



Évaluation du Programme d'infrastructure de la cybersanté 2011-2012 à 2015-2016

Préparé par le :
Bureau de l'audit et de l'évaluation
Santé Canada et
l'Agence de la santé publique du Canada

Version traduite : En cas de divergence entre le présent texte et anglais, la
version anglaise a préséance

Mars 2017



Table des matières

Résumé	i
Réponse et plan d'action de la direction.....	v
1.0 Objectif de l'évaluation.....	1
2.0 Description du programme	1
2.1 Contexte du programme.....	1
2.2 Profil du programme.....	2
2.3 Exposé du programme	5
2.4 Harmonisation et ressources du programme.....	6
3.0 Description de l'évaluation	7
3.1 Portée, méthode et conception de l'évaluation.....	7
3.2 Limites et stratégies d'atténuation	8
4.0 Constatations	10
4.1 Pertinence : Enjeu n° 1 – Nécessité de maintenir le Programme	10
4.2 Pertinence : Enjeu n° 2 – Conformité aux priorités du gouvernement	10
4.3 Pertinence : Enjeu n° 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral.....	12
4.4 Rendement : Enjeu n° 4 – Obtention des résultats escomptés (efficacité)... ..	13
4.5 Rendement : enjeu n° 5 – Démonstration de l'efficacité et de l'économie	45
5.0 Conclusions	60
5.1 Conclusions sur la pertinence	60
5.2 Conclusions liées au rendement	61
6.0 Recommandations.....	73

Liste des tableaux

Tableau 1.	Limites et stratégies d'atténuation.....	9
Tableau 2.	Disponibilité de connexions à large bande au sein des Premières Nations financées par le Programme d'infrastructure de la cybersanté relativement à la connectivité Internet en date de mars 2016	14
Tableau 3.	Disponibilité de connexions à large bande au sein des Premières Nations financées par le Programme d'infrastructure de la cybersanté relativement à la connectivité Internet disposant de postes infirmiers en date de mars 2016 ⁹¹ ,	14
Tableau 4.	Nombre de collectivités des Premières Nations disposant de Panorama comme système d'information sur la santé publique.....	16
Tableau 5.	Nombre de collectivités des Premières Nations disposant d'un système d'information sur la santé publique qui n'est pas Panorama	16
Tableau 6.	Nombre de collectivités des Premières Nations avec postes de soins infirmiers financés par le Programme d'infrastructure de la cybersanté disposant de Panorama comme système d'information sur la santé publique	16

Tableau 7.	Nombre de collectivités des Premières Nations avec postes de soins infirmiers financés par le Programme d'infrastructure de la cybersanté disposant d'un système d'information sur la santé publique qui n'est pas Panorama.....	17
Tableau 8.	Nombre de collectivités des Premières Nations ayant accès aux dossiers médicales électroniques.....	20
Tableau 9.	Nombre de collectivités des Premières Nations ayant accès à un dossier de santé électronique provincial.....	20
Tableau 10.	Nombre de collectivités des Premières Nations avec postes de soins infirmiers financés par le Programme d'infrastructure de la cybersanté ayant accès aux dossiers médicaux électroniques.....	20
Tableau 11.	Nombre de collectivités des Premières Nations avec postes de soins infirmiers financés par le Programme d'infrastructure de la cybersanté ayant accès à un dossier de santé électronique provincial	21
Tableau 12.	Nombre de sites de télésanté financés par le Programme d'infrastructure de la cybersanté dans les collectivités des Premières Nations	22
Tableau 13.	Nombre de sites de télésanté financés par le Programme d'infrastructure de la cybersanté dans les collectivités des Premières disposant de postes de soins infirmiers.....	22
Tableau 14.	Nombre de séances éducatives en télésanté.....	26
Tableau 15.	Nombre de séances administratives en télésanté.....	26
Tableau 16.	Nombre de séances cliniques de télésanté.....	31
Tableau 17.	Budgets annuels du Programme d'infrastructure de la cybersanté par exercice (\$)	48
Tableau 18.	Dépenses annuelles du Programme d'infrastructure de la cybersanté (valeurs réelles) par région par exercice (\$).....	50
Tableau 19.	Dépenses annuelles du Programme d'infrastructure de la cybersanté (dépenses réelles) par code financier, par exercice.....	52
Tableau 20.	Évitement des coûts attribuable aux séances cliniques de télésanté – Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Ontario, exercice 2015-2016.....	56
Tableau 21.	Évitement des coûts liés aux déplacements nécessaires du point de vue médical attribuables aux séances cliniques de télésanté - Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Ontario, exercice 2015-2016	57

Lise des figures

Figure 1.	Composantes et éléments de la cybersanté.....	5
Figure 2.	Principaux types de séances cliniques de télésanté, tels qu'indiqués par Keewaytinook Okimakanak ehealth Telemedicine Services pour l'exercice 2015-2016	32
Figure 3.	Politique et règlement pouvant s'appliquer aux solutions de télésurveillance.....	39

Liste des acronymes

AANC	Affaires autochtones et du Nord Canada
AC	Administration centrale
ACES	Services de génie clinique de l'Alaska
ACRRM	Collège australien de médecine rurale et à distance
AeHN	Réseau de cybersanté de l'Alaska
AFHCAN	Réseau fédéral d'accès aux soins de santé de l'Alaska
Alb.	Alberta
ANTHC	Consortium de santé tribale autochtone de l'Alaska
APN	Assemblée des Premières Nations
ARK	Administration régionale Kativik
Atl.	Atlantique
C.-B.	Colombie-Britannique
CEPN	Conseil en éducation des Premières Nations
CHIP	Community Health and Immunization Program
CLSC	Centres locaux des services communautaires
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
CTAAM	Centre de traitement des adolescents et adolescents du Manitoba
CTHFSPN	Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières Nations
DBIS	Direction des biens immobiliers et de la sécurité
DCII	Division de la capacité, de l'infrastructure et de l'imputabilité
DGDPF	Direction générale du dirigeant principal des finances
DGIS	Direction de la gestion de l'information et des systèmes
DGSG	Direction générale des services de gestion
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
DME	Dossier médical électronique
DSE	Dossier de santé électronique
DSGI	Direction des services de gestion de l'information
DSCIT	Direction des services aux clients internes et de la transition
FPT	Fédéral, provincial et territorial
FSI	Fournisseur de services Internet
GCST	Groupe consultatif sur les services techniques
HCOM	Health Co-Management
HIE	Health Information Exchange
Inforoute	Inforoute Santé du Canada
Î.-P.-É.	Île-du-Prince-Édouard
ISDEC	Innovation, Sciences et Développement économique Canada
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
KOeTS	Keewaytinook Okimakanak ehealth Telemedicine Services

Man.	Manitoba
M-santé	Santé mobile
N.-B.	Nouveau-Brunswick
N.-É.	Nouvelle-Écosse
NITHA	Northern Inter-Tribal Health Authority
NLCHI	Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador
Ont.	Ontario
PASIS	Plan d'action stratégique sur l'infrastructure de la santé
PCAP	Propriété, contrôle, accès et possession
PESI	Programme des établissements de santé et immobilisations
PIC	Programme d'infrastructure de la cybersanté
POG	Plan opérationnel de gestion
Qc	Québec
RL	Réseau local
RPP	Rapports sur les plans et les priorités
RTO	Réseau Télémédecine de l'Ontario
Sask.	Saskatchewan
SISP	Systèmes d'information sur la santé publique
SPC	Services partagés Canada
SSDSPNM	Nanaandawewigamig – Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba
SSNA	Services de santé non assurés
SUS	Système de santé unifié
TI	Technologie de l'information
TIC	Technologies de l'information et des communications
T.-N.-L.	Terre-Neuve-et-Labrador

Résumé

La présente évaluation porte sur les activités du Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC) de Santé Canada pour la période allant de 2011-2012 à 2015-2016. Elle découle du paragraphe 42.1 (1) de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (1985), lequel exige que chaque ministère procède à un examen quinquennal de chaque programme en cours relevant de sa responsabilité afin d'en évaluer la pertinence et l'efficacité. Selon la Politique sur les résultats du Conseil du Trésor (2016), un tel examen constitue une évaluation.

À la lumière des résultats de l'évaluation, le PIC répond toujours à un besoin fondamental et manifeste et correspond aux priorités ainsi qu'aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral. Il a contribué dans une vaste mesure à accroître l'accès à la prestation des soins primaires par les collectivités des Premières Nations et a dépassé bon nombre de ses objectifs quant au déploiement des technologies et des outils d'infrastructure de la cybersanté. Il a permis aux Premières Nations et aux fournisseurs de services de soins de santé d'améliorer leurs compétences et noué des partenariats plurigouvernementaux pour assurer l'intégration des services de santé. Il existe encore de nombreuses possibilités d'amélioration (notamment sur le plan de la connectivité à large bande, du soutien des TI, de l'état de préparation des établissements de santé à l'égard des technologies de cybersanté, de la capacité et de la sensibilisation locales, des systèmes interexploitables, de l'utilisation de la télésanté et du déploiement de la santé mobile). Les recommandations découlant de l'évaluation visent à soutenir le PIC dans son travail continu à ce chapitre.

But et portée de l'évaluation

L'évaluation porte sur les activités, notamment tous les éléments et composants de la cybersanté du PIC, qui se sont déroulées du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2016. Le seul domaine d'exclusion est l'évaluation de tout service transféré à la Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique en juillet 2013, conformément à l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations* et les accords auxiliaires, qui feront prochainement l'objet d'une évaluation distincte.

