organisations nationales et provinciales et ont permis de joindre environ 190 000 intervenants en milieu clinique.

Depuis sa création, Inforoute a établi des mécanismes solides de collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et a réussi à investir, de concert avec ces administrations, dans plus de 380 projets par l'intermédiaire de ses 12 programmes d'investissement. Ces projets conjoints ont contribué à faire de la cybersanté une priorité partagée par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

L'Unité collaborative de normalisation, qui a exercé un leadership et fourni une expertise et des services de base pour soutenir l'élaboration, la tenue à jour et la mise en œuvre de systèmes pancanadiens d'information sur la santé, constitue un autre exemple de réussite découlant de la collaboration accrue. L'Unité compte plus de 450 membres qui ont uni leurs efforts pour mettre au point cinq nouvelles normes canadiennes, qui ont depuis été approuvées, et pour mettre à jour six normes déjà en place.

Compte tenu de la nature des systèmes de santé électroniques, Inforoute a également réalisé des travaux sur des questions de protection des renseignements personnels et de sécurité, notamment en menant un sondage d'opinion publique visant à prendre connaissance de l'attitude des Canadiens sur les questions liées aux systèmes numériques d'information sur la santé et à la protection des renseignements personnels, et en produisant un document de travail concernant la gestion du consentement.

La plus grande partie de l'information concernant les progrès réalisés par Inforoute portait sur la mesure dans laquelle les systèmes de santé électroniques ont été adoptés par différents groupes. C'est le cas parce que les systèmes doivent être en place et être utilisés ou avoir été adoptés dans le but d'atteindre des objectifs à long terme, notamment la transformation du système. Les rapports annuels ont permis d'obtenir des détails sur les taux d'adoption dans chaque province et territoire, et les rapports d'étape ont fourni des renseignements exhaustifs sur l'adoption des DSE et des DME au Canada. Les taux d'adoption variaient d'une région à l'autre du pays; ils se sont révélés plus faibles dans certains territoires, même si les tendances ne tiennent pas compte des progrès généraux dans d'autres domaines comme les DME ou la télésanté.

En mars 2011, Inforoute a atteint son objectif qui consistait à voir à ce que plus de 50 pour 100 des Canadiens aient un DSE que peuvent consulter les fournisseurs de soins autorisés, soit seulement 3 mois plus tard que sa cible originale de décembre 2010. En mars 2013, 55,4 pour 100 des Canadiens avaient un DSE accessible par leur fournisseur de soins de santé, et dans 3 provinces, toute la population y avait accès. Inforoute souhaite atteindre, d'ici la fin de 2013-2014, son objectif qui consiste à veiller ce que de 58 à 60 pour 100 de tous les Canadiens aient un DSE; l'objectif ultime est de voir à ce taux soit de 100 pour 100 d'ici la fin de 2015-2016.

Au cours de la période allant de l'établissement de l'entente de financement de 2010 jusqu'au mois de mars 2013, plus de 12 000 cliniciens exerçant dans des centres communautaires se sont inscrits à des programmes provinciaux de DME appuyés par Inforoute. Le nombre de cliniciens qui utilisent les DME pour soutenir les activités cliniques est passé de 23 pour 100 en 2006 à 56 pour 100 en 2012.

Plus du tiers des systèmes de DME conçus pour être utilisés dans un contexte de soins ambulatoires ont été déployés, et ils soutiennent de 7 100 à 7 500 cliniciens. Ces systèmes ont également été liés à des systèmes d'hôpitaux et aux DSE afin de permettre l'échange de données cliniques. Les résultats d'une évaluation des avantages de l'utilisation des DME dans un contexte communautaire ont révélé que le recours à de tels dossiers pouvait se révéler très bénéfique sur le plan des économies. À titre d'exemple, les économies liées à l'efficacité accrue dans la gestion des tests diagnostiques et des analyses en laboratoire ainsi qu'à la réduction des manipulations des dossiers ont été évaluées à 177 millions de dollars en 2012. De même, les économies liées à la diminution des examens redondants et des réactions indésirables à un médicament (ce qui s'explique par la meilleure lisibilité des ordonnances) ont été estimées à 123 millions de dollars au cours de cette même année, et, vraisemblablement, cette tendance sur le plan des économies se maintiendra. D'autres améliorations apportées en matière de gestion des analyses en laboratoire et des tests diagnostiques (p. ex. au moyen des résultats numériques et de l'utilisation des DSE) ont fait diminuer de deux semaines à deux ou trois jours le délai d'obtention des rapports d'imagerie diagnostique.

De la même façon, les solutions de télésanté ont permis à un nombre accru de personnes d'avoir accès à des soins de santé (surtout celles vivant dans le Nord). Les résultats d'une évaluation des avantages du recours à la télésanté au Canada ont révélé que ces solutions ont réduit le coût des soins de santé prodigués aux Canadiens d'environ 55 millions de dollars en 2010. Il est important

de noter que les économies ont été en partie attribuées à la baisse des déplacements que les patients ont dû effectuer et à la réduction de l'utilisation des bourses et subventions pour les déplacements des ressources médicales qui en découlent, ainsi qu'aux visites aux urgences et d'autres coûts liés aux patients hospitalisés qui ont pu être évités.

Conseil canadien de la santé

Dans la présente section, on mettra en évidence les extraits produits par le CCS et les progrès réalisés par le Conseil en vue de l'atteinte des résultats escomptés pour ce qui est de voir à ce que davantage de personnes soient au fait de l'existence des produits de connaissance et comprennent ces produits, et de veiller à l'accroissement de la collaboration et de la coordination, puisque le CCS a établi plusieurs rapports et collaboré avec diverses organisations. Il convient de mentionner que peu de données probantes étaient disponibles au sujet de l'utilisation ou de l'adoption de chacun de ces produits.

Le CCS a produit des rapports provisoires annuels sur la mise en œuvre des engagements pris dans le cadre des accords des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, a tenu trois symposiums nationaux, a publié huit bulletins de la série Les soins de santé au Canada, c'est capital (dans lesquels il analysait les résultats du sondage international du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé) et a lancé le Portail de l'innovation en santé (base de données consultable en ligne sur les pratiques exemplaires). Le Conseil a également collaboré avec plusieurs organisations et intervenants, y compris les gouvernements provinciaux et territoriaux (afin de recueillir leurs observations avant le lancement d'un rapport) et les six conseils provinciaux de la qualité des soins (ce qui a permis, notamment, l'achat conjoint des données du sondage du Fonds du Commonwealth afin d'accroître la pertinence des constatations pour les besoins des gouvernements provinciaux et territoriaux).

Ces extraits ont aidé les Canadiens à mieux connaître et comprendre les notions associées au rendement du système canadien de soins de santé, à différents degrés : les résultats de l'évaluation indépendante ont indiqué que 77 pour 100 des répondants au sondage (soit des utilisateurs potentiels des rapports du CCS, notamment les représentants d'organisations régionales, provinciales, territoriales et nationales du domaine des soins de santé, d'organisations chargées de la prestation de services de soins de santé et d'associations professionnelles [n = 181]) et 52 pour 100 des autres personnes interrogées (représentants de gouvernements provinciaux et territoriaux, d'organismes de santé et des médias [n = 23]) estimaient que l'information produite par le Conseil avait eu une incidence sur leur compréhension du rendement du système de santé et des pratiques novatrices qui s'y rattachent.

Selon le rapport annuel du CCS, en 2012-2013, 759 reportages ont porté sur les rapports du CCS, 377 personnes ont participé au Symposium national sur les soins intégrés, les rapports du CCS ont été téléchargés près de 55 000 fois, et plus de 12 000 recherches ont été effectuées par l'intermédiaire du Portail de l'innovation en santé.

En ce qui concerne l'augmentation de l'utilisation et de l'adoption des produits de connaissance, l'évaluation indépendante a permis de constater que de 45 à 63 pour 100 des personnes interrogées et des répondants au sondage avaient utilisé des rapports du CCS ou pris part à des activités du Conseil sur le rendement du système de santé. Les répondants au sondage ont été

plus nombreux (71 pour 100) que les autres personnes interrogées (33 pour 100) à estimer que les rapports et les activités les avaient aidés à prendre des décisions. L'évaluation indépendante a en outre indiqué que le CCS pourrait voir à l'accroissement de l'utilisation de ses produits en menant davantage de consultations afin de cerner les besoins en information de ses principaux publics cibles; toutefois, de telles consultations nécessiteraient une augmentation des ressources.

Les documents examinés contenaient peu de renseignements sur les utilisateurs de l'information produite par le CCS et sur le recours à cette information. Le CCS a indiqué que ses rapports avaient été utilisés par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie pour produire l'examen de l'Accord de 2004 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, intitulé *Un changement transformateur s'impose*. L'évaluation indépendante a révélé que le rapport du CCS intitulé *Aînés dans le besoin, aidants en détresse : Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada?* avait servi de source de référence dans divers milieux (à savoir les secteurs des ressources humaines, des soins à domicile et des soins communautaires, primaires et continus), et qu'un groupe utilisait certaines des mesures du CCS définies dans ce rapport pour comparer ses progrès avec ceux réalisés au sein d'autres provinces.

En ce qui concerne l'incidence des travaux du CCS sur les organisations, 24 pour 100 des personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation indépendante ont indiqué que les rapports et les activités du Conseil avaient eu une incidence, allant de modérée à considérable, sur les politiques, les programmes ou les services en matière de santé de leur organisation. Parmi les personnes interrogées, les employés gouvernementaux ont donné des notes moins élevées que celles accordées par les membres des autres groupes d'intervenants.

4.5 Rendement : Élément n° 5 – Démonstration d'économie et d'efficience

Étant donné que l'information financière fournie par les organisations pancanadiennes ne comportait aucune donnée sur le calcul des coûts se rattachant expressément aux extrants et aux résultats (données que les organisations pancanadiennes n'étaient pas tenues de fournir aux termes de leurs ententes de financement), une approche différente a été adoptée dans le cadre de la présente évaluation pour évaluer les économies et l'efficacité. Un examen de la gestion des ententes de financement, y compris le degré de collaboration de Santé Canada avec les bénéficiaires sur les questions stratégiques et liées aux programmes et le niveau de participation du Ministère aux activités touchant les structures de gouvernance des organisations pancanadiennes, a été réalisé. De plus, un bref examen des méthodes de rechange pour atteindre les objectifs des paiements de transfert a été effectué, plus particulièrement en ce qui touche l'incidence sur l'efficacité.

4.5.1 Les coûts des extrants et des résultats étaient-ils raisonnables à la lumière du contexte du programme pour chacun des paiements de transfert (économie)?