L'évaluation a été menée conformément à la *Politique sur les résultats* du Conseil du Trésor (2016) et elle a tenu compte des éléments fondamentaux énoncés sous les thèmes de la pertinence et du rendement. Pour chaque élément fondamental, des questions précises ont été formulées à partir d'éléments du PIC, ce qui a permis d'orienter le processus d'évaluation. Une approche non expérimentale fondée sur les résultats a été utilisée pour évaluer les progrès réalisés en vue de l'obtention des résultats escomptés, pour décrire les conséquences inattendues, le cas échéant, et pour cerner les leçons à retenir.

Les données d'évaluation ont été recueillies par diverses méthodes, notamment un examen de la documentation, un examen et une analyse des données administratives, des entrevues auprès d'informateurs clés, des études de cas, un examen et une analyse des approches en matière de cybersanté à l'étranger, ainsi qu'un examen des

données financières disponibles sur le PIC. Les données ont été analysées par la triangulation de l'information recueillie selon ces diverses méthodes. Le recours à plusieurs sources de données probantes et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

Description du Programme

Le PIC, qui relève de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), vise à moderniser, à transformer, à améliorer et à soutenir les services de soins de santé dans les collectivités des Premières Nations^a. Il appuie et finance un ensemble de renseignements, d'applications, de technologies et de personnes dans le domaine de la cybersanté afin d'offrir aux Premières Nations les meilleurs services de santé possible, les meilleurs mécanismes de surveillance de la santé possible, des processus efficaces de production de rapports, de planification et de prise de décisions en matière de santé, de même que d'assurer l'intégration et la compatibilité avec d'autres systèmes de prestation de services de santé. Pour que son mandat puisse être réalisé, le PIC est exécuté dans un milieu où évoluent d'autres partenaires fédéraux, les provinces, ainsi que les collectivités et organismes régionaux des Premières Nations afin de progresser dans les diverses dimensions de la cybersanté.

La mise en œuvre du PIC est une responsabilité partagée entre l'administration centrale du PIC à Ottawa et six bureaux régionaux : la région de l'Atlantique (qui comprend la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et le Nouveau-Brunswick), le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta.

Conclusions – Pertinence

Besoin continu du PIC

Le PIC continue de répondre à un besoin fondamental et manifeste d'améliorer l'état de santé des membres des Premières Nations. Plus particulièrement, il permet d'offrir à ces derniers des services de cybersanté, de réduire le temps et les coûts de déplacement ainsi que l'éloignement de la famille et de la collectivité. En mettant les patients en relation avec des spécialistes pour les examens diagnostiques et les suivis, le PIC contribue à réduire l'écart d'accès aux services de soins de santé dispensés aux Premières Nations par rapport à la population générale dans les provinces. La cybersanté permet également une meilleure continuité des soins en facilitant l'échange de renseignements entre les fournisseurs de soins de santé dans les réserves et hors de celles-ci, à l'appui d'une meilleure évaluation des soins et d'une meilleure prise de décisions.

^a Bien que l'orientation stratégique du PIC s'applique aux collectivités inuites (c.-à-d. dans la définition des composantes de l'infrastructure), le PIC vise principalement les réserves des Premières Nations du point de vue du financement et de la prestation de soins.

Conformité aux priorités du gouvernement

Le PIC cadre avec les priorités du gouvernement, lesquelles englobent le fait de suivre le rythme de la technologie et de l'innovation, de relever les défis du système de santé, d'examiner la réforme du système et d'établir de bonnes relations avec les peuples autochtones. Les objectifs du PIC sont harmonisés avec les priorités de Santé Canada et comprennent les objectifs stratégiques de la DGSPNI, à savoir assurer la disponibilité de services de santé de qualité et leur accès, favoriser un contrôle accru du système de santé par les Premières Nations et les Inuits et soutenir l'amélioration des programmes et des services de santé des Premières Nations grâce à l'amélioration de l'intégration et de l'harmonisation avec les systèmes de santé fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT).

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le PIC cadre bien avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral. Bien que Santé Canada ait la responsabilité globale d'élaborer et de mettre en œuvre le PIC, de même que de s'assurer que les fonds sont affectés de manière adéquate et dépensés conformément aux lignes directrices et aux critères établis, la DGSPNI a pour rôle d'intégrer les systèmes de santé fédéraux et provinciaux au profit des Premières Nations et de renforcer la capacité des services de santé des collectivités des Premières Nations à répondre à leurs propres besoins en matière de santé.

Conclusions – Rendement

Obtention des résultats escomptés (efficacité)

Résultats immédiats

Selon l'évaluation, les collectivités des Premières Nations et les fournisseurs de soins de santé ont accès aux technologies de cybersanté. Par exemple, le PIC a dépassé sa cible pour la connectivité à large bande; cependant, bien que toutes les bandes des Premières Nations financées par le PIC disposent d'une connectivité Internet, la fiabilité de la bande passante et de la connexion est variable. Le PIC a aussi dépassé ses cibles en ce qui concerne la mise en œuvre des systèmes d'information sur la santé publique (SISP) et des dossiers médicaux électroniques (DME) et dossiers de santé électroniques (DSE). La télésanté continue de prendre de l'expansion, mais son acceptation et son utilisation se sont avérées inégales parmi les collectivités éloignées ou isolées ou les deux. La santé mobile (m-santé) semble prometteuse, mais en est encore à ses tout débuts.

Le PIC a permis aux Premières Nations, au personnel de la DGSPNI et aux fournisseurs de soins de santé d'améliorer leurs compétences et leurs connaissances en leur donnant l'occasion de participer à des séances administratives et éducatives de télésanté sous diverses formes. Les séances éducatives de télésanté offertes aux membres des Premières Nations et aux fournisseurs de soins de santé ont permis à

ces derniers d'acquérir des renseignements et des connaissances sur un certain nombre de domaines liés à la santé, notamment l'information sur le diabète, la sensibilisation aux drogues, la santé de la population, la planification de la santé communautaire, la mise au point et la mesure d'indicateurs de la santé, la surveillance de la santé publique, la gestion de l'information sur la santé, ainsi que la formation sur le nouvel équipement dans le secteur de la santé. Les données disponibles indiquent que les séances éducatives de télésanté parmi les travailleurs de la santé de première ligne, le personnel et les collectivités sont utiles et efficaces.

Grâce au PIC, des partenaires et des intervenants ont collaboré à la planification intégrée des technologies de cybersanté en ayant recours à un certain nombre de mécanismes de concertation multipartites. Sur le plan de l'harmonisation, le personnel du PIC collabore avec les représentants des Premières Nations et les représentants fédéraux et provinciaux à l'intégration des services de santé en cernant les possibilités et en établissant activement des partenariats plurigouvernementaux.

Résultats intermédiaires

Les Premières Nations et les fournisseurs de soins de santé utilisent les technologies de cybersanté pour la prestation des services de soins de santé. Des séances de télésanté clinique portant sur plusieurs sujets sont présentées dans de nombreuses collectivités des Premières Nations. Le PIC a dépassé sa cible de présentation de séances cliniques aux collectivités des Premières Nations par l'intermédiaire de la télésanté. Ces séances ont porté sur une multitude de spécialités cliniques.

Il est possible d'augmenter les efforts de collaboration et d'intégration avec les organisations régionales des Premières Nations et les organismes fédéraux, soit Santé Canada, Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC) et Innovation, Sciences et Développement économique Canada (ISDEC), ainsi qu'au sein de Santé Canada. Ces efforts pourraient contribuer à une connectivité Internet et une bande passante accrues et plus stables, et ainsi permettre la présentation de séances cliniques de télésanté dans les collectivités des Premières Nations éloignées ou isolées ou les deux. Il faut aussi s'attaquer aux problèmes associés aux TI à l'aide d'une approche de soutien axée sur la clientèle qui définit clairement les rôles et les responsabilités de tous les partenaires, c.-à-d. le PIC, la Direction des services de gestion de l'information (DSGI) de la Direction générale des services de gestion (DGSG) de Santé Canada et Services partagés Canada (SPC). Cela aurait pour effet de favoriser l'intégration de la cybersanté à la prestation des soins de santé primaire et publique dans les collectivités des Premières Nations.

En outre, l'élaboration de normes et de lignes directrices sur les exigences en matière de réseau, de connectivité et de bande passante en lien avec chaque composante de la cybersanté serait avantageuse, tout comme le seraient la planification intégrée et la réfection des établissements de santé de manière à tenir compte de la cybersanté et de ses composantes.

Des activités de promotion parmi les membres, les familles et les collectivités des Premières Nations ainsi que les professionnels de la santé pourraient augmenter l'adoption de la télésanté dans certaines collectivités isolées ou éloignées ou les deux,

en plus d'offrir un plus grand soutien sur le terrain (p. ex. coordonnateurs en télésanté). Un soutien accru à la m-santé, qui consisterait à aider les collectivités à relever les défis associés à la connectivité et à la sécurité des communications, pourrait favoriser l'adoption des technologies.

Des technologies de cybersanté interexploitables ont été implantées dans les collectivités des Premières Nations. La mise en œuvre des SISP et des dossiers électroniques a dépassé les cibles. Néanmoins, les SISP interexploitables et les dossiers électroniques en sont à différentes étapes de mise en œuvre dans les provinces et les collectivités des Premières Nations. En dépit des progrès accomplis, il reste plusieurs problèmes juridiques, législatifs et logistiques à régler qui ne relèvent pas uniquement du Programme. Par exemple, absence d'harmonisation entre les mesures législatives fédérales et provinciales touchant la vie privée qui influent sur l'accès des infirmières régies par le gouvernement fédéral et les Premières Nations aux renseignements sur les patients dans les systèmes provinciaux; connectivité et bande passante adéquates; prolifération des systèmes de dossiers électroniques non interexploitables; clarification de la responsabilité liée à la rémunération des médecins découlant de la prestation de services de cybersanté et versement d'un financement adéquat ou permanent.

Bien qu'une méthode de mise en œuvre des DME ait été élaborée par le PIC, l'interopérabilité des systèmes provinciaux reste un grand défi et est en grande partie hors du contrôle du Programme. Une collaboration accrue est nécessaire pour accroître la participation et l'harmonisation des gouvernements fédéral et provinciaux et des collectivités des Premières Nations. L'harmonisation des lois fédérales et provinciales sur la protection de la vie privée et l'établissement d'un terrain d'entente pour favoriser la collaboration entre toutes les parties contribueraient à surmonter les obstacles.

De solides partenariats avec des organismes qui connaissent les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP), comme Inforoute Santé du Canada, peuvent contribuer à accroître le degré de sensibilisation et la volonté d'intégrer les données sur la santé au sein de nombreuses collectivités des Premières Nations isolées ou éloignées ou les deux. De façon générale, ces collectivités ne profitent pas de la direction offerte par de solides organismes régionaux des Premières Nations (p.ex. collectivités situées dans le sud de la Saskatchewan, celles non visées par les services de télémédecine de cybersanté Keewatino Okimakanak, c'est-à-dire Keewatino Okimakanak ehealth Telemedicine Services, ou KOeTS, en Ontario et de nombreuses collectivités au Canada atlantique).

Pour ce qui est des possibilités d'augmenter l'efficacité de mise en œuvre des technologies interexploitables de cybersanté, il serait souhaitable d'atteindre les objectifs fédéraux et provinciaux d'aide aux Premières Nations, qui ont été convenus d'un commun accord, en choisissant des solutions qui conviennent aux besoins des Premières Nations tout en assurant l'interopérabilité avec les systèmes provinciaux. De plus, un processus d'évaluation de la collectivité systématique et coordonné visant à déterminer l'état de préparation de la composante de la cybersanté, la capacité technique de la collectivité (p. ex. les ressources humaines), la formation et les infrastructures disponibles ou nécessaires permettrait d'accroître les chances de réussite de la mise en œuvre.

Résultats à long terme

L'accessibilité et la qualité des services de santé se sont améliorées pour les membres, les familles et les collectivités des Premières Nations au cours des cinq dernières années. Dans l'ensemble des régions, les composantes de la cybersanté sont offertes aux fournisseurs de soins de santé fédéraux et des Premières Nations afin de permettre un accès opportun aux services de santé, tout en permettant aux fournisseurs de soins de dialoguer avec les patients et d'améliorer la qualité des soins. La télésanté clinique contribue à accroître l'accès et le nombre de services de santé disponibles dans les collectivités des Premières Nations. Les séances éducatives de télésanté sont perçues comme étant utiles pour la formation des fournisseurs de soins de santé et pour la promotion de la santé ainsi que la prévention des maladies dans les collectivités des Premières Nations. Même si de nombreux exemples attestent d'un accroissement de l'accès, de la qualité et de la sécurité, il faudrait relever, analyser et consigner systématiquement l'expérience des utilisateurs envers les diverses composantes de la cybersanté afin d'évaluer régulièrement les niveaux de satisfaction et de cerner les domaines qui nécessitent des améliorations.

La cybersanté a également entraîné une amélioration de la planification, de la surveillance et de la présentation de données sur la santé dans les collectivités des Premières Nations, même s'il existe d'autres améliorations possibles dans l'ensemble des collectivités, plus particulièrement au plan de la disponibilité de personnel compétent affecté à la collecte et à l'analyse régulière des données à l'aide d'un ensemble d'indicateurs communs dans les régions et entre les régions.

Les fournisseurs de soins de santé ont accès aux systèmes provinciaux d'information sur la santé dans les collectivités des Premières Nations et ils les utilisent. Les utilisateurs des systèmes ayant été mis en œuvre sont d'avis que ceux-ci sont utiles pour la planification et la gestion des soins de santé destinés aux membres, aux familles et aux collectivités des Premières Nations. Par exemple, les infirmières estiment qu'elles peuvent, dans les régions où sont déployés des modules de répertoire des immunisations et de vaccins, offrir de meilleurs soins aux patients. Les SISP et les dossiers électroniques favorisent une meilleure gestion des cas, une sécurité accrue des patients et la prise de décisions éclairées par les fournisseurs de soins de santé.

Démonstration de l'efficacité et de l'économie

Les données révèlent que l'utilisation des ressources dans le cadre du PIC en vue de produire des extrants et de s'approcher des résultats escomptés est efficace et économique. Les objectifs du PIC sont communiqués activement, tandis que les projets, les composantes de la cybersanté et les priorités et besoins régionaux sont harmonisés.

Efficiences

Malgré les efforts pour maintenir l'harmonisation et vu l'évolution rapide du contexte de la cybersanté, il est difficile pour le PIC de suivre la situation à l'échelle régionale et nationale. Il est donc nécessaire d'effectuer régulièrement des analyses de la

conjoncture de la technologie et de la collectivité afin d'orienter les lignes directrices du PIC. En outre, lorsque des décisions sont prises au sujet de la bande passante ou des solutions pour l'interopérabilité des systèmes entre les Premières Nations et les provinces, des facteurs contextuels régionaux et infrarégionaux devraient être examinés afin d'établir ce qui convient le mieux aux collectivités. Dans ce contexte, il peut se révéler nécessaire de réexaminer le Plan d'action stratégique de l'infrastructure de la santé (PASIS) pour s'assurer qu'il tient compte d'une approche locale.

Actuellement, divers plans de projet et modèles d'évaluation de l'état de préparation sont utilisés dans les régions. Même si, en principe, une évaluation rigoureuse est effectuée en fonction de critères, de listes de vérification et de comités spéciaux, l'adoption d'une approche d'évaluation de projet plus cohérente et mieux planifiée contribuerait à des gains d'efficience accrus et à des économies d'échelle plus importantes.

Économie

Les dépenses au titre du PIC durant les cinq années de l'évaluation ont varié entre 22 et 25 millions de dollars annuellement, à l'exception de l'année 2012-2013 qui affiche le montant le plus élevé de dépenses, soit 30 millions de dollars. Dans le cadre du PIC, les coûts évités en raison de la présentation de séances de télésanté clinique dans quatre régions (pour lesquelles des données étaient disponibles) en 2015-2016 ont été estimés à environ 11,7 millions de dollars. Les coûts évités en raison des séances de télésanté clinique (qui auraient été considérées comme nécessaires sur le plan médical par les services de santé supplémentaires au titre du Programme des services de santé non assurés) offertes dans les mêmes régions et durant le même exercice ont été estimés à environ 6,5 millions de dollars.

Les données probantes laissent entrevoir la nécessité d'un horizon de financement de trois à cinq ans afin de réaliser des efficacités découlant de la mise en œuvre à plus long terme des diverses composantes technologiques de la cybersanté. La gestion actuelle du financement d'une année à l'autre peut créer un manque d'efficience attribuable à la mise en œuvre fragmentaire à court terme (p. ex. équipement acheté, mais non utilisé). Le plan à long terme devrait être fondé sur une analyse robuste visant à déterminer les collectivités à aider en premier afin de combler des besoins de base (connectivité Internet et formation visant l'acquisition de capacités), puis la manière de procéder à la mise en place des composantes du PIC (p. ex. dossiers électroniques, SISP, télésanté, m-santé). Le plan prévoirait aussi du financement pour l'innovation et la mise à jour en continu de l'équipement.

Un autre aspect du financement et de la planification comporterait la participation des partenaires aux tables multilatérales pour déterminer des sources de financement parallèles (p. ex. autres ministères fédéraux ou soutien provincial). Voici quelques exemples : la participation d'Inforoute à la mise en œuvre du PIC dans certaines collectivités des Premières Nations, le recours au Fonds d'intégration des services de santé (FISS), l'établissement d'un partenariat avec AANC pour partager la connectivité avec des écoles ou se tourner vers la fibre optique, etc. Cette approche pourrait être élargie pour soutenir l'innovation. En outre, il faut élaborer un plan sur la façon

d'intervenir à l'égard des collectivités qui ne peuvent pas compter sur un organisme solide pour les défendre ou un organisme régional pour les diriger (comme le Technical Services Advisory Group [TSAG], la Northern Inter-Tribal Health Authority [NITHA], le Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba [SSDSPNM], la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL], le Centre de dépannage des Premières Nations du Canada atlantique et Télésanté KO), et qui accusent peut-être du retard en matière de cybersanté.

Mesure du rendement

La collecte et la présentation de données se sont améliorées pendant la période faisant l'objet de l'évaluation, en particulier au cours des trois dernières années. Il y a lieu d'améliorer la collecte et la présentation de données en temps opportun et de façon cohérente dans toutes les régions, les collectivités et tous les établissements de santé. Le fait d'utiliser des définitions claires des données et de se concentrer sur les collectivités financées par le PIC aiderait à assurer la qualité des données.