Il s'agit de la question d'évaluation originale; toutefois, étant donné les contraintes susmentionnées sur le plan des données, on a mis l'accent, dans le cadre de l'évaluation, sur la gestion, par Santé Canada, des programmes pour lesquels les paiements de transfert ont été octroyés aux organisations pancanadiennes, y compris le degré de collaboration de Santé Canada avec les organisations pancanadiennes afin de faciliter l'atteinte des résultats. Cette collaboration est nécessaire pour garantir la conformité avec les modalités des ententes de financement, ainsi que pour favoriser l'harmonisation stratégique des activités des organisations pancanadiennes avec les priorités du gouvernement fédéral (dans les limites des paramètres indiqués dans l'entente de financement pour ce qui est de la participation d'autres intervenants). L'évaluation portait aussi sur la participation de Santé Canada aux structures de gouvernance des organisations comme volet de collaboration parallèle et les interactions avec la fonction de gestion des programmes.

Pendant la période visée par l'évaluation, des efforts concertés ont été déployés en vue d'accroître le degré de collaboration sur les plans de la conformité et de l'harmonisation stratégique, et ce, en raison de divers facteurs, notamment les résultats des vérifications, le souhait de la haute direction d'obtenir de plus amples renseignements sur la situation entourant les paiements de transfert, et l'état d'avancement des activités s'y rattachant, un intérêt accru à ce que les investissements fédéraux permettent d'atteindre les objectifs stratégiques escomptés, ainsi que le passage d'un modèle de financement sous forme de subvention à un modèle de financement sous forme de contribution (ce qui peut entraîner une augmentation des exigences en matière de production de rapports et de responsabilisation). De manière générale, les personnes interrogées voyaient d'un bon œil l'augmentation de la fréquence de la collaboration, tout en reconnaissant que cela aurait des répercussions notables sur les ressources.

Surveillance des progrès et de la conformité

Les paiements de transfert octroyés aux organisations pancanadiennes étaient bien gérés en ce qui concerne la surveillance des progrès et l'assurance de la conformité avec les modalités des ententes de financement (p. ex. veiller à ce que les obligations de production de rapports soient respectées dans les délais prescrits). Les ententes de financement prévoyaient des obligations de production de rapports similaires, y compris une évaluation indépendante, des flux de trésorerie et des états financiers vérifiés. Certaines ententes de financement exigeaient aussi un cadre d'évaluation, un cadre de mesure du rendement, des rapports d'étape semestriels internes et une vérification du rendement. Cependant, même si les exigences en matière de production de rapports étaient semblables en théorie, il arrivait parfois que le contenu ou la précision des rapports diffèrent. Certaines évaluations indépendantes et certains rapports annuels comprenaient des exemples de l'atteinte de résultats à long terme, tandis que d'autres portaient principalement sur les activités et les extrants.

La plupart des secteurs de politique responsables de la gestion de ces ententes de financement avaient élaboré des cadres de surveillance officiels assortis de listes de vérification pour assurer le suivi des obligations de production de rapports et voir au respect des échéanciers. Ces listes de vérification comprenaient également des questions de haut niveau concernant le contenu des rapports annuels. Les intervenants de l'un des secteurs de politique en cause s'employaient à élaborer un modèle de rapport annuel afin de pouvoir indiquer les données associées aux exigences annuelles applicables et de faciliter le suivi des progrès réalisés dans des secteurs

d'activité donnés d'année en année. Toutefois, dans l'ensemble, les plans de travail annuels des organisations faisaient part d'activités et d'objectifs particuliers pour l'année à venir, lesquels n'étaient pas explicitement liés aux indicateurs de l'atteinte des résultats, et les listes de vérification ne contenaient aucun renseignement concernant la mesure dans laquelle les résultats avaient été atteints (p. ex. en ce qui concerne les personnes ayant utilisé les extraits ou l'incidence de ceux-ci sur le système de soins de santé). Par conséquent, bien que ces cadres aient permis la surveillance de la conformité avec les ententes de financement, ils ne fournissaient aucun renseignement détaillé sur l'atteinte des résultats escomptés ou l'apport de changements globaux. Étant donné que le Ministère souhaite prendre connaissance des progrès réalisés en vue de l'atteinte des résultats attendus à long terme, certains membres du personnel souhaitaient que l'on clarifie le processus d'évaluation en ce sens.

On a remarqué que les exigences en matière de production de rapports semblaient lourdes, et ce, tant pour les bénéficiaires que pour le personnel de Santé Canada. À titre d'exemple, il semblerait que certaines organisations tenaient un système de mesure du rendement ou un ensemble de livres comptables distinct pour pouvoir satisfaire à ces exigences de la manière voulue par Santé Canada. Une organisation pancanadienne a réalisé, en cinq ans, quatre évaluations indépendantes conformément aux modalités de ses diverses ententes de financement.

Certaines des personnes interrogées (occupant des postes de divers niveaux) ont indiqué combien la gestion des ententes de financement était chronophage pour le personnel, plus particulièrement pour le personnel responsable des politiques ne possédant que peu d'expérience en matière de gestion de programmes. De même, tel qu'il est mentionné précédemment, aucune ressource n'a officiellement été affectée à la gestion des ententes de financement contenues dans les documents du Cabinet établissant les pouvoirs des programmes; ainsi, il a fallu utiliser les budgets existants de la direction pour financer ces activités. Certains membres du personnel ont indiqué qu'il se révélerait profitable de confier à des employés la tâche d'assurer la gestion des programmes à temps plein afin de faciliter la surveillance des ententes de financement et de permettre aux analystes des politiques de mettre davantage l'accent sur les questions relatives aux politiques et les questions stratégiques associées aux travaux des organisations et les décisions liées aux programmes.

Même si les exigences en matière de production de rapports se sont révélées utiles pour ce qui est d'obtenir des renseignements à jour au sujet des activités et des progrès réalisés, il faut trouver le juste milieu entre ces exigences et les besoins en information (pour assurer la surveillance requise et pour appuyer la prise de décisions stratégiques et relatives aux programmes au sein de Santé Canada). Dans le but d'alléger le fardeau inutile imposé à Santé Canada et aux organisations pancanadiennes, il serait profitable d'examiner des façons d'harmoniser (et de moduler) les exigences en matière de production de rapports avec les besoins sur le plan de l'information de la Direction générale de la politique stratégique et du Ministère dans son ensemble, tout en garantissant la disponibilité des données sur le rendement pour appuyer les évaluations subséquentes et les décisions stratégiques de Santé Canada.

Gestion des relations stratégiques

Certaines hautes directions des secteurs de politique qui gèrent les ententes de financement ont reconnu que Santé Canada devrait collaborer avec les organisations pancanadiennes au-delà de la

simple surveillance et mieux harmoniser les priorités stratégiques des organisations pancanadiennes avec les objectifs stratégiques fédéraux qui sous-tendent les programmes qu'il finance et avec ses orientations en matière de politique en constante évolution.

Le niveau de collaboration stratégique entre le personnel de Santé Canada et les organisations pancanadiennes variait d'une organisation à l'autre. À titre d'exemple, tandis qu'elles s'employaient à élargir la portée de leurs activités ou à modifier leurs orientations stratégiques pour répondre à de nouveaux besoins du système de santé, certaines des organisations pancanadiennes ont sollicité de manière proactive la participation de la haute direction de Santé Canada aux discussions sur la planification stratégique, contrairement à d'autres. De même, selon ce que l'on a pu constater, une collaboration moins fréquente avec les organisations pancanadiennes se traduisait par des notes d'information de moins grande qualité et moins détaillées à l'intention de la haute direction, des possibilités moins nombreuses pour Santé Canada de donner de la rétroaction aux organisations sur leurs plans de travail et leurs plans stratégiques, la participation moins active du Ministère à la réalisation des évaluations indépendantes ainsi que des limites dans les cadres de mesure du rendement.

Un certain nombre de personnes interrogées ont répondu que les résultats de la collaboration de Santé Canada avec les organisations pancanadiennes pourraient être optimisés si les interactions se faisaient à divers niveaux au sein du Ministère, soit des agents et des analystes des programmes à la haute direction, et étaient harmonisées avec la participation du Ministère aux structures de gouvernance des organisations pancanadiennes (p. ex. les conseils d'administration ou les membres de ceux-ci). Il était essentiel qu'un message uniforme soit transmis aux organisations pancanadiennes à chacun de ces niveaux relativement aux orientations stratégiques du Ministère. Certains membres du personnel de Santé Canada ne connaissaient pas l'orientation stratégique adoptée par le Ministère à l'égard de chacune de ces organisations ou ne savaient pas comment ils devaient s'y prendre pour collaborer avec les organisations pancanadiennes afin de promouvoir les orientations stratégiques ministérielles, ni à quel moment ils devaient le faire. À titre d'exemple, certains secteurs de politique ont donné, au sujet de leurs plans de travail, de la rétroaction portant sur la description des activités et des approches, plutôt que de la rétroaction stratégique sur les activités réalisées ou les approches adoptées. D'autres n'ont même formulé aucun commentaire sur leurs plans stratégiques ou leurs plans de travail (uniquement les membres des conseils en ont formulé). Plusieurs membres du personnel ont souligné être conscients que leur organisation était une entité indépendante experte dans son domaine et que, par conséquent, le Ministère ne devrait pas leur imposer trop de directives ou d'exigences sur le plan des priorités.

L'évaluation a permis de constater que les secteurs de politique qui gèrent les ententes de financement) n'étaient habituellement pas désignés comme public cible du travail réalisé par les organisations pancanadiennes, ou en tant que clients de ces organisations, contrairement à d'autres directions générales au sein de Santé Canada ou à d'autres organisations faisant partie du portefeuille de la Santé. Souvent, ces groupes ministériels, ces groupes du portefeuille et d'autres groupes ministériels fédéraux communiquaient ou collaboraient avec les organisations pancanadiennes, ou les consultaient, sans inclure ou reconnaître les secteurs de politique responsables de la gestion des ententes de financement au sein de la Direction de la politique stratégique. Les divers groupes fédéraux n'ont pas nécessairement les mêmes priorités ni les

mêmes besoins en information et ne tentent donc pas de collaborer de la même manière avec les organisations pancanadiennes. Bien que ce ne soit pas quelque chose de problématique en tant que tel, il y a un risque de communiquer des messages contradictoires ou d'exclure les secteurs de politique responsables du processus. Tel qu'il a été mentionné précédemment, transmettre un message uniforme sur le plan vertical (tous les niveaux au sein des secteurs de politique qui gèrent le paiement de transfert, soit l'analyste, le directeur et les cadres supérieurs concernés) et sur le plan horizontal (à l'échelle de la direction générale, du Ministère, du portefeuille et, dans certains cas, de l'ensemble du gouvernement fédéral) est essentiel pour maximiser les résultats de la collaboration du gouvernement fédéral avec ces organisations pancanadiennes.