La collecte et l'analyse systématiques des données à intervalles opportuns comportent de nombreux avantages. Il est entendu que quelques collectivités, organismes régionaux des Premières Nations et même certains bureaux régionaux associés au PIC peuvent ne pas avoir la capacité sur le terrain pour exécuter ces activités. L'une des considérations clés de l'établissement d'un système de mesure du rendement est d'examiner la faisabilité d'obtenir les données requises compte tenu de la capacité sur le terrain. Il est proposé dans l'évaluation un certain nombre d'indicateurs dont certains sont déjà utilisés par le PIC, qui serviraient à améliorer la collecte et l'analyse des données afin d'étayer les décisions futures touchant le Programme, y compris les besoins de financement.

Recommandations

Le travail supplémentaire effectué dans le cadre du PIC dans les divers domaines de la cybersanté a contribué à l'obtention de ses résultats. Bien que le PIC ait respecté ou surpassé la plupart de ses principaux objectifs, les recommandations suivantes cernent les domaines dans lesquels la poursuite des efforts aidera les responsables du PIC à continuer leur travail en vue d'assurer à long terme le déploiement et le maintien de l'infrastructure numérique, pour ainsi en faire profiter les membres, les familles et les collectivités des Premières Nations.

Recommandation 1. Renforcer les partenariats, la collaboration et l'intégration avec les partenaires et les intervenants afin de continuer à améliorer la connectivité Internet en vue d'offrir un accès équitable aux collectivités des Premières Nations mal desservies.

Connectivité à large bande

Le déploiement d'efforts coordonnés et axés sur la collectivité avec les partenaires du PIC et les intervenants, tels que les organismes régionaux des Premières Nations, AANC, ISDEC, les gouvernements provinciaux et l'industrie privée, permettrait au PIC de tirer profit des activités établies ou prévues, de favoriser la normalisation en assurant une bande passante adéquate pour les composantes de la cybersanté, ainsi que de déterminer les besoins en large bande des collectivités des Premières Nations et le financement disponible de diverses sources afin de s'attaquer aux problèmes de connectivité Internet.

Exigences relatives aux composantes de la cybersanté

Il serait utile pour le PIC que les exigences en matière de large bande pour les composantes de la cybersanté soient cernés et définis afin de cerner les lacunes sur le plan des services. Ces exigences seraient fondées sur des lignes directrices techniques normalisées pour chaque composante de la cybersanté (p. ex. dossiers électroniques, SISP, télésanté), de manière harmonisée avec les normes provinciales, le cas échéant. L'évaluation de l'état de préparation à la cybersanté d'un établissement de santé en fonction de ces exigences et d'autres exigences liées à l'infrastructure (p. ex. modules d'extension pour l'équipement de télésanté dans les salles d'urgence, acoustique des salles/protection de la vie privée, réseau local et état du matériel connexe) permettrait au PIC de cerner les améliorations nécessaires, le cas échéant.

Recommandation 2. Poursuivre les travaux entrepris avec les partenaires en vue de régler les problèmes liés aux TI et aux établissements de santé pour permettre aux professionnels de la santé (personnel infirmier) d'intégrer les outils de cybersanté au mécanisme de prestation des soins primaires et des soins de santé publique.

Rôles et responsabilités liés au soutien des TI et à l'infrastructure des établissements de santé

Il serait utile de clarifier les rôles et les responsabilités des partenaires à l'intérieur et à l'extérieur de Santé Canada (p. ex. organismes des Premières Nations, PIC, Programme des établissements de santé et immobilisations, DSGI, SPC) et d'établir des mécanismes axés sur les clients pour faire en sorte que les problèmes de TI éprouvés par les travailleurs de la santé (p. ex. personnel infirmier) soient réglés en temps opportun. Cela aurait pour effet d'encourager l'adoption de la cybersanté et son intégration dans la prestation des soins primaires et des soins de santé publique. La

collaboration actuelle de la DGSPNI et de la DSGI pour améliorer le soutien informatique aux employés de la DGSPNI dans les collectivités éloignées ou isolées ou les deux devrait se poursuivre afin de cerner les rôles et responsabilités et, éventuellement, les problèmes d'infrastructure des établissements de santé. De plus, le manque d'infrastructure et de soutien des TI pour les établissements de santé transférés des Premières Nations devrait être périodiquement évalué en vue d'une utilisation durable des applications de la cybersanté.

Recommandation 3. Travailler en étroite collaboration avec les gouvernements provinciaux, les partenaires fédéraux (p. ex. Inforoute) ainsi qu'avec les organismes régionaux et les collectivités des Premières Nations afin d'intégrer davantage les démarches visant à rendre interexploitables, efficaces et efficaces les dossiers électroniques et les SISP par l'élimination des obstacles juridictionnels, législatifs et logistiques.

Lois fédérales et provinciales relatives à la protection de la vie privée

La collaboration entre les partenaires fédéraux et provinciaux devrait être axée sur la définition de solutions d'échange des renseignements afin de régler les problèmes d'accès du personnel infirmier relevant du gouvernement fédéral et des Premières Nations aux données sur les patients dans les SISP et les dossiers électroniques provinciaux. C'est un problème de haute priorité qu'il faut régler avec la plupart des provinces.

Ententes relatives à l'échange de données

La mise en œuvre efficace d'ententes d'échange de données nécessite une mobilisation soutenue des Premières Nations et des partenaires provinciaux et fédéraux afin de relever les défis que posent les systèmes interexploitables. Cette mobilisation contribuerait à faire progresser les travaux touchant l'harmonisation avec les systèmes provinciaux et la protection de la vie privée ainsi que l'intégration à grande échelle des principes de PCAP dans les ententes d'échange de données afin de s'assurer que les données sur la santé peuvent être échangées d'une façon qui répond aux besoins de toutes les parties. La résolution des problèmes d'échange de données et de protection de la vie privée contribuerait non seulement à fournir des soins de santé continus dans les réserves et hors de celles-ci, mais aussi à surmonter les difficultés liées à la facturation des professionnels de la santé.

Harmonisation de la vision des gouvernements fédéral et provinciaux

La définition d'une vision coordonnée et d'un partenariat concernant les systèmes de cybersanté avec les collectivités des Premières Nations et les gouvernements provinciaux contribuerait à atteindre les objectifs communs fondés sur un terrain d'entente concernant les nouvelles technologies. Cela permettrait, en retour, d'établir des échéanciers réalistes pour la mise en œuvre des composantes de la cybersanté qui comporterait une utilisation optimale des ressources limitées tout en assurant une satisfaction à l'égard de la mise en œuvre.

Recommandation 4. Continuer d'encourager les collectivités des Premières Nations à améliorer leurs connaissances, leurs capacités et leur contrôle quant à la prestation de leurs services de soins de santé et à l'utilisation des données sur la santé à l'appui de la prise de décisions fondées sur des données probantes.

Promotion

La promotion des pratiques exemplaires et des modèles à suivre concernant la mise en œuvre des diverses composantes de la cybersanté (dossiers électroniques, SISP, télésanté et m-santé) favoriserait la capacité en cybersanté et son adoption. D'autres avantages découleraient de l'échange des résultats positifs des partenariats avec les organismes régionaux des Premières Nations, comme le SSDSPNM, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, la NITHA, le TSAG, Télésanté KO et le First Nations Help Desk du Canada atlantique (Centre de dépannage des Premières Nations du Canada atlantique). Les collectivités des Premières Nations qui connaissent peu le PIC ou qui ne peuvent miser sur un solide chef de file ou un champion à l'échelle régionale peuvent avoir besoin de soutien ou d'encouragement pour unir leurs efforts et demander à un organisme régional des Premières Nations d'assumer la direction de la cybersanté pour leur compte.

Évaluations de l'état de préparation

En partenariat avec les organismes régionaux et les collectivités des Premières Nations, l'élaboration et la mise en œuvre d'un processus d'évaluation systématique, coordonné et cohérent de la collectivité visant à déterminer l'état de préparation relatif à la composante de cybersanté et les capacités techniques de la collectivité (p. ex. travailleurs des TI, personnel chargé de l'infrastructure des données, personnel infirmier, coordonnateurs de la télésanté, spécialistes des données) contribueraient à définir la formation et l'infrastructure nécessaires pour renforcer les capacités, ainsi que mettre en œuvre et tenir à jour les composantes de la cybersanté de façon efficace.

Renforcement des capacités

L'augmentation sur le terrain de la capacité des professionnels de la santé et du personnel des établissements de santé à utiliser les outils de cybersanté peut améliorer la prestation des soins primaires et des soins de santé publique (p. ex. formation

continue du personnel infirmier pour lui montrer comment utiliser l'équipement de télésanté). De plus, la poursuite des efforts visant à augmenter le nombre de coordonnateurs de cybersanté/télésanté contribuerait à appuyer et à promouvoir la télésanté et les autres composantes de la cybersanté (p. ex. dossiers électroniques, SISP et m-santé).

Stratégie de collaboration

Une analyse régulière de la conjoncture de la technologie et de la collectivité, dans les contextes régionaux et infrarégionaux, contribuerait à orienter les lignes directrices du PIC concernant l'ensemble des composantes de la cybersanté. La réévaluation du PASIS, en collaboration avec les organismes régionaux et les collectivités des Premières Nations, ferait en sorte que le plan d'action soit le fruit d'un processus équilibré, ascendant (à partir de la base) et descendant.

Recommandation 5. Dans toutes les régions et au fil du temps, améliorer la collecte et l'analyse de données sur les indicateurs de rendement clés en établissant un système de mesure du rendement du PIC qui tient compte de la capacité sur le terrain.

Il serait utile de déterminer des indicateurs clés, comme ceux mentionnés dans la présente évaluation, et d'établir des définitions cohérentes parmi les régions et les entités de collecte des données afin d'améliorer la collecte des données. L'établissement de définitions claires et d'un cycle de communication des données favoriserait l'exécution d'analyses précises et régulières pour éclairer la prise de décisions en temps opportun.

Recommandation 6. Élaborer un plan à long terme assez souple pour tenir compte des innovations technologiques ainsi qu'une stratégie de financement correspondante pour le PIC.

L'élaboration, de concert avec les projets technologiques, d'un plan à long terme et d'un aperçu du financement qui appuient entièrement tous les aspects de la mise en œuvre et de la durabilité, y compris la capacité, la formation et la bande passante, contribuerait à l'établissement de la vision à long terme du PIC. Une partie de cet exercice consisterait à déterminer les collectivités à aider en premier afin de combler leurs besoins de base, notamment la connectivité Internet et la formation visant l'acquisition de capacités, sans oublier la façon d'assurer la croissance des composantes du PIC (p. ex. dossiers électroniques, SISP, télésanté, m-santé).

L'intégration des allocations liées aux innovations permettrait au plan de croître au rythme des avancées technologiques, comme la connectivité sans fil, la sécurité des bandes passantes et des données; le développement technologique en m-santé et en télésanté personnelle (p. ex. par l'intermédiaire des ordinateurs portables et des tablettes), les technologies de stockage et de diffusion en continu propres aux séances éducatives et la mise en jour permanente de l'équipement.

Réponse et plan d'action de la direction (ou réponse de la direction)

Évaluation du Programme d'infrastructure de la cybersanté de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits 2011-2012 à 2015-2016

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation énoncée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Indiquer les principaux livrables	Indiquer l'échéancier relatif à la mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables	Indiquer les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, ainsi que leur source (budget supplémentaire ou budget existant)
Recommandation 1 Renforcer les partenariats, la collaboration et l'intégration avec les partenaires et les intervenants afin de continuer à améliorer la connectivité Internet en vue d'offrir un accès équitable aux collectivités des Premières Nations mal desservies.	La direction accepte la recommandation.	<p>Le PIC collabore avec ses partenaires et ses intervenants pour améliorer la connectivité à large bande des collectivités des Premières Nations.</p> <p>Reconnaissant l'importance du partenariat, la DGSPNI a lancé le projet de connectivité des établissements de santé des Premières Nations afin de mieux comprendre les besoins en connectivité des établissements de santé dans les réserves dans 6 régions (Atlantique, Québec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan et Alberta).</p> <p>Le projet lie les principaux partenaires, le bureau national du PIC, les bureaux régionaux du PIC, la Direction des services aux clients internes et de la transition (DSCIT) de la DGSPNI, le programme Établissements de santé de la DGSPNI, la Direction de la gestion de l'information et des systèmes (DGIS), la Direction générale des services de</p>	<p>1.1 Profils de site pour chaque établissement concerné</p> <p>1.2 Rapport d'analyse sur les lacunes en matière de connectivité</p>	<p>1.1 Septembre 2017</p> <p>1.2 Novembre 2017</p>	Directeur exécutif, DCII, DGSPNI	Budget existant

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation énoncée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Indiquer les principaux livrables	Indiquer l'échéancier relatif à la mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables	Indiquer les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, ainsi que leur source (budget supplémentaire ou budget existant)
		gestion (DGSG), la Direction des biens immobiliers et de la sécurité (DBIS) de la DGSG et Services partagés Canada. Le projet déterminera l'état de connectivité actuel en : - saisissant l'information dans un modèle pour déterminer les exigences clés de chaque établissement concerné et en créant un profil de site pour chaque établissement concerné à l'aide de l'information recueillie.				
Recommandation 2 <i>Poursuivre les travaux avec entrepris les partenaires en vue de régler les problèmes liés aux TI et aux établissements de santé pour permettre aux professionnels de la santé (personnel infirmier) d'intégrer les outils de cybersanté au mécanisme de prestation des soins primaires et des</i>	La direction accepte la recommandation.	Le PIC travaille avec des partenaires de Santé Canada et de Services partagés Canada pour renforcer leur collaboration en vue d'améliorer la prestation des soins de santé primaires grâce à l'utilisation d'outils de la cybersanté. Plus précisément, le programme participe activement au soutien des TI du Groupe de travail sur le personnel infirmier de la DGSPNI, dirigé conjointement par la DGIS de la DGSG et la DSCIT de la DGSPNI, à l'appui de l'examen supplémentaire de l'infrastructure des TI et du soutien au personnel infirmier travaillant dans des endroits éloignés et isolés où les services de soins de santé primaires	2.1 Élaboration d'un modèle qui offrira un soutien plus simple au personnel infirmier	2.1 Mars 2018	Directeur exécutif, DCII, DGSPNI Directeur exécutif, DSCIT, DGSPNI	Budget existant

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation énoncée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Indiquer les principaux livrables	Indiquer l'échéancier relatif à la mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables	Indiquer les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, ainsi que leur source (budget supplémentaire ou budget existant)
soins de santé publique.		sont dispensés par les employés de la DGSPNI.				
Recommandation 3 Travailler en étroite collaboration avec les gouvernements provinciaux, les partenaires fédéraux (p. ex. Inforoute) ainsi qu'avec les organismes régionaux et les collectivités des Premières Nations afin d'intégrer davantage les démarches visant à rendre interexploitables, efficaces et efficients les dossiers électroniques et les SISF par l'élimination des obstacles juridiques, législatifs et logistiques.	La direction accepte la recommandation.	La DGSPNI a entrepris une approche région par région avec les partenaires des gouvernements provinciaux, le cas échéant, afin de cerner les solutions d'échange de renseignements qui conviennent au contexte provincial. Le travail conjoint sur l'élaboration de plans d'action en est à ses tout débuts, et la DGSPNI collaborera avec les gouvernements provinciaux là où il existe des partenaires à cet égard. La résolution des problèmes d'échange de renseignements se traduira par une meilleure acceptation des dossiers médicaux électroniques et des systèmes d'information sur la santé publique. Les régions visées par le PIC collaborent avec des partenaires des Premières Nations, tels que l'Assemblée des Premières Nations (APN) et des organismes des Premières Nations afin de déterminer les priorités et les approches du ressort des collectivités, et d'autres partenaires, dont Inforoute Santé du Canada, à l'appui de ces priorités et de ces approches.	3.1 Plans d'action conjoints avec les partenaires provinciaux pour résoudre les problèmes touchant la vie privée 3.2 Déploiement des priorités régionales touchant la mise en œuvre des technologies de santé numériques	3.1 Mars 2019 3.2 Mars 2018	Directeur exécutif, DCII, DGSPNI Cadres régionaux, DGSPNI	Budget existant
Recommandation 4	La direction accepte la	La DGSPNI collabore avec ses partenaires nationaux et régionaux des	4.1 Outil d'évaluation de	4.1 Septembre 2017	Directeur exécutif, DCII, DGSPNI	Bdget existant

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation énoncée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Indiquer les principaux livrables	Indiquer l'échéancier relatif à la mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables	Indiquer les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, ainsi que leur source (budget supplémentaire ou budget existant)
Continuer d'encourager les collectivités des Premières Nations à améliorer leurs connaissances, leurs capacités et leur contrôle quant à la prestation de leurs services de soins de santé et à l'utilisation des données sur la santé à l'appui de la prise de décisions fondées sur des données probantes.	recommandation.	<p>Premières Nations pour renforcer les capacités d'appui à l'expansion du PIC dans les collectivités des Premières Nations. Dans le cadre de ces efforts, le PIC mobilisera les partenaires régionaux de l'APN et des Premières Nations afin d'élargir l'outil d'évaluation de l'état de préparation actuel utilisé pour la gestion de projets de cybersanté.</p> <p>Le PIC diffuse déjà de l'information sur son travail avec l'aide des régions de la DGSPNI et des partenaires du PIC, tels qu'AANC, l'APN et les partenaires régionaux des Premières Nations. L'approche actuelle des services de diffusion dans toutes les régions ne tire pas toujours avantage des véhicules existants.</p> <p>La DGSPNI élaborera un plan de marketing national avec les Premières Nations pour donner un sens clair au rôle du PIC à l'appui de l'amélioration des résultats en matière de santé. L'information contenue dans le plan découlera du <i>Plan d'action stratégique et des Lignes directrices sur l'infrastructure de la santé</i> du Programme, des documents stratégiques généraux qui définissent le</p>	<p>l'état de préparation, élargi en collaboration avec l'APN et les organisations régionales des Premières Nations</p> <p>4.2 Plan de marketing national en matière de cybersanté</p>	4.2 Mars 2018		