Participation aux structures de gouvernance

Bien que cet aspect ne fasse pas partie de la gestion des programmes, en ce qui concerne les rapports avec les conseils d'administration ou les membres de ceux-ci, le niveau de participation de Santé Canada variait également, ce qui s'explique en partie par les variations dans le processus d'établissement initial des structures de gouvernance des organisations pancanadiennes. Des différences ont été relevées en ce qui concerne le rang hiérarchique des membres, leurs postes (au sein du Ministère ou à l'externe) ainsi que leurs responsabilités en matière de vote. Le rang hiérarchique des membres allait de directeur général à ministre (en passant par tous les autres postes); souvent, cela dépendait des exigences établies dans les règlements administratifs de l'organisation en cause ou du niveau d'intervention stratégique nécessaire à l'atteinte des objectifs du Ministère selon la portée et l'envergure de ladite organisation. Le personnel de Santé Canada a indiqué qu'il y avait une collaboration stratégique pendant les réunions des conseils, de même qu'avant et après celles-ci, et que les membres des conseils dont le rang hiérarchique était plus élevé (sous-ministre ou ministre) ne participaient pas forcément davantage aux discussions stratégiques tenues que les membres des conseils d'un rang hiérarchique inférieur.

L'examen des documents et les personnes interrogées ont confirmé que certaines des responsabilités des conseils d'administration et des membres de ceux-ci variaient d'une organisation pancanadienne à l'autre. Bien que tous les membres des conseils d'administration aient droit de vote (ce qui n'était pas le cas de l'observateur), trois des quatre membres ont choisi de ne pas voter sur les points de nature financière.

En ce qui concerne certaines organisations pancanadiennes, Santé Canada avait nommé au conseil d'administration un représentant provenant de l'extérieur du Ministère (c.-à-d. un représentant externe), qui y siège toujours ou non, selon le cas. Dans ces situations, ces membres ne se voyaient pas remettre les documents d'information ministériels produits en vue des réunions; de même, au terme de ces dernières, ces représentants externes présentaient rarement des comptes rendus. Toutefois, même lorsqu'il s'agissait de représentants provenant de Santé Canada, ces derniers omettaient de présenter régulièrement des comptes rendus au personnel, ou encore aux employés de tous les niveaux participant à la gestion de l'organisation pancanadienne en cause. Dans le cas de l'une des organisations pancanadiennes comptant un représentant externe au sein de son conseil d'administration, un représentant de Santé Canada assistait également aux réunions du conseil en tant qu'observateur, ce qui a permis de tenir les membres du personnel ministériel informés des questions qui y étaient abordées, ainsi que du point de vue des autres membres du conseil relativement à diverses questions ou difficultés de fonctionnement

tout en respectant la confidentialité. Un autre secteur de politique avait un poste vacant au sein de conseil d'administration; ainsi, on communiquait directement avec le secrétariat du conseil de cette organisation pour obtenir des comptes rendus des réunions de ce dernier (en plus des procès-verbaux officiels).

Pour ce qui est des attentes à l'égard des conseils d'administration et des membres de ceux-ci, l'adoption d'une approche à l'échelle de la Direction générale, et même à l'échelle du Ministère, pour ce qui est de participer aux réunions et de présenter des comptes rendus pourrait se révéler utile afin de veiller à ce que soit communiquée au personnel, de manière uniforme, l'information pertinente touchant le contexte général entourant les questions qui se présentent de même que les difficultés auxquelles font face les conseils d'administration et leurs membres (p. ex. les représentants d'autres provinces et territoires). De tels renseignements permettent aux membres du personnel ministériel de savoir si des décisions ont été prises ou non (et de prendre connaissance des justifications en ce sens), ce qui les aide à surveiller les progrès réalisés par l'organisation pancanadienne et améliore la qualité de la rétroaction stratégique formulée au sujet des priorités organisationnelles. Les membres du personnel peuvent aussi rédiger des comptes rendus sur les politiques stratégiques et prodiguer des conseils pour les prochaines réunions du conseil d'administration et de la haute direction.

4.5.2 Existe-t-il d'autres méthodes pour atteindre les objectifs des paiements de transfert (efficacité)?

La section qui suit porte sur l'examen des méthodes de rechange pour atteindre les objectifs des paiements de transfert, c'est-à-dire en examinant la mesure dans laquelle le mécanisme de financement est approprié, ainsi qu'en évaluant la façon dont le Ministère gère les rapports avec l'ensemble des organisations pancanadiennes de manière plus générale.

Pour ce qui est de l'évaluation de la mesure dans laquelle le mécanisme de financement est approprié, on s'entendait pour dire, de manière générale, que le financement pour la création et l'exploitation des organisations pancanadiennes en cause constituait une bonne façon de donner suite aux priorités du gouvernement fédéral en ce qui concerne le système de santé. On jugeait que de confier à une organisation indépendante la responsabilité de faciliter la collaboration entre de nombreux intervenants, dont les provinces et les territoires, tout en respectant la compétence de ces administrations en matière de soins de santé, représentait une approche bénéfique pour favoriser l'apport de changements de portée nationale au système. En outre, on était d'avis qu'il est plus efficace de voir à ce qu'une seule organisation nationale mette l'accent sur une question particulière, plutôt que de créer un programme dans le cadre duquel sont réalisés de multiples projets, souvent incohérents les uns par rapport aux autres, assortis de délais; une telle façon de faire n'aurait vraisemblablement pas permis de miser sur les ressources disponibles pour apporter des changements d'ordre national.

Récemment, dans le contexte du renouvellement de certaines ententes de financement, il est arrivé fréquemment que l'on modifie le type de paiement de transfert, c'est-à-dire en le faisant passer d'une subvention à une contribution, ce qui a donné lieu à des exigences accrues en matière de responsabilisation et de production de rapports et a renforcé le rôle du Ministère dans l'établissement des produits livrables. C'était aussi un bon moyen d'accroître la collaboration du

Ministère avec les organisations pancanadiennes. Dans le cas de certaines organisations ayant reçu des paiements de transfert, il y avait déjà eu une augmentation des exigences sur les plans de la responsabilisation et de la production de rapports, plus particulièrement en ce qui concerne la fréquence des demandes relatives aux flux de trésorerie; de manière générale, cela a facilité la surveillance plus régulière des progrès réalisés, sans forcément, toutefois, avoir d'incidence sur le degré de collaboration ministérielle pour ce qui est d'harmoniser les orientations stratégiques relatives aux politiques.

On a brièvement examiné la question à savoir si le financement versé aux organisations pancanadiennes devrait être géré individuellement ou encore collectivement dans le cadre d'un programme. On a jugé qu'il était avantageux, à certains égards, de gérer collectivement les organisations pancanadiennes afin de mettre en commun les leçons retenues et de déterminer les possibilités d'intégration et de coordination des activités à l'échelle des organisations. Certains membres du personnel ont indiqué qu'il serait possible d'améliorer la collaboration et la coordination entre les secteurs de politique responsables de la gestion des programmes et des relations avec les organisations pancanadiennes. Certains secteurs collaboraient dans une mesure considérable relativement aux questions touchant les politiques par l'intermédiaire de réseaux ou de comités établis dans des secteurs de politique donnés (p. ex. le réseau de cybersanté), de même que du forum stratégique sur les organisations pancanadiennes en soins de santé récemment mis sur pied, mais la collaboration était moins grande en ce qui concerne d'autres questions liées à la surveillance et à la gestion des ententes de financement (p. ex. le renouvellement du financement, les modifications apportées au type de mécanisme de financement et les modifications apportées à la *Loi canadienne sur les organisations à but non lucratif*). Les secteurs de politique pourraient échanger leurs leçons apprises pour réduire au minimum les chevauchements (p. ex. dans l'élaboration de cadres de contrôle ou de processus de rétroaction sur les plans de travail) et accroître l'efficacité de la méthode de gestion des ententes de financement. Toutefois, il demeure nécessaire, dans une certaine mesure, de gérer les organisations pancanadiennes individuellement, étant donné qu'elles diffèrent en ce qui concerne les objectifs stratégiques, les modèles opérationnels, les modèles de gouvernance, la taille, l'envergure et la maturité.

5.0 Conclusions

5.1 Conclusions sur la pertinence

Dans l'ensemble, les paiements de transfert octroyés par Santé Canada aux organisations pancanadiennes concordent avec les priorités du gouvernement du Canada et permettent d'exercer un rôle de portée fédérale approprié. Les organisations assurent, à l'échelle nationale, une fonction de coordination unique que les diverses administrations (provinces et territoires) et les groupes régionaux ne seraient pas en mesure d'assumer individuellement. Bien que de nombreuses organisations participent à l'amélioration du système de soins de santé au Canada, les provinces, les territoires ou d'autres intervenants se tournent vers les organisations pancanadiennes sur le plan du leadership ainsi que pour fournir une perspective nationale relativement aux priorités de l'ensemble du système.

À l'exception de celles abordées par le CCS, les questions d'intérêt pour ces organisations sont toujours pertinentes; en effet, bien que des progrès aient été réalisés, le besoin d'apporter des améliorations à l'égard des questions touchant le système de soins de santé traitées par l'ACMTS, l'ICSP, la CSMC et Inforoute demeure évident.

5.2 Conclusions sur le rendement

5.2.1 Atteinte des résultats escomptés

Les organisations pancanadiennes parvenaient à générer un grand nombre d'extrants et à atteindre des résultats qui correspondaient aux étapes du continuum de l'application des connaissances, ainsi qu'à leurs propres objectifs. Toutes les organisations s'employaient à améliorer certains aspects du système de soins de santé, mais certaines d'entre elles, plus particulièrement les nouvelles organisations pancanadiennes, n'ont pas été en mesure de donner des exemples concrets de changements de vaste portée s'étant déjà opérés. Les rapports annuels et les évaluations indépendantes se sont révélés utiles pour démontrer l'atteinte des résultats attendus à court et à moyen terme, mais ils renfermaient moins de renseignements sur l'atteinte des résultats escomptés à long terme.

Il convient de noter que toutes les organisations pancanadiennes ont été en mesure de prouver leurs efforts de collaboration et de coordination auprès de diverses organisations. En résumé, les organisations pancanadiennes, dans leur ensemble, ont su démontrer les progrès réalisés en vue de l'atteinte des résultats voulus, et elles peuvent compter sur des circonstances favorables à la poursuite de leur cheminement vers l'atteinte des résultats à long terme.

5.2.2 Démonstration d'économie et d'efficience

Dans l'ensemble, les paiements de transfert octroyés aux organisations pancanadiennes étaient bien gérés sur les plans de la surveillance des progrès et de l'assurance de la conformité avec les modalités des ententes de financement. Toutefois, puisque des efforts visant à surveiller le respect des exigences en matière de financement ont été déployés, moins de temps que souhaité a pu être consacré à la communication de renseignements stratégiques sur les politiques aux fins de prise de décisions. On a également souligné que la collaboration et la coordination entre les secteurs de politique responsables de la gestion des organisations pancanadiennes pourraient être améliorées. Les intervenants de ces secteurs pourraient mettre en commun les leçons retenues qui permettraient de réduire au minimum les chevauchements et d'accroître l'efficacité de l'approche en matière de gestion des ententes de financement.