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation énoncée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Indiquer les principaux livrables	Indiquer l'échéancier relatif à la mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables	Indiquer les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, ainsi que leur source (budget supplémentaire ou budget existant)
		cadre et la direction politiques du programme stratégique.				
Recommandation 5 <i>Dans toutes les régions et au fil du temps, améliorer la collecte et l'analyse de données sur les indicateurs de rendement clés en établissant un système de mesure du rendement du PIC qui tient compte de la capacité sur le terrain.</i>	La direction accepte la recommandation.	<p>Reconnaissant que la prestation des services électroniques n'est pas influencée par la technologie, mais plutôt par les fournisseurs de services de santé, Santé Canada a donc un pouvoir limité pour normaliser le protocole de déclaration entre les partenaires.</p> <p>Le bureau national du PIC, en collaboration avec les régions et le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, se penchera sur l'utilisation d'outils pour les rapports annuels afin d'améliorer le processus de collecte de données dans l'ensemble du programme.</p> <p>Cela serait réalisé en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cernant les options exploitables rattachées à un outil de rapports annuels; - sélectionnant l'outil; - déterminant les mesures pertinentes à intégrer aux rapports normalisés pour 2018-2019. 	<p>5.1 Critères relatifs aux rapports annuels normalisés portant sur les initiatives de cybersanté</p> <p>5.2 Rapport annuel fondé sur de nouveaux critères</p>	<p>5.1 Mars 2019</p> <p>5.2 Automne 2019</p>	Directeur exécutif, DCII, DGSPNI	Budget existant
Recommandation 6 <i>Élaborer un plan à</i>	La direction accepte la recommandation.	Le Programme continuera de maintenir les outils actuels de cybersanté tout en examinant la durabilité des	6.1 Plan quinquennal pour tirer	6.1 Mars 2018	Directeur exécutif, DCII, DGSPNI	Budget existant

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation énoncée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Indiquer les principaux livrables	Indiquer l'échéancier relatif à la mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables	Indiquer les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, ainsi que leur source (budget supplémentaire ou budget existant)
<i>long terme assez souple pour tenir compte des innovations technologiques ainsi qu'une stratégie de financement correspondante pour le PIC.</i>		composantes de la cybersanté et la souplesse pour s'adapter aux nouvelles innovations technologiques qui sont essentielles au travail du PIC. Les responsables du PIC élaboreront un plan quinquennal portant sur une infrastructure de santé numérique enrichie, fondée sur le <i>Plan d'action stratégique et les lignes directrices de l'infrastructure de la santé</i> . Le plan tiendra compte de ces facteurs clés, conformément au <i>Plan stratégique</i> de la DGSPNI.	partir l'infrastructure de santé numérique, et la soutenir, à l'intention des collectivités des Premières Nations de 2018 à 2023			

1.0 Objectif de l'évaluation

L'évaluation a pour but d'examiner la pertinence et le rendement du Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC) de Santé Canada pour la période allant de 2011-2012 à 2015-2016.

Cette évaluation est nécessaire aux termes du paragraphe 42.1(1) de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP), qui exige que chaque ministère procède tous les cinq ans à un examen de chaque programme en cours relevant de sa responsabilité afin d'en évaluer la pertinence et l'efficacité. La *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du Trésor du Canada définit un tel examen comme une évaluation. L'évaluation a été menée pour éclairer la « prise de décisions, les améliorations, l'innovation et la responsabilisation¹²³ » en fournissant à la haute direction de Santé Canada, aux organismes centraux, aux ministres, aux parlementaires et à la population canadienne une évaluation à la fois crédible et neutre de la pertinence continue et du rendement (défini en termes d'efficacité, d'efficience et d'économie) du PIC.

2.0 Description du programme

2.1 Contexte du programme

Au Canada, le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les administrations des Premières Nations se concentrent sur des façons de mettre en œuvre des technologies de l'information et des communications (TIC) novatrices afin de moderniser, de transformer et d'améliorer la façon dont les services de santé sont dispensés, de réduire les coûts et de mieux gérer l'information sur la santé en vue d'une responsabilisation accrue et d'un mécanisme de prise de décisions axé sur des données probantes. Par infrastructure de la cybersanté, on entend l'élaboration et l'adoption de systèmes modernes de TIC qui permettent de définir, de recueillir, de communiquer, de gérer, de diffuser et d'utiliser des données favorisant un accès, une qualité et une productivité supérieurs touchant la santé et les soins de santé offerts aux Premières Nations^{34,42}.

Dans ce contexte, les responsables du PIC axent leurs efforts sur la modernisation, la transformation et le maintien des services de soins de santé offerts aux collectivités des Premières Nations. Ils favorisent la combinaison de l'information, des applications de santé électroniques, de la technologie et des gens dans le but d'assurer³⁴ :

- la prestation de services de santé optimaux;
- un mécanisme de surveillance optimal;
- des processus efficaces de production de rapports, de planification et de prise de décisions en matière de santé;
- l'intégration et la compatibilité avec d'autres systèmes de prestation de services de santé.

Le PIC a évolué depuis le milieu des années 1990 en raison de la nécessité d'harmoniser les stratégies, les plans sanitaires et les orientations stratégiques de la cybersanté des Premières Nations, ainsi que le mouvement des provinces et de l'industrie de la santé vers l'utilisation accrue des TIC afin d'appuyer la prestation des services de santé et d'assurer la surveillance de la santé publique^{34,42}.

En avril 2010, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada a approuvé le *Plan d'action stratégique de l'infrastructure de la santé* (PASIS) qui définit la feuille de route touchant les activités de gestion de l'information et de gestion de l'information sur la santé du PIC et de la DGSPNI, en plus de décrire un cadre stratégique à long terme. Le PASIS s'articule autour de quatre objectifs clés³⁴ :

- capacités et moyens d'établir un dossier de santé électronique (DSE) pour tous les membres des Premières Nations d'ici 2020;
- intégration harmonieuse des infrastructures des Premières Nations aux systèmes provinciaux de DSE;
- disponibilité d'une information utile et normalisée pour les Premières Nations, les régions et la DGSPNI aux fins de la prise de décisions;
- établissement de partenariats concertés et durables entre les Premières Nations, les provinces et le gouvernement fédéral.

Puisque le mandat du PIC est d'accroître l'utilisation des TIC dans la prestation des services de santé au sein des collectivités des Premières Nations, il doit fonctionner dans un environnement qui regroupe les collectivités des Premières Nations et des organisations régionales, d'autres partenaires fédéraux et des provinces afin de réaliser des progrès touchant les différentes parties de la cybersanté. Cet environnement, jumelé aux percées technologiques, aux analyses et à l'acceptation par tous les partenaires et intervenants, nécessite une planification à long terme en plusieurs étapes. L'étape actuelle de la cybersanté consiste encore à déployer des technologies appropriées pour appuyer la prestation des services de santé dans les collectivités des Premières Nations.

2.2 Profil du programme

La mise en œuvre du PIC est une responsabilité partagée entre l'administration centrale (AC) du Programme à Ottawa et six bureaux régionaux : la région de l'Atlantique (Atl.) incluant les provinces de la Nouvelle-Écosse (N.-É.), de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), de Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.), du Nouveau-Brunswick (N.-B.), du Québec (Qc), de l'Ontario (Ont.), du Manitoba (Man.), de la Saskatchewan (Sask.) et de l'Alberta (Alb.)^b. L'AC définit le cadre et l'orientation stratégiques du PIC. Les bureaux régionaux dialoguent et collaborent avec les organisations régionales et les collectivités des Premières Nations sur le plan de la planification stratégique, de la mise en œuvre et du maintien de la cybersanté. Le PIC ne fournit le financement qu'aux collectivités

^b La portée de l'évaluation exclut la région de la Colombie-Britannique et les collectivités au nord du 60° parallèle, comme il est expliqué sous la rubrique Portée, méthode et conception de l'évaluation.

des Premières Nations situées au sud du 60^e parallèle^c. Afin de remplir son mandat et d'atteindre ses objectifs, le PIC s'articule autour de trois principaux domaines d'activité³⁴ :

- établir les éléments fondamentaux qui témoignent des exigences de base du PIC sans lesquels les composantes de la cybersanté ne pourront être fonctionnelles;
- mettre en œuvre les composantes qui reflètent les champs d'application clés;
- mettre en place les services de soutien qui assurent la gouvernance et la gestion appropriées du PIC.

Selon les *Lignes directrices* (2012) du PIC, et tel qu'illustré à la **figure 1**, voici les éléments de base du Programme³⁴ :

- la connectivité à large bande pour relier tous les établissements de santé sur les réserves à des services à large bande ou à des services Internet haute vitesse, y compris la connexion de l'établissement de santé à un point central à large bande/Internet au sein de la collectivité, le maintien de la connectivité et les coûts qui s'y rattachent;
- le renforcement des capacités dans trois domaines clés, à savoir les ressources humaines, l'infrastructure et la gouvernance, afin d'aider à la coordination de certaines formations sur la cybersanté s'adressant aux fournisseurs de soins de santé travaillant dans des collectivités des Premières Nations, aux travailleurs de la santé communautaire, de même qu'au personnel administratif et de soutien;
- la technologie de l'information et les opérations à l'appui de l'achat et de la mise en œuvre de l'infrastructure des technologies de l'information (TI); travailler avec les Premières Nations pour harmoniser la politique communautaire des TI, appuyer les stratégies et tirer profit des approches et des ressources afin de soutenir les services de TI efficaces au niveau de la collectivité, y compris la coordination avec d'autres ministères fédéraux, tels qu'Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC);
- la gestion, la planification et la responsabilisation des programmes/projets, y compris l'élaboration, le soutien et la mise en œuvre de pratiques de gestion de projets efficaces liées à la surveillance et aux systèmes de contrôle appropriés et efficaces des ressources et des activités; la gestion des risques; la gestion du changement; les mécanismes de production de rapports propres aux projets et la planification financière et de projets efficace.