L'uniformité était moins grande pour l'ensemble des subventions en ce qui concerne le niveau de collaboration et de communication entre le Ministère et les organisations pancanadiennes. L'adoption d'une approche commune à l'échelle de la Direction générale ou du portefeuille de la Santé à l'égard de la gestion des relations avec les organisations pancanadiennes pourrait se révéler utile pour ce qui est de veiller à ce que l'information pertinente soit bel et bien communiquée, et ce, de manière uniforme au sein de la Direction générale et du gouvernement

fédéral, puis aux organisations pancanadiennes. Transmettre un message uniforme est essentiel pour maximiser les résultats de la collaboration du gouvernement fédéral avec ces organisations pancanadiennes.

L'augmentation de la fréquence de la collaboration permettrait d'harmoniser l'approche ou l'orientation stratégique adoptée par les organisations pancanadiennes avec les priorités du gouvernement fédéral. Toutefois, étant donné que la présente évaluation ne visait qu'à examiner un sous-ensemble d'organisations pancanadiennes gérées par la Direction générale de la politique stratégique, il serait nécessaire d'examiner le niveau de collaboration de Santé Canada avec les autres organisations pancanadiennes, plus particulièrement afin de déterminer s'il existe des répercussions semblables et d'établir le degré de collaboration optimal pour chacune des organisations en question.

6.0 Recommandations

Les quatre recommandations qui suivent ont été formulées à la lumière de l'évaluation.

Recommandation 1

L'évaluation a révélé que les employés des programmes de différents niveaux aimeraient avoir plus de précisions sur les attentes du Ministère quant à leur rôle par rapport à l'orientation stratégique et aux activités de l'organisation ainsi qu'à leur méthode pour encourager l'harmonisation de l'orientation stratégique et des activités des organisations avec les priorités du gouvernement fédéral tout en tenant compte de la perspective des autres intervenants concernés. On recommande donc ce qui suit :

Définir une approche stratégique pour Santé Canada à l'égard du recours aux organisations pancanadiennes, compte tenu de leur importance comme leviers stratégiques, ainsi que les répercussions de cette approche sur le degré de collaboration du Ministère avec chacune de ces organisations.

Recommandation 2

Dans l'évaluation, on a souligné qu'il serait possible d'accroître la collaboration et la coordination entre les employés de Santé Canada responsables de la gestion des relations du Ministère avec les diverses organisations pancanadiennes afin de mettre en commun les leçons retenues qui permettraient de réduire au minimum les chevauchements, d'optimiser l'efficacité et de clarifier le processus de collaboration avec les organisations en cause. On recommande donc ce qui suit :

- Renforcer la collaboration entre les employés de Santé Canada responsables de la gestion des relations du Ministère avec les diverses organisations pancanadiennes de même que l'uniformité des méthodes qu'ils emploient afin de mettre efficacement en œuvre l'approche stratégique du Ministère et de favoriser la mise en commun des expériences et des leçons retenues à cet égard.

Recommandation 3

Si l'on adoptait une approche « de guichet unique » à l'échelle des secteurs stratégiques responsables de gérer les relations du Ministère avec les organisations pancanadiennes, cela se traduirait par une perspective fédérale unifiée pour les besoins de la communication avec les organisations pancanadiennes. On recommande donc ce qui suit :

- Pour chacune des organisations pancanadiennes, renforcer la coordination dans l'ensemble du Ministère et du portefeuille ainsi qu'auprès d'autres partenaires fédéraux (le cas échéant) afin d'améliorer les communications à l'interne et de garantir une perspective fédérale cohérente lorsqu'il s'agit d'entretenir des liens avec ces organisations.

Recommandation 4

L'évaluation a révélé que les exigences en matière de production de rapports constituaient souvent un fardeau et que la surveillance de ces exigences nuisait aux grandes mesures stratégiques. Il serait donc important d'harmoniser la méthode de gestion de programmes et les exigences en matière de production de rapports avec les renseignements ministériels requis pour assurer une rigueur adéquate sans être excessive. On recommande donc ce qui suit :

- Harmoniser et ajuster la démarche de gestion des programmes, notamment le type et le contenu des exigences de reddition de compte énoncées dans les ententes de financement afin d'aider les organisations pancanadiennes à produire des rapports cohérents et adéquats qui facilitent un processus efficace de surveillance et de gestion des programmes ainsi que de prise de décisions par Santé Canada tout en reconnaissant l'existence de différences entre les programmes (p. ex. taille, portée, modèle de financement, gouvernance et objectifs).

Annexe 1 – Modèles logiquesⁱⁱ

Description du modèle logique pour l'Accord de financement de 2010 d'Inforoute Santé du Canada

Le modèle logique présente les **clients et intervenants** d'Inforoute que voici : résidents canadiens; ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux; fournisseurs de soins de santé et praticiens; ONG; industrie et fournisseurs; sous-ministres de la Santé; direction et personnel d'Inforoute.

Mission et vision du modèle logique

Mission : Favoriser et accélérer, à l'échelle pancanadienne, l'élaboration et l'adoption de systèmes d'information électroniques sur la santé, de normes et de technologies compatibles afin de procurer des avantages tangibles aux Canadiens. Inforoute mettra sur les initiatives existantes et sur des partenariats de collaboration pour concrétiser sa mission.

Vision (actuelle) : Des Canadiens en meilleure santé grâce à des solutions de santé électroniques novatrices.

Vision (antérieure) : Favoriser un réseau de santé efficace, viable et de grande qualité, appuyé par une infrastructure technologique qui fournira aux résidents du Canada et à leurs fournisseurs de soins un accès rapide, adéquat et sécurisé à la bonne information, quel que soit le moment ou l'endroit où ils sont pris en charge par le réseau de santé. Le respect de la confidentialité est un élément fondamental de cette vision.

Le modèle logique présente les **résultats** qui suivent tirés de l'Accord de financement de 2010. Concernant les solutions de DSE : développement de composantes de base de renseignements sur la santé réutilisables; élaboration des DSE pour cinquante pour cent (50 %) des Canadiens d'ici la fin de 2010. Concernant les solutions de DSE seulement : capacité accrue des fournisseurs et des administrations publiques; utilisation accrue des DME aux points de service; mise en place de solutions interopérables qui permettent le flux de l'information entre divers points du système de santé. Concernant les efforts en appui à l'usage secondaire des données : collaboration avec les intervenants pour cerner les questions préoccupantes de politique, de confidentialité et de communication et pour diriger la détermination des composantes techniques requises pour faciliter l'usage secondaire des données. Concernant la mise au point d'outils et d'actifs réutilisables pour traiter le facteur humain dans l'adoption de DSE et de DME : gestion du changement et transformation du processus ainsi que transfert et partage des connaissances; approche pancanadienne et multi-administrations; sujette et conditionnelle à la collaboration des bénéficiaires du financement d'Inforoute y compris les administrations provinciales et territoriales, les fournisseurs et les autres intervenants; il est à prévoir que le financement accélérera la prestation de soins de santé, accroîtra la productivité et l'interopérabilité, améliorera l'échange des renseignements et l'accès à ceux-ci, permettra la création d'emplois durables axés sur le savoir et renforcera l'infrastructure du savoir au sein du système de soins de santé.

Les résultats doivent être réalisés en conformité avec l'objet et l'utilisation du financement pluriannuel initial conformément aux seize (16) énoncés des articles 4.1 à 4.16 de l'Accord de financement de 2010.

ⁱⁱ Pour obtenir une copie de l'image du modèle logique veuillez utiliser le courrier électronique suivant « Evaluation Reports HC - Rapports Evaluation@hc-sc.gc.ca ».

Le modèle logique présente les extrants suivants :

- Architecture de DSE – Architecture administrative et technique dans laquelle s'inscrit un cadre de DSE interopérables au Canada.
- Stratégies et programmes d'investissement.
- Investissements dans les projets d'investissement.
- Évaluations des avantages.
- Partenariats et alliances.
- Politiques et normes.
- Sommaire annuel, plans d'affaires, rapports annuels, autres plans, rapports et produits de communication.

Description du modèle logique pour l'Accord de financement de 2007 d'Inforoute

Le modèle logique présente les **clients et intervenants** d'Inforoute que voici : résidents canadiens; ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux; fournisseurs de soins de santé et praticiens; ONG; fournisseurs de l'industrie; sous-ministres de la Santé; direction et personnel d'Inforoute.

Mission et vision du modèle logique

Mission : Favoriser et accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes de données électroniques sur la santé à l'aide de normes compatibles à l'échelle pancanadienne. Ce sont des systèmes de normes et de technologies de communication compatibles procurant des avantages tangibles aux Canadiens.

Vision : Meilleurs soins grâce à l'accès rapide à des renseignements protégés sur la santé où et quand c'est nécessaire.

Les activités indiquées dans le modèle logique sont les suivantes :

- Perfectionner, actualiser et améliorer l'architecture du système de DSE.
- Élaborer et perfectionner des stratégies.
- Effectuer des examens techniques pour favoriser les investissements.
- Effectuer et surveiller les investissements d'Inforoute dans des projets conformément aux programmes d'investissement.
- Réaliser des évaluations des avantages des investissements.
- Établir et maintenir diverses relations.
- Élaborer et perfectionner des normes.
- Rédiger et diffuser des plans, des rapports et des communications.

Les activités visent la réalisation des extraits suivants :

- Architecture de DSE – architecture administrative et technique dans laquelle s'inscrit un cadre de DSE interopérables au Canada.
- Stratégie d'investissement.
- Investissement dans six secteurs : systèmes d'imagerie diagnostique; systèmes d'information sur les médicaments; systèmes d'information sur les laboratoires; DSE interopérables; surveillance de la santé publique; accès des patients à des soins de qualité (quatre secteurs exclus : registres, télésanté, infostructure ainsi qu'innovation et adoption).
- Partenariats et alliances.
- Politiques et normes.
- Plans d'affaires; rapports annuels; autres plans, rapports et produits de communication.

Le modèle logique présente les résultats suivants tirés de l'Accord de financement de 2007 :

- Le financement sous forme de subvention versé à Inforoute en vertu du présent accord de financement doit être utilisé par Inforoute seulement pour procurer du financement aux administrations qui se sont engagées à établir des garanties sur les délais d'attente pour les patients (GDAP) ou aux organismes situés sur le territoire des administrations qui se sont engagées à établir des GDAP pour les aider à élaborer et à mettre en œuvre des projets de technologies électroniques de l'information et de communications en santé (TEICS).
- Principes – Appuyer le développement et l'utilisation des TEICS nécessaires pour appuyer la diminution du temps d'attente, pour améliorer les soins de santé et pour aider les provinces et les territoires à mettre en œuvre les garanties de délai d'attente pour les patients; soutenir un système de soins de santé financé par les fonds publics conforme à la *Loi canadienne sur la santé*; encourager la coopération en mettant à profit les partenariats FPT, de concert avec d'autres intervenants; soutenir l'interopérabilité; adopter une approche pancanadienne; favoriser l'harmonisation des investissements, des orientations et des plans FPT et ceux d'Inforoute en matière de TEICS.
- Résultats – Atteindre les résultats figurant dans les plans d'affaires annuels relativement aux résultats énumérés ci-après au cours des cinq prochaines années financières d'Inforoute; développement de modules de renseignements sur la santé qui sont réutilisables; solutions interopérables; outils et moyens réutilisables pour tenir compte du facteur humain; approche pancanadienne ou multiterritoriale; atteindre les résultats mentionnés ci-dessus en respectant toutes les lois applicables visant la protection, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels sur la santé ainsi que tous les principes appropriés de protection des renseignements personnels.

Description du modèle logique pour l'Inforoute Santé du Canada

Le modèle logique présente les **clients et intervenants** d'Inforoute que voici : résidents canadiens; ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux; fournisseurs de soins de santé et praticiens; universités, instituts de recherche et ONG; industrie; sous-ministres de la Santé; direction et personnel d'Inforoute.

Mission et vision du modèle logique

Mission : Favoriser et accélérer, à l'échelle pancanadienne, l'élaboration et l'adoption de systèmes d'information électroniques sur la santé, de normes et de technologies compatibles afin de procurer des avantages tangibles aux Canadiens.

Vision : Favoriser un réseau de santé efficace, viable et de grande qualité, appuyé par une infrastructure technologique qui fournira aux résidents du Canada et à leurs fournisseurs de soins un accès rapide, adéquat et sécurisé à la bonne information, quel que soit le moment ou l'endroit où ils sont pris en charge par le réseau de santé. Le respect de la confidentialité est un élément fondamental de cette vision.

Les activités indiquées dans le modèle logique sont les suivantes :

- Élaborer des plans et des stratégies.
- Maintenir des relations et des alliances avec les intervenants.
- Élaborer une architecture administrative et technique.
- Élaborer des normes et les appliquer.
- Effectuer des examens techniques pour favoriser les investissements.
- Effectuer et surveiller les investissements d'InfoRoute dans des projets conformément aux programmes d'investissement.
- Gérer et administrer les finances, les TGI et l'approvisionnement.
- Rédiger des plans et des rapports.
- Gérer et administrer les communications.
- Gérer et administrer les ressources humaines.
- Gérer et administrer les affaires juridiques.

Les activités visent la réalisation des extraits suivants :

- Architecture de DSE – architecture administrative et technique dans laquelle s'inscrit un cadre de DSE interopérables au Canada.
- Programmes d'investissement – Infostructure, registres, systèmes d'information sur les médicaments, systèmes d'imagerie diagnostique, systèmes d'information sur les laboratoires, télésanté, systèmes de surveillance de la santé publiqueⁱⁱⁱ, DSE interopérables, adoption et innovation.
- Partenariats et alliances.
- Politiques et normes.
- Plans d'affaires; rapports annuels; autres plans et rapports.

ⁱⁱⁱ Les systèmes de surveillance de la santé publique ne font pas partie de l'évaluation du rendement.

Le modèle logique présente les extrants suivants :

- Atteindre les résultats figurant dans les plans d'affaires annuels relativement aux résultats énumérés ci-après.
 - Normes d'information et de technologie; architecture des solutions du DES; éléments de base de l'infrastructure de santé du DSE et de l'infrastructure de sécurité; modules de renseignements sur la santé réutilisables; solutions interopérables en ce qui a trait au DSE; élargissement des services de télésanté au Canada; élaboration d'outils et de moyens réutilisables pour tenir compte du facteur humain; approche pancanadienne et multi-territoriale; solutions logicielles et télésanté.
- Parvenir aux résultats d'une façon conforme à toutes les lois applicables visant la protection, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels sur la santé ainsi qu'à tous les principes appropriés de protection des renseignements personnels.
- De façon générale, Inforoute devrait être en mesure de démontrer que les investissements stratégiques qu'elle effectuera au cours des trois prochaines années auront contribué à amortir une part non négligeable des coûts fixes de développement de l'infrastructure de santé du DSE.

Description du modèle logique pour l'ACMTS

Volets de financement

- Gestion des technologies de la santé (médicaments et autres technologies de la santé) – évaluation des technologies de la santé (ETS); utilisation optimale (UO)
- Programme commun d'évaluation des médicaments

Intrants : ETP (chercheurs, agents de liaison, analystes, chercheurs), ressources FPT, matériel de recherche, contrats avec des spécialistes.

Les intrants du volet de financement de la gestion des technologies de la santé sont liés aux trois **activités** suivantes : créer des produits d'ETS/UO; formuler des conseils par l'entremise de comités d'experts; entretenir des relations pour agir à titre de courtier de connaissances en ETS/UO.

Les intrants du volet de financement du Programme commun d'évaluation des médicaments sont liés à l'**activité** suivante : effectuer des examens des médicaments présentés en vue de déterminer leur efficacité clinique et leur rentabilité.

Toutes les activités du volet de l'ETS/UO visent la réalisation des extrants suivants :

- Produits de connaissance, rapports, services et conseils et matière d'ETS/UO; partenariats et relations; activités de courtage (conférences, forums ou activités de communication ou de liaison).

L'activité du volet du Programme commun d'évaluation des médicaments vise la réalisation de l'extrant suivant :

- Recommandations concernant l'inscription de médicaments au formulaire.

Le modèle logique définit le **résultat immédiat** du volet de l'ETS/VO de l'ACMTS comme suit : connaissance et compréhension accrues des données probantes sur l'ETS/VO. Il définit aussi le résultat immédiat du volet du Programme commun d'évaluation des médicaments comme suit : connaissance accrue des données probantes pour la prise de décisions concernant l'inscription de médicaments au formulaire; transparence accrue dans l'ensemble des administrations.

Résultats intermédiaires

- Utilisation accrue de renseignements fondés sur des données probantes pour la prise de décisions concernant les soins de santé.
- Meilleure coordination des examens de médicaments et d'autres technologies de la santé.
- Meilleure collaboration entre les intervenants du système de santé, y compris les autres producteurs et utilisateurs de données probantes.

Résultat à long terme

- Nombre accru de décisions fondées sur des données probantes concernant l'utilisation optimale des technologies de la santé pour améliorer les résultats sur la santé et la viabilité du système de santé.

Description du modèle logique pour le global de l'ACMTS et de l'Initiative visant à optimiser l'efficacité du système de santé

Les activités figurant dans le modèle logique de l'ACMTS sont les suivantes :

Gérer les activités liées à l'échange d'analyses des technologies de la santé, activité qui permet de produire l'**extrant** suivant : mécanisme d'échange d'idée et d'informations par les producteurs d'ETS au Canada. Le modèle logique présente les **résultats immédiats, intermédiaires et à long terme** que voici :

- Résultat immédiat – Utilisation efficace des ressources et des capacités actuelles en matière d'évaluation et d'examen des technologies de la santé.
- Résultat intermédiaire – Meilleure coordination des priorités et des capacités nationales en matière d'ETS.
- Résultat à long terme – Processus décisionnel fondé sur des données probantes pour ce qui est des technologies de la santé dans l'ensemble des systèmes de santé au Canada.

Évaluer les approches, les politiques et les pratiques exemplaires en gestion concernant l'utilisation d'isotopes médicaux. Cette activité produit les **extrants** suivants : rapports d'évaluation des données probantes; guides nationaux et outils d'intervention. Le modèle logique présente les **résultats immédiats, intermédiaires et à long terme** que voici :

- Résultats immédiats – Adoption et utilisation des programmes, produits et services de l'ACMTS; capacité accrue des intervenants primaires et secondaires de l'ACMTS de prendre des décisions fondées sur des données probantes.
- Résultats intermédiaires – Utilisation efficace des ressources limitées (compétences en ETS et fonds en santé); adoption et utilisation accrues des programmes, produits et services de l'ACMTS.
- Résultat à long terme – Processus décisionnel fondé sur des données probantes pour ce qui est des technologies de la santé dans l'ensemble des systèmes de santé au Canada.

Déterminer les besoins des principaux intervenants de l'ACMTS en technologies de la santé, et en faire le suivi ainsi que déterminer les possibilités d'amélioration continue des produits et services de l'ACMTS; réaliser des évaluations et des examens et fournir les produits et services de l'ACMTS fondés sur des données probantes. Ces activités produisent les **extrants** suivants : produits et services de qualité pertinents, offerts en temps opportun et fondés sur des données probantes; rapports, information et conseils; outils et ressources d'intervention; base de données accessible. Le modèle logique présente les **résultats immédiats, intermédiaires et à long terme** que voici :

- Résultats immédiats – Adoption et utilisation des programmes, produits et services de l'ACMTS; capacité accrue des intervenants primaires et secondaires de l'ACMTS de prendre des décisions fondées sur des données probantes.
- Résultats intermédiaires – Utilisation efficace des ressources limitées (compétences en ETS et fonds en santé); adoption et utilisation accrues des programmes, produits et services de l'ACMTS.
- Résultat à long terme – Processus décisionnel fondé sur des données probantes pour ce qui est des technologies de la santé dans l'ensemble des systèmes de santé au Canada.

Promouvoir l'ACMTS ainsi que ses produits et services. Cette activité produit les **extrants** suivants : activités de formation, ateliers, séminaires, baladodiffusions, webémissions et présentations ciblés. Le modèle logique présente les **résultats immédiats, intermédiaires et à long terme** que voici :

- Résultats immédiats – Connaissance et compréhension accrues des produits et services de l'ACMTS chez les intervenants primaires et secondaires, et meilleure réceptivité à l'égard de ces produits et services; reconnaissance du rôle de chef de file de l'ACMTS en évaluation des technologies de la santé.
- Résultats intermédiaires – Utilisation efficace des ressources limitées (compétences en ETS et fonds en santé); adoption et utilisation accrues des programmes, produits et services de l'ACMTS.
- Résultat à long terme – Processus décisionnel fondé sur des données probantes pour ce qui est des technologies de la santé dans l'ensemble des systèmes de santé au Canada.

Faciliter l'échange de connaissances avec les organisations nationales et internationales œuvrant dans le domaine des technologies de la santé dont le mandat est similaire. Cette activité produit les **extrants** suivants : liens avec les organismes nationaux et internationaux ayant un mandat similaire; communication régulière avec les intervenants primaires et secondaires de l'ACMTS et réception des commentaires de ces derniers; amélioration des méthodes et des processus; pertinence accrue des produits et services offerts par l'ACMTS et ses partenaires. Le modèle logique présente les **résultats immédiats, intermédiaires et à long terme** que voici :

- Résultats immédiats – Connaissance et compréhension accrues des produits et services de l'ACMTS chez les intervenants primaires et secondaires, et meilleure réceptivité à l'égard de ces produits et services; reconnaissance du rôle de chef de file de l'ACMTS en évaluation des technologies de la santé.
- Résultat intermédiaire – Adoption et utilisation accrue des programmes, produits et services de l'ACMTS.
- Résultat à long terme – Processus décisionnel fondé sur des données probantes pour ce qui est des technologies de la santé dans l'ensemble des systèmes de santé au Canada.