Voici en quoi consistent les éléments de la cybersanté³⁴ :

- Les systèmes d'information sur la santé publique (SISP), tels que Panorama et d'autres systèmes, avec lesquels la DGSPNI travaille pour inclure ou harmoniser les systèmes nationaux et régionaux de surveillance de la santé pour les collectivités des Premières Nations avec ceux mis en œuvre par les provinces.
- Les dossiers électroniques, y compris les dossiers médicaux électroniques (DME), les DSE, les registres de clients et autres systèmes électroniques qui permettent l'accès à l'information sur la santé d'une personne. Les DSE constituent un dossier

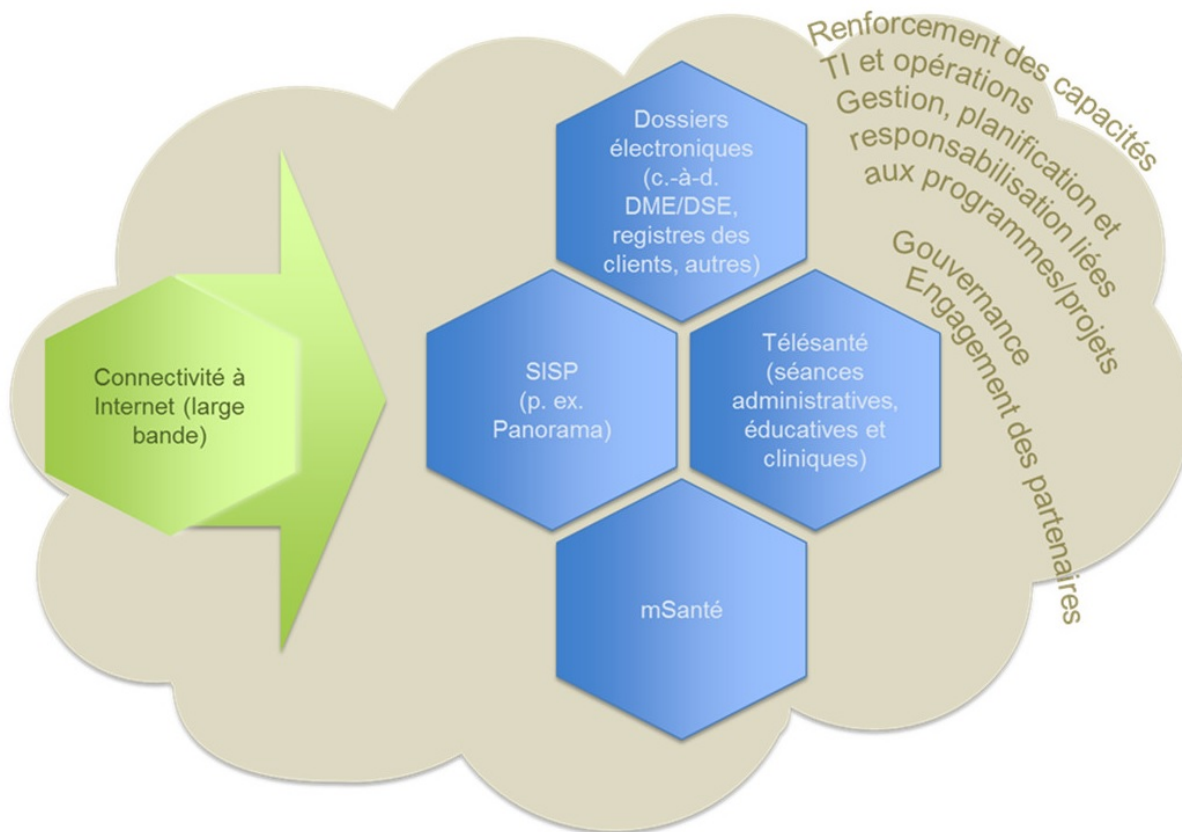
^c Bien que l'orientation stratégique du PIC s'applique aux collectivités inuites (c.-à-d. dans la définition des composantes de l'infrastructure), le PIC vise principalement les réserves des Premières Nations du point de vue du financement et de la prestation de soins.

électronique protégé et détaillé des antécédents de santé critiques d'une personne auquel les fournisseurs de soins de santé autorisés peuvent accéder dans la collectivité, la province et éventuellement à l'échelle du pays. Un DME fournit aux médecins et à leur équipe de soins, y compris le personnel infirmier et le personnel de soutien de bureau, l'accès électronique à l'information vitale sur la santé du patient, un soutien en matière de décisions ainsi que des outils de facturation et d'administration de bureau. Un registre des clients s'entend d'un dépôt de données qui permet, selon Inforoute Santé du Canada (Inforoute) « l'identification exacte du patient afin de s'assurer que les bons dossiers de santé sont associés aux bons patients ».

- La télésanté qui fournit l'accès aux fournisseurs de soins de santé et aux patients à des séances éducatives et cliniques et qui aide le personnel communautaire en permettant la tenue de séances administratives. Cette composante comprend l'acquisition du matériel nécessaire, l'intégration de la solution à la prestation régulière des services, la formation du personnel et un mécanisme de facilitation de gestion du changement.
- La santé mobile (m-santé) ou la pratique médicale et de santé publique soutenue par des appareils mobiles (p. ex. téléphones portables, dispositifs de surveillance des patients, assistants numériques). Les applications de la santé mobile englobent l'utilisation d'appareils mobiles dans la collecte de données communautaires et cliniques sur la santé, la fourniture de renseignements sur les soins de santé aux professionnels de la santé, aux chercheurs et aux patients, la surveillance en temps réel des signes vitaux des patients et la prestation directe de soins.

Les éléments de soutien englobent la gouvernance du PIC (supervision stratégique, direction et orientation à l'échelon national et régional) et des partenariats avec des organisations régionales et des collectivités des Premières Nations, d'autres organismes fédéraux comme Inforoute, d'autres ministères fédéraux, tels qu'AANC et Innovation, Science et Développement économique Canada (ISDEC) et les ministères provinciaux de la Santé pour planifier, mettre en œuvre et faire progresser, de façon concertée, les divers éléments de base du PIC et les composantes de la cybersanté³⁴.

Figure 1. Composantes et éléments de la cybersanté



2.3 Exposé du programme

Le PIC vise à améliorer l'accès à des services de soins de santé de qualité pour les membres, les familles et les collectivités des Premières Nations par le recours à des technologies de cybersanté. Pour que cet objectif soit atteint, les activités du PIC s'articulent autour de quatre domaines clés présentés ci-dessous.

- Financer le déploiement et le maintien de technologies novatrices aux fins de la prestation des services de santé.
- Fournir aux Premières Nations, au personnel de la DGSPNI et aux fournisseurs de soins de santé le soutien et le renforcement des capacités nécessaires pour mettre en œuvre et maintenir ces technologies novatrices.
- Mobiliser les intervenants afin de mettre en œuvre et d'intégrer les technologies de la cybersanté.
- Améliorer la disponibilité de données de qualité, et leur accès, afin de mieux éclairer le mécanisme de prise de décisions et les priorités.

Ces activités mènent à plusieurs extrants qui devraient contribuer à l'atteinte des résultats immédiats, intermédiaires et ultimes suivants.

- Immédiats
 - Les collectivités des Premières Nations et les fournisseurs de soins de santé ont accès aux technologies de la cybersanté.
 - Les membres des Premières Nations, le personnel de la DGSPNI et les professionnels de la santé améliorent leurs compétences et leurs connaissances.
 - Les partenaires et les intervenants participent à la planification intégrée et concertée des technologies de la cybersanté.
- Intermédiaires
 - Les membres des Premières Nations et les fournisseurs de services de soins de santé utilisent les technologies de la cybersanté dans la prestation des services de soins de santé.
 - Des technologies de cybersanté interexploitables sont mises en œuvre dans les collectivités des Premières.
- Ultimes
 - L'accès aux services de soins de santé, leur qualité et leur sécurité sont améliorés au bénéfice des membres, des familles et des collectivités des Premières Nations.
 - Les professionnels de la santé ont accès aux systèmes provinciaux d'information sur la santé.

La connexion entre le domaine d'activité et les résultats escomptés est illustrée dans le modèle logique (voir l'**Annexe 1**)^d. L'évaluation a examiné la mesure dans laquelle les extrants définis étaient produits et les résultats atteints au cours de la période visée par l'évaluation.

2.4 Harmonisation et ressources du programme

Le PIC fait partie de l'architecture d'alignement des programmes de Santé Canada associée au Résultat stratégique 3 : Les collectivités et les membres des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services et d'avantages en matière de santé qui répondent à leurs besoins et qui leur permettent d'améliorer leur état de santé, Programme 3.3 : Soutien de l'infrastructure de santé aux Premières Nations et aux Inuits, Sous-programme 3.3.2 : Transformation du système de santé des Premières Nations et des Inuits.

Les données financières du PIC pour les exercices 2011-2012 à 2015-2016 sont présentées à la **section 4.5, tableaux 17, 18 et 19**. Les dépenses du PIC s'élèvent à environ 124 millions de dollars sur cinq ans (2011-2012 à 2015-2016). En 2013, le PIC a reçu environ 100 millions de dollars du Conseil du Trésor en fonds additionnels sur

^d Pour obtenir une copie du graphique du modèle logique, veuillez utiliser le courriel suivant « Evaluation Reports HC - Rapports Evaluation@hc-sc.gc.ca ».

cinq ans afin de maintenir les investissements et d'élargir le programme pour qu'il rejoigne les 25 % des collectivités éloignées/isolées et des collectivités isolées ne bénéficiant pas de services de télésanté (selon la faisabilité et l'état de préparation) et par la suite d'autres collectivités. Des fonds ont été affectés pour soutenir et accroître le nombre de sites de télésanté, maintenir et accroître la connectivité, poursuivre le déploiement du SISP, mettre en œuvre les DME/DSE et appuyer la mise en œuvre des technologies de santé mobile.

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, méthode et conception de l'évaluation

La portée de l'évaluation couvre la période du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2016 et comprend tous les éléments et composantes de la cybersanté associés au PIC. Le seul domaine d'exclusion concerne l'évaluation des services transférés à l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique (C.-B.) en juillet 2013, conformément à *l'Entente-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations* et aux sous-ententes, qui seront prochainement abordées dans une évaluation distincte.

L'évaluation cadre avec la *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du Trésor du Canada et examine les principaux enjeux associés aux thèmes de la pertinence et du rendement, comme l'illustre l'**annexe 2**. Pour chaque enjeu principal, des questions précises ont été formulées à partir d'éléments du Programme, ce qui a permis d'orienter le processus d'évaluation.

Une méthode d'évaluation fondée sur les résultats a été utilisée dans le cadre de l'évaluation afin d'évaluer les progrès accomplis vers l'atteinte des résultats escomptés et de déterminer si des conséquences inattendues se sont manifestées, de même que les leçons tirées.

Un modèle non expérimental a été utilisé sur la base de la matrice d'évaluation élaborée au cours de l'étape de planification de l'évaluation, modèle qui exposait en détail la stratégie d'évaluation de ce Programme. L'évaluation faisait suite à *l'Entente relative aux évaluations ministérielles de la DGSPNI* élaborée entre l'Assemblée des Premières Nations (APN), Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), la DGSPNI et la Direction de l'évaluation (aujourd'hui le Bureau de la vérification et de l'évaluation), Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, concernant l'évaluation des programmes de la DGSPNI. Il s'agissait notamment de consulter l'APN au cours de l'élaboration de la méthodologie d'évaluation et de lui donner l'occasion d'examiner et de commenter les instruments utilisés dans les collectivités des Premières Nations, les constatations préliminaires et le rapport d'évaluation. Aucune consultation n'a été menée auprès d'ITK, car le PIC ne finance aucune collectivité située au nord du 60^e parallèle.

Les données de l'évaluation ont été recueillies à l'aide de diverses méthodes, notamment un examen de divers documents, un examen et une analyse des données administratives, des entrevues auprès de répondants clés, des études de cas, un examen et une analyse des méthodes de cybersanté à l'étranger, de même qu'un

examen des données financières disponibles pour le PIC. Des détails sur les méthodes de collecte et d'analyse des données sont fournis à l'**annexe 3**. Les données ont été analysées par triangulation des renseignements recueillis à l'aide de ces diverses méthodes. L'utilisation de plusieurs sources de données probantes et du mécanisme de triangulation se voulait une façon d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

Pour les besoins de l'évaluation, les termes « partenaires » et « intervenants » sont utilisés comme suit : les partenaires sont des organisations qui contribuent à la mise en œuvre du Programme ou qui disposent de programmes parallèles traitant d'éléments et de composantes de la cybersanté (gouvernements provinciaux, organisations fédérales, telles qu'Inforoute, et ministères, tels qu'AANC, organisations autochtones nationales comme l'APN); les intervenants bénéficient d'avantages ou profitent des effets du Programme (c.-à-d. les fournisseurs de services de soins de santé, le personnel de santé communautaire et administratif, etc.).

3.2 Limites et stratégies d'atténuation

Les évaluations, pour la plupart, sont assujetties à des contraintes susceptibles d'avoir des répercussions sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions qui en découlent. Le **tableau 1** décrit les restrictions observées au cours de la mise en œuvre des méthodes retenues pour cette évaluation. Il y est aussi question des stratégies d'atténuation mises en place pour s'assurer que les constatations de l'évaluation peuvent être utilisées en toute confiance pour orienter la planification et la prise de décisions liées au PIC.

Tableau 1. Limites et stratégies d'atténuation

Limites	Impact	Stratégie d'atténuation
Un sondage auprès des intervenants du personnel d'établissements de santé (y compris les directeurs de la santé, les coordonnateurs de la programmation, le personnel infirmier et les médecins) n'a pu être mené, car il n'a pas été possible d'obtenir une liste contenant un nombre suffisant de personnes-ressources ou de coordonnées.	Les perspectives de première main des utilisateurs des différentes technologies de la cybersanté étaient limitées, en particulier celles touchant les fournisseurs de soins de santé.	La méthode utilisée pour les entrevues auprès des répondants a été révisée afin de recueillir de l'information supplémentaire. Le nombre total d'entrevues a également augmenté (de 16 à 40 entrevues) afin d'y intégrer un plus grand nombre d'intervenants. Enfin, le nombre d'études de cas s'est aussi accru (de quatre à sept) dans le but d'obtenir des renseignements régionaux plus détaillés.
La cible révisée de 40 entrevues visait à compenser pour le sondage auprès des intervenants non mené n'a pas été atteinte.	Limité; des entrevues auprès de certains partenaires et d'un autre expert n'ont pu être réalisées.	Même si la méthode initiale était d'utiliser une combinaison d'entrevues individuelles et de groupe, la plupart des entretiens individuels se sont transformés en entrevues de groupe en raison des multiples composantes de la cybersanté examinées et de leurs complexités (16 entrevues individuelles et 17 entrevues de groupe pour un total de 75 participants).
La cible révisée de sept études de cas (quatre visites de sites et trois examens de documents) n'a pas été atteinte.	Limité; un examen approfondi de l'une des régions visées par le PIC n'a pas été effectué, et un examen d'une collectivité non financée dans le cadre du PIC n'a pas été réalisé.	Cinq études de cas ont été menées (quatre visites de sites et un examen de documents). Les cinq études de cas couvraient cinq des six régions visées par le PIC. Des efforts supplémentaires ont été faits sur le plan de l'examen des documents pour compenser. Dans le cas d'une collectivité non financée par le PIC servant de point de comparaison, des renseignements de comparaison additionnels ont été recueillis à l'aide d'un examen et d'une analyse d'autres pays.
Les données sur le rendement recueillies dans le cadre du Programme montraient des incohérences entre les années, les régions et les composantes de la cybersanté.	Les données sur le rendement indiquées dans les tableaux font état d'un certain nombre de lacunes.	Les évaluateurs ont collaboré avec les représentants du PIC, autant à l'AC que dans les régions, afin de comprendre et de valider l'analyse des données. Les données obtenues ont été complétées et améliorées grâce à l'information recueillie dans le cadre de l'examen de documents, des entrevues auprès de répondants clés et des études de cas.

4.0 Constatations

4.1 Pertinence : Enjeu n° 1 – Nécessité de maintenir le Programme

Le PIC répond toujours à un besoin manifeste et aux besoins de sa population cliente. Les besoins auxquels il répond sont essentiels à l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations.

L'état de santé des membres, des familles et des collectivités des Premières Nations, l'accès aux services de soins de santé par ces derniers, de même que la disponibilité des données de santé connexes sont inférieurs à ceux de la population canadienne générale³⁵. Pour résoudre cette inégalité, il est plus que nécessaire de mettre en place une infrastructure de la santé des Premières Nations qui cadre avec celle des provinces.

Le PIC, par son approche multidimensionnelle visant à accroître le capital social par l'entremise de réseaux connectés d'infrastructures de santé communautaires des Premières Nations, a pour but de résoudre cette inégalité. Bon nombre des partenaires et des intervenants qui ont participé à des entrevues et à des études de cas ont reconnu que les besoins auxquels répond le PIC sont essentiels à l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations. Plus précisément, le PIC fournit des services de cybersanté aux collectivités des Premières Nations, réduit le temps et les coûts de déplacement ainsi que l'éloignement de la famille et de la collectivité. Il contribue à mettre les patients et les aînés en relation avec des spécialistes pour qu'ils subissent des examens diagnostiques et fassent l'objet de suivi. La cybersanté permet également une meilleure continuité des soins en facilitant l'échange de renseignements entre les fournisseurs de soins de santé dans les réserves et hors de celles-ci, à l'appui d'une meilleure évaluation des soins et d'une meilleure prise de décisions.

4.2 Pertinence : Enjeu n° 2 – Conformité aux priorités du gouvernement

Le PIC cadre avec les priorités du gouvernement, notamment de suivre le rythme de la technologie et de l'innovation, de contribuer à relever les défis que posent le système de santé et sa réforme et d'établir des liens avec les peuples autochtones.

Le PIC est conforme à la priorité générale du gouvernement du Canada, qui consiste à « suivre le rythme » de la technologie et à renouveler le lien avec les peuples autochtones. Cette priorité a été mise en évidence dans un certain nombre de discours du Trône antérieurs. En 2010, en particulier, le gouvernement du Canada s'est engagé à promouvoir l'innovation et à suivre le rythme de la technologie²². Même s'il ne portait pas spécifiquement sur la cybersanté, le discours du Trône de 2015 a souligné la priorité du gouvernement visant à renouveler les relations entre le Canada et les peuples autochtones fondées sur la coopération et le partenariat¹⁰⁵.

L'engagement envers l'innovation technologique et la collaboration a également été mis en évidence dans la lettre de mandat du Premier ministre à la ministre de la Santé en 2015 : « faire progresser la collaboration pancanadienne sur l'innovation en matière de santé afin de favoriser l'adoption d'une nouvelle technologie de santé numérique pour améliorer l'accès, accroître l'efficacité et améliorer les résultats des patients³³. »

La priorité qui consiste à « suivre le rythme » de la technologie de la cybersanté est également démontrée par divers