Faciliter les discussions entre les décideurs FPT sur les questions relatives aux technologies de la santé et à l'élaboration de politiques. Cette activité produit les **extrants** suivants : efficacité des forums stratégique (Comité consultatif sur les produits pharmaceutiques, Forum pour les Directeurs de produits Pharmaceutiques, Comité consultatif sur le SCPUOM et Comité consultatif des systèmes et des Appareils. Le modèle logique présente les **résultats immédiats, intermédiaires et à long terme** que voici :

- Résultat immédiat – Meilleures communications et processus décisionnel FPT commun sur les questions relatives aux politiques canadiennes sur les technologies de la santé.
- Résultat intermédiaire – Mise en œuvre d'initiatives stratégiques FPT coordonnées.
- Résultat à long terme – Processus décisionnel fondé sur des données probantes concernant les politiques sur les technologies de la santé au Canada.

Toutes les activités contribuent au **résultat ultime** suivant : utilisation adéquate et efficace des technologies de la santé dans le système de santé canadien.

Description du modèle logique pour l'évaluation de la Commission de la santé mentale du Canada – Niveau 1 (en date de décembre 2010)

La **vision** figurant dans le modèle logique est la suivante : une société qui valorise la santé mentale et en fait la promotion et qui aide les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de maladie mentale à mener des vies productives et enrichissantes.

Hypothèses

- La CSMC œuvre auprès des personnes atteintes de maladie mentale et de leur famille, des fournisseurs de services, des chercheurs et des gouvernements au Canada.
- La CSMC et le système de santé mentale ont une responsabilité concernant le bien-être mental, la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales pour tous les Canadiens, jeunes et moins jeunes.
- La mise en œuvre d'une stratégie en matière de santé mentale pour le Canada ne dépend pas seulement de l'élaboration de la stratégie par la CSMC, mais aussi du soutien et de la collaboration de tous les intervenants qui en feront une réalité.
- Les gens qui vivent au Canada sont satisfaits du travail de la CSMC.
- Les collectivités et les fournisseurs de services sont réceptifs aux services offerts par la CSMC et collaborent avec elle dans son travail.
- Les intervenants du milieu de la santé mentale (comme les personnes atteintes de maladie mentale, les familles, les dispensateurs de soins, les fournisseurs de services en santé mentale et les autres intervenants) qui connaissent la CSMC ont des attentes élevées, notamment en ce qui concerne les résultats concrets.

Intrants et ressources

- Financement – Financement de Santé Canada de 130 millions de dollars sur dix ans; financement de Santé Canada pour l'initiative Chez soi de 110 millions de dollars sur cinq ans; autres sources.
- Organes responsables – Conseil d'administration; gouvernement du Canada ou Santé Canada.
- Ressources humaines – Direction et personnel de la CSMC; organismes et personnel sous contrat; bénévoles (comités consultatifs et autres).
- Partenaires et collaborateurs – Personnes atteintes de maladie mentale; familles et dispensateurs de soins; intervenants FPT; ONG; fournisseurs de services; chercheurs; éducateurs; partenaires internationaux; médias nationaux et locaux; personnes vivant au Canada; collectivités locales.

Les intrants et les ressources visent la réalisation des activités clés suivantes :

- Cinq grandes initiatives – Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada; Initiative de lutte contre la stigmatisation et la discrimination (Changer les mentalités); centre d'échange de connaissances; Partenaires en santé mentale; projet multicentres de démonstration de recherche sur la santé mentale et les sans-abri Chez soi.
- Comités consultatifs – Formation de huit comités consultatifs et mise en œuvre des projets et initiatives prioritaires autour des cinq grandes initiatives.
- Mobilisation, sensibilisation et communication – Conclure et entretenir des partenariats; assurer des liens avec les partenaires aux fins de diffusion; élaborer un plan de communication avec messages clés, voies de communication, priorités et stratégies de communication détaillées pour chaque stratégie.
- Exécution du programme – Premiers soins en santé mentale.
- Gestion globale et gouvernance – Conseil d'administration; politiques et procédures; modèle opérationnel; structure organisationnelle; aide d'une équipe en politiques et en recherche aux comités consultatifs et à d'autres projets prioritaires; élaboration d'une structure de gestion du rendement; obtention de fonds supplémentaires pour les initiatives futures et établissement de la CSMC comme lieu de travail modèle, soit un lieu sécuritaire sur le plan physique et mental pour les employés et les bénévoles.

Les activités des cinq grandes initiatives visent la réalisation des extrants suivants :

- Élaboration de plans de travail pour chaque stratégie; élaboration de programmes ou de cadres; réalisation d'analyses du contexte et de sondages; consultations nationales; production et diffusion de rapports et d'autres documents.

Les activités des comités consultatifs visent la réalisation des extrants suivants :

- Conseils et soutien pour les cinq grandes initiatives; 24 projets entamés par les comités consultatifs ou confiés à ceux-ci; production et diffusion de rapports, de cadres, de documents et d'ateliers.

Les activités de mobilisation, de sensibilisation et de communication visent la réalisation des extrants suivants :

- Réunions avec les gouvernements FPT et d'autres intervenants; tenue de congrès ou de colloques nationaux et internationaux et de tables rondes; mise en place d'un plan de communication; données et renseignements fournis au moyen d'un site Web; information par les principales voies de communication des partenaires; information par les médias d'information nationaux et locaux.

Les activités d'exécution du programme visent la réalisation des extrants suivants :

- Formations sur le programme Premiers soins en santé mentale; adaptation du contenu du Programme pour le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Les activités de gestion globale et de gouvernance visent la réalisation des extrants suivants :

- Rapports du conseil d'administration; plans d'affaires et stratégiques; politiques et procédures; documents sur la structure organisationnelle; projets prioritaires tels qu'analyse des facteurs de risque d'isolement et de rejet; modèle logique de gestion du rendement; mise en œuvre d'une évaluation et production d'un rapport sur l'évaluation; obtention de fonds et d'autres ressources; élaboration d'un code de déontologie.

Les activités et extrants visent les publics suivants : personnes atteintes de maladie mentale (y compris les sans-abri), familles, dispensateurs de soins; toutes les personnes vivant au Canada; professionnels et fournisseurs de services et groupes à but non lucratif œuvrant en santé mentale; chercheurs, universitaires

et éducateurs; autorités et ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux; décideurs fédéraux, provinciaux et territoriaux; ministre de la Santé et Santé Canada.

Le modèle logique présente les **résultats immédiats** (de deux à quatre ans) qui suivent.

Accroissement des éléments suivants :

- Connaissance et compréhension de la santé mentale et des maladies mentales chez toutes les personnes vivant au Canada.
- Connaissance de la CSMC par l'intermédiaire de partenaires et de collaborateurs.
- Diffusion de connaissances fondées sur des données probantes aux gouvernements et aux intervenants.
- Base de connaissances : échange des connaissances.
- Compréhension du point de vue des intervenants sur la santé mentale et les maladies mentales.
- Couverture favorable des questions de santé mentale et touchant la maladie mentale, et réduction de la couverture défavorable, par les médias.
- Collaboration et participation des fournisseurs de services, des gouvernements, des éducateurs et des chercheurs.
- Recours aux ressources et aux services de la CSMC par les intervenants.
- Mobilisation des personnes atteintes et de leur famille.
- Écoute des personnes atteintes, de leur famille et de leurs dispensateurs de soins.
- Connaissance générale de la stigmatisation et de ses effets sur les personnes atteintes.
- Contribution des personnes vivant au Canada au programme Partenaires en santé mentale.
- Amélioration de la prestation des services aux personnes atteintes de maladie mentale et sans-abri dans cinq collectivités sélectionnées au Canada.
- Environnement de travail inclusif à la CSMC.

Le modèle logique présente les **résultats intermédiaires** (de cinq à huit ans) suivants :

- Réduction de la stigmatisation et de la discrimination dont font l'objet les personnes atteintes de maladie mentale.
- Meilleure collaboration entre les partenaires et les collaborateurs.
- Meilleure connaissance des problèmes et des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes pour remédier à ces problèmes.
- Utilisation accrue des travaux de recherche de la CSMC pour influencer les politiques et la prestation de services.
- Système de santé mentale amélioré, intégré et axé sur la collaboration.
- Capacité accrue des décideurs de mettre en œuvre des politiques.

Le modèle logique présente les **résultats ultimes** (de neuf à dix ans) suivants :

- Résultat relatif au système – Transformation du système de santé mentale et de la société canadienne comme le mentionnent les sept objectifs de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada et mise en évidence par la prestation efficace et efficiente de services.
- Résultats pour les personnes atteintes de maladie mentale – Participation active afin d'améliorer leur état de santé et leur qualité de vie et qu'elles soient en mesure de vivre une vie enrichissante et productive.

Description du modèle logique pour la Commission de la santé mentale du Canada

Intrants : Entente de financement de 130 millions de dollars sur dix ans avec Santé Canada et entente de financement de 110 millions de dollars sur cinq ans avec Santé Canada (projets de démonstration concernant les sans-abri).

Tous les intrants sont liés aux quatre activités suivantes :

- Élaboration et diffusion de la stratégie en matière de santé mentale
- Création du centre d'échange de connaissances.
- Réduction de la stigmatisation et de la discrimination avec lesquelles doivent composer les personnes atteintes de maladie mentale (Changer les mentalités).
- Conception et gestion d'importants projets de recherche sur les sans-abri et production de rapport sur ces projets (Chez soi).

L'activité Élaboration et diffusion de la stratégie en matière de santé mentale produit les **extrants** suivants : plan pour promouvoir la stratégie au Canada et ses recommandations auprès des professionnels de la santé et des administrations; stratégie en matière de santé mentale. Le modèle logique présente les **résultats à court et moyen terme** que voici :

- Résultat à court terme – Stratégie adoptée par les gouvernements provinciaux et territoriaux.
- Résultats à moyen terme – Réduction de la stigmatisation associée à la maladie mentale; connaissance et compréhension accrues des questions relatives à la santé mentale.

L'activité Création du centre d'échanges de connaissances produit les **extrants** suivants : échange des résultats de recherche et des connaissances; centre de formation SPARK (soutien de la promotion de la recherche et des connaissances activées); centre d'échange de connaissances. Le modèle logique présente les **résultats à court et moyen terme** que voici :

- Résultats à court terme – Connaissance accrue de l'existence de la CSMC, de ses produits et de ses ressources; collaboration accrue entre les chefs de file canadiens dans le domaine du suicide.
- Résultats à moyen terme – Réduction de la stigmatisation associée à la maladie mentale; connaissance et compréhension accrues des questions relatives à la santé mentale.

L'activité Réduction de la stigmatisation et de la discrimination avec lesquelles doivent composer les personnes atteintes de maladie mentale (Changer les mentalités) produit les **extrants** suivants : évaluation des programmes actuels visant à éliminer la stigmatisation au Canada; rapport sur les meilleures pratiques d'acquisition de connaissances sur ce qui fonctionne pour réduire la stigmatisation; colloques ou congrès sur la stigmatisation des personnes atteintes de maladie mentale. Le modèle logique présente les **résultats à court et moyen terme** que voici :

- Résultats à court terme – Campagne visant à réduire la stigmatisation des personnes atteintes de maladie mentale au Canada; formation des jeunes, des travailleurs, des médias et des professionnels de la santé sur les moyens d'éliminer la stigmatisation; réduction des problèmes de santé mentale au travail; meilleur accès aux interventions d'urgence pour prévenir le suicide.
- Résultats à moyen terme – Réduction de la stigmatisation associée à la maladie mentale; connaissance et compréhension accrues des questions relatives à la santé mentale.

L'activité Conception et gestion d'importants projets de recherche sur les sans-abri et production de rapport sur ces projets (Chez soi) produit les **extrants** suivants : échange de connaissances sur les programmes de priorité au logement; rapports et documents d'orientation; rapport national final sur le programme Chez soi. Le modèle logique présente les **résultats à court et moyen terme** que voici :

- Résultats à court terme – Mobilisation continue des participants; adoption de programmes de priorité au logement par les gouvernements provinciaux et territoriaux; amélioration des effets sociaux et sanitaires pour les participants.
- Résultats à moyen terme – Réduction de la stigmatisation associée à la maladie mentale; connaissance et compréhension accrues des questions relatives à la santé mentale.

Toutes les activités contribuent au **résultat ultime** suivant : une société qui valorise la santé mentale et en fait la promotion et qui aide les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou d'une maladie mentale à mener des vies productives et enrichissantes.

Description du modèle logique pour l'Institut canadien pour la sécurité des patients

Intrants : Ressources financières telles que les ententes de contribution de Santé Canada et d'autres sources de financement; ressources humaines y compris les employés de partout au Canada; ressources externes telles que les patients et les familles, les réseaux universitaires et d'autres organisations.

Tous les intrants sont liés aux cinq activités suivantes :

- Générer des connaissances – Définir les lacunes en matière de connaissance concernant la sécurité des patients; financer des travaux de recherche; produire des connaissances de qualité sur la sécurité des patients.
- Renforcer les compétences – Formation initiale et perfectionnement professionnel.
- Synthétiser et transférer les connaissances – Recueillir des connaissances d'autres intervenants; évaluer la qualité des connaissances; mettre au point des outils ou des ressources pour répondre aux priorités en matière de sécurité des patients.
- Se servir du travail d'autres organisations – Influencer les priorités en matière de sécurité des patients; recommander des leviers financiers ou réglementaires pour apporter des améliorations générales à la sécurité des patients; favoriser des approches intégrées pour améliorer la sécurité des patients.
- Établir des relations – Faire participer divers groupes cibles à l'échelle du système de santé; favoriser l'harmonisation stratégique entre les divers groupes cibles du système de santé.

Toutes les activités visent la réalisation des extrants suivants :

- Formation; recherche; outils et ressources; interventions et programmes.

Le modèle logique présente les résultats immédiats, intermédiaires et à long terme de l'ISCP que voici :

- **Résultats à court terme (de 1 à 3 ans)** – Augmentation de la quantité de données probantes pour améliorer la sécurité des patients; programmes sur la sécurité des patients fondés sur des données probantes dans l'ensemble des disciplines du domaine de la santé; sensibilisation et connaissance accrues en matière de sécurité des patients; meilleure coordination du système en ce qui concerne la sécurité des patients.
- **Résultats intermédiaires (de 3 à 5 ans)** – Culture davantage axée sur la sécurité des patients; augmentation des pratiques favorables à la sécurité des patients; surveillance et production de rapports en matière de sécurité des patients; politiques, normes et exigences des partenaires stratégiques fondées sur les données probantes relatives à la sécurité des patients.
- **Résultat à long terme (plus de 5 ans)** – Amélioration de la sécurité des patients au Canada.

Tableau II-1 – Résultats à évaluer (Articles 4.2 et 6.1.8 de l'Accord complémentaire)

4.2 Résultats

4.2.1 ...Inforoute s'efforcera d'atteindre les résultats stipulés dans les plans d'affaires annuels dont il est question à l'alinéa 5.2.1.6. qui seront dressés par Inforoute, approuvés par son conseil d'administration et soumis à ses membres, relativement aux résultats énumérés ci-après dans les sous-alinéas 4.2.1.1 à 4.2.2.2 au cours des cinq prochaines années financières d'Inforoute, soit à compter du 1^{er} avril 2004. À cet égard, il est reconnu que la capacité d'Inforoute d'atteindre ces résultats dépend de :

- la collaboration des administrations FPT du Canada sur le territoire desquelles Inforoute exerce ou cherche à exercer des activités;
- des résultats de l'évaluation des besoins mentionnée à l'alinéa 4.2.1.2;
- de la disponibilité du SISP-*i* pour le travail envisagé dans l'évaluation des besoins dont il est question à l'alinéa 4.2.1.2.

4.2.1.1 Par un meilleur partage entre les équipes multidisciplinaires, ainsi qu'au sein des régions, des provinces et des territoires et entre eux, de l'information plus exacte et plus récente sur la surveillance de la santé sera disponible afin d'assurer :

- améliorer les résultats en ce qui concerne le dépistage et la prise en charge des maladies infectieuses;
- améliorer la prise en charge des cas de maladies infectieuses, y compris l'exposition à ces maladies et la quarantaine;
- améliorer le dépistage, le suivi et la gestion des éclosions de maladies infectieuses et des risques pour la santé des maladies infectieuses;
- améliorer la capacité d'intervention en cas d'éclosions de maladies infectieuses ou en cas de risque des maladies infectieuses pour la santé grâce à la recherche et à l'analyse.

4.2.1.2 L'élaboration d'une évaluation des besoins, y compris une stratégie de mise en œuvre chiffrée en ce qui concerne un système pancanadien de surveillance de la santé, qui prend en compte l'architecture des solutions du DES.

4.2.1.3 Dans la recherche des résultats mentionnés aux alinéas 4.2.1.1 et 4.2.1.2, Inforoute tiendra compte de la nécessité de :

- disposer de données de surveillance opportunes et de grande qualité sur les plans régional, provincial, territorial ou fédéral provenant de systèmes sources qui appuient la prestation de soins de santé;
- de pouvoir envoyer et recevoir des données de laboratoire;
- de pouvoir envoyer et recevoir des données de prévention des infections en milieu hospitalier;
- de gérer les cas, les contacts et la quarantaine en cas de flambées de maladies infectieuses;
- de dresser des dossiers d'immunisation;
- d'inspecter la salubrité de l'eau et des aliments.

- 4.2.1.4 Selon les résultats de la stratégie de mise en œuvre chiffrée conçue dans le cadre de l'évaluation des besoins dont il est question à l'alinéa 4.2.1.2, la mise en œuvre, dans les limites du montant, d'un système pancanadien de surveillance de la santé, fondé sur des normes en matière d'information et de technologies appropriées.
- 4.2.2 Inforoute parviendra aux résultats mentionnés ci-dessus d'une façon conforme à toutes les lois applicables visant la protection, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels sur la santé ainsi qu'à tous les principes appropriés de protection des renseignements personnels. Si Inforoute recueille utilise ou divulgue des renseignements personnels sur la santé, elle devra respecter toutes les dispositions législatives applicables et les principes appropriés en matière de protection des renseignements personnels et elle devra évaluer et documenter sa conformité.

6.0 Reconnaissance

- 6.1.8 Afin d'obtenir les résultats envisagés au paragraphe 4.2 du présent accord complémentaire, la collaboration des administrations FPT membres est requise, sur une base égale, et chaque membre d'Inforoute, mais aucun membre individuel ou administration représentée par un membre, n'a un rôle de surveillance eu égard à Inforoute.

Annexe 2 – Bibliographie

ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada*, 2011, consulté le 2 décembre 2013 au <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2011/index-fra.php>.

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. *Information rapide : La santé mentale / la maladie mentale*, janvier 2014, consulté le 3 janvier 2014 au <http://www.cmha.ca/fr/medias/information-rapide-la-sante-mentale-la-maladie-mentale/>.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. « Canada ranks low on patient safety in international comparison », *Canadian Medical Association Journal*, 186(1), E12, 7 janvier 2014, consulté le 2 décembre 2013 au <http://www.cmaj.ca/content/186/1/E12.full.pdf+html> (en anglais seulement).

BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU CANADA. *Les dossiers de santé électroniques au Canada*, avril 2010 (consulté le 31 janvier 2014). Sur Internet : http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/parl_oag_201004_07_f.pdf

CBC NEWS. *E-health records saved medical system \$1.3B in 6 years*, 22 avril 2013, consulté le 3 janvier 2014 au <http://www.cbc.ca/news/politics/e-health-records-saved-medical-system-1-3b-in-6-years-1.1384119> (en anglais seulement).

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. *Mental Illness and Addiction Statistics*, janvier 2014, consulté le 3 janvier 2014 au http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/for_reporters/Pages/addictionmentalhealthstatistics.aspx (en anglais seulement).

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. *September 10 is World Suicide Prevention Day*, janvier 2014, consulté le 3 janvier 2014 au http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/news_releases_media_advisories_and_backgrounders/current_year/Pages/September-10-is-World-Suicide-Prevention-Day.aspx (en anglais seulement).

CHALKIDOU, K. et coll. « Health technology assessment in universal health coverage », *The Lancet*, 382(9910), e48-49, 21 décembre 2013, consulté le 2 décembre 2013 au <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613625593> (en anglais seulement).

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, mai 2006, consulté le 2 décembre 2013 au <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/pdf/rep02may06part1-f.pdf>.

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. *Proposition de création d'une Commission canadienne de la santé mentale*, octobre 2005, consulté le 29 novembre 2013 au <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/381/soci/rep/pdf/rep16nov05-f.pdf>.

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir*, novembre 2003, consulté le 29 novembre 2013 au <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/soci/26app-f.pdf>.

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. *Un changement transformateur s'impose : Un examen de l'Accord sur la santé de 2004*, mars 2012 (consulté le 31 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/411/soci/rep/rep07mar12-f.pdf>.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Changer les mentalités : Rapport provisoire*, 18 novembre 2013, consulté le 3 janvier 2014 au <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/initiatives-and-projects/opening-minds/opening-minds-interim-report?terminal=211>.

GOUVERNEMENT DE L'ÉCOSSE. *Suicide Prevention Strategy 2013-2016*, 2013, consulté le 3 janvier 2014 au <http://www.scotland.gov.uk/Resource/0043/00439429.pdf>.

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*, 2006, consulté le 29 novembre 2013 au http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf.

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Emplois, croissance et prospérité à long terme : le Plan d'action économique de 2013*, mars 2013 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.budget.gc.ca/2013/doc/plan/budget2013-fra.pdf>.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Analyse comparative du système de santé du Canada : comparaisons internationales*, 21 novembre 2013, consulté le 4 décembre 2013 au https://secure.cihi.ca/free_products/Benchmarking_Canadas_Health_System-International_Comparisons_FR.pdf.

INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. *Évaluation indépendante de l'Institut canadien pour la sécurité des patients*, 21 juin 2012 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/about/Documents/CPSI%20Evaluation%20FR.pdf>.

INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. *L'aspect économique de la sécurité des patients dans un établissement de soins de courte durée : rapport technique*, juillet 2012, consulté le 3 décembre 2013 au <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/commissionedResearch/EconomicsofPatientSafety/Documents/Economics%20of%20Patient%20Safety%20-%20Acute%20Care%20-%20Final%20Report%20-%20French.pdf>.

RISK ANALYTICA (pour la Commission de la santé mentale du Canada). *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada : 2011 to 2041*, décembre 2011, consulté le 2 décembre 2013 au <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/node/5024> (en anglais seulement).

SANTÉ CANADA. *Le gouvernement Harper dépose un nouveau projet de loi pour protéger les patients – Il donne ainsi suite aux engagements pris dans le discours du Trône de 2013 sur la déclaration obligatoire des réactions indésirables aux médicaments, les rappels et l'exactitude des étiquettes*, 6 décembre 2013, consulté le 3 janvier 2014 au http://hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2013/2013-174-fra.php

SANTÉ CANADA. *Rapport sur les plans et les priorités 2013-2014*, 2013, consulté le 3 janvier 2014 au http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/pdf/performance/estim-previs/plans-prior/2013-2014/report-rapport-fra.pdf.

SANTÉ CANADA. *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 16 septembre 2004 (consulté le 31 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

SCHOEN, C., et coll. « A Survey of Primary Care Doctors in Ten Countries Shows Progress in Use of Health Information Technology, Less in Other Areas », *Health Affairs*, vol. 31, n° 12, 15 novembre 2012, p. 2805-2816 (consulté le 31 janvier 2014). Sur Internet : <http://content.healthaffairs.org/content/31/12/2805.full.pdf+html>.

SKINNER, R. et S. MCFAULL. « Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980-2008 », *CMAJ*, 184(9), 12 juin 2012, consulté le 29 novembre 2013. Sur Internet : <http://www.cmaj.ca/content/184/9/1029.full>.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale, 2012*, 18 septembre 2013, consulté le 3 décembre 2013 au <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/130918/dq130918a-fra.pdf>.

STATISTIQUE CANADA. *Mortalité : liste sommaire des causes*, 2009, consulté le 29 novembre 2013. Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0209x/84f0209x2009000-fra.pdf>.

THE COMMONWEALTH FUND. *A Survey of Primary Care Doctors in Ten Countries Shows Progress in Use of Health Information Technology, Less in Other Areas : Synopsis*, janvier 2014 (consulté le 31 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.commonwealthfund.org/Publications/In-the-Literature/2012/Nov/Survey-of-Primary-Care-Doctors.aspx>.

WORKPLACE SAFETY AND PREVENTION SERVICES. *Challenges and Benefits in Implementing Health Risk Assessment Programs*, le 29 octobre 2013, consulté le 3 janvier 2014. Sur Internet : http://www.conferenceboard.ca/Libraries/CASHC_PUBLIC/nov2013_Implementing_employee_health_risk_assessment_programs_Elizabeth_Mills.sflb (en anglais seulement).

Notes en fin de document

¹ Chalkidou, K. et coll. « Health technology assessment in universal health coverage », *The Lancet*, vol. 382 n° 9910, 21 décembre 2013, p. e48-49 (consulté le 2 décembre 2013). Sur Internet : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613625593> (en anglais seulement).

² Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. *Une décennie du Programme commun d'évaluation des médicaments de l'ACMTS 2003-2013*, 2013 (consulté le 3 décembre 2013) Sur Internet : <http://www.cadth.ca/media/pdf/CADTH-Annual-Report-2012-13-f.pdf.pdf>.

³ Association médicale canadienne. « Canada ranks low on patient safety in international comparison », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 186, n° 1, E12, 7 janvier 2014 (consulté le 2 décembre 2013). Sur Internet : <http://www.cmaj.ca/content/186/1/E12.full.pdf+html> (en anglais seulement).

⁴ Institut canadien d'information sur la santé. *Analyse comparative du système de santé du Canada : comparaisons internationales*, 21 novembre 2013 (consulté le 4 décembre 2013). Sur Internet : https://secure.cihi.ca/free_products/Benchmarking_Canadas_Health_System-International_Comparisons_FR.pdf.

⁵ Organisation de coopération et de développement économiques. *Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE*, 2013 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>.

⁶ Institut canadien pour la sécurité des patients. *Évaluation indépendante de l'Institut canadien pour la sécurité des patients*, 21 juin 2012 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/about/Documents/CPSI%20Evaluation%20FR.pdf>.

⁷ Institut canadien pour la sécurité des patients. *L'aspect économique de la sécurité des patients dans un établissement de soins de courte durée : rapport technique*, juillet 2012 (consulté le 3 décembre 2013). Sur Internet : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/commissionedResearch/EconomicsofPatientSafety/Documents/Economics%20of%20Patient%20Safety%20-%20Acute%20Care%20-%20Final%20Report%20-%20French.pdf>.

⁸ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Proposition de création d'une Commission canadienne de la santé mentale*, octobre 2005 (consulté le 29 novembre 2013). Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/381/soci/rep/rep16nov05-f.pdf>.

⁹ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, mai 2006 (consulté le 2 décembre 2013). Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/pdf/rep02may06part1-f.pdf>.

¹⁰ Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Mental Illness and Addiction Statistics*, janvier 2014 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/for_reporters/Pages/addictionmentalhealthstatistics.aspx (en anglais seulement).

¹¹ Gouvernement du Canada. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*, 2006 (consulté le 29 novembre 2013). Sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf.

¹² Administrateur en chef de la santé publique. *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada*, 2011 (consulté le 2 décembre 2013). Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2011/index-fra.php>.

¹³ Risk Analytica (pour la Commission de la santé mentale du Canada). *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041*, décembre 2011 (consulté le 2 décembre 2013). Sur Internet : <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/node/5024> (en anglais seulement).

- ¹⁴ Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale, 2012*, 18 septembre 2013 (consulté le 3 décembre 2013). Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/130918/dq130918a-fra.pdf>.
- ¹⁵ Workplace Safety and Prevention Services. *Challenges and Benefits in Implementing Health Risk Assessment Programs*, 29 octobre 2013 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : http://www.conferenceboard.ca/Libraries/CASHC_PUBLIC/nov2013_Implementing_employee_health_risk_assessment_programs_Elizabeth_Mills.sflb (en anglais seulement).
- ¹⁶ Statistique Canada. *Mortalité : liste sommaire des causes, 2009* (consulté le 29 novembre 2013). Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0209x/84f0209x2009000-fra.pdf>.
- ¹⁷ Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Mental Illness and Addiction Statistics*, janvier 2014 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/for_reporters/Pages/addictionmentalhealthstatistics.aspx (en anglais seulement).
- ¹⁸ Skinner, R. et S. McFaull. « Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980-2008 », *CMAJ*, vol. 184, n° 9, 12 juin 2012, (consulté le 29 novembre 2013). Sur Internet : <http://www.cmaj.ca/content/184/9/1029.full>.
- ¹⁹ Centre de toxicomanie et de santé mentale. *September 10 is World Suicide Prevention Day*, janvier 2014 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/news_releases_media_advisories_and_backgrounders/current_year/Pages/September-10-is-World-Suicide-Prevention-Day.aspx (en anglais seulement).
- ²⁰ Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Mental Illness and Addiction Statistics*, janvier 2014 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/for_reporters/Pages/addictionmentalhealthstatistics.aspx (en anglais seulement).
- ²¹ Gouvernement de l'Écosse. *Suicide Prevention Strategy 2013-2016*, 2013 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.scotland.gov.uk/Resource/0043/00439429.pdf>.
- ²² Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les mentalités : Rapport provisoire*, 18 novembre 2013 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/initiatives-and-projects/opening-minds/opening-minds-interim-report?terminal=211>.
- ²³ Association canadienne pour la santé mentale. *Information rapide : La santé mentale / la maladie mentale*, janvier 2014 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.cmha.ca/fr/medias/information-rapide-la-sante-mentale-la-maladie-mentale/>.
- ²⁴ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, mai 2006 (consulté le 2 décembre 2013). Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/pdf/rep02may06part1-f.pdf>.
- ²⁵ Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les mentalités : Rapport provisoire*, 18 novembre 2013 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/initiatives-and-projects/opening-minds/opening-minds-interim-report?terminal=211>.
- ²⁶ CBC News. *E-health records saved medical system \$1.3B in 6 years*, 22 avril 2013 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.cbc.ca/news/politics/e-health-records-saved-medical-system-1-3b-in-6-years-1.1384119> (en anglais seulement).

²⁷ The Commonwealth Fund. *A Survey of Primary Care Doctors in Ten Countries Shows Progress in Use of Health Information Technology, Less in Other Areas: Synopsis*, janvier 2014 (consulté le 31 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.commonwealthfund.org/Publications/In-the-Literature/2012/Nov/Survey-of-Primary-Care-Doctors.aspx>.

²⁸ Schoen, C. et coll. « A Survey of Primary Care Doctors in Ten Countries Shows Progress in Use of Health Information Technology, Less in Other Areas », *Health Affairs*, vol. 31, n° 12 (15 novembre 2012), p. 2805-2816 (consulté le 31 janvier 2014). Sur Internet : <http://content.healthaffairs.org/content/31/12/2805.full.pdf+html>.

²⁹ Inforoute Santé du Canada. *Selon un nouveau sondage, les Canadiens veulent avoir accès aux outils de santé numériques*, 3 mars 2014 (consulté le 3 mars 2014). Sur Internet : <https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/nouvelles-medias/communiques-2013/selon-un-nouveau-sondage-les-canadiens-veulent-avoir-acces-aux-outils-de-sante-numeriques>.

³⁰ Bureau du vérificateur général du Canada. *Les dossiers de santé électroniques au Canada*, avril 2010 (consulté le 31 janvier 2014). Sur Internet : http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/parl_oag_201004_07_f.pdf.

³¹ Gouvernement du Canada. *Emplois, croissance et prospérité à long terme : le Plan d'action économique de 2013*, mars 2013 (consulté le 3 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.budget.gc.ca/2013/doc/plan/budget2013-fra.pdf>.

³² Santé Canada. *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, 16 septembre 2004 (consulté le 31 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.

³³ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Un changement transformateur s'impose : Un examen de l'Accord sur la santé de 2004*, mars 2012 (consulté le 31 janvier 2014). Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/411/soci/rep/rep07mar12-f.pdf>.

³⁴ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir*, novembre 2003 (consulté le 29 novembre 2013). Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/soci/26app-f.pdf>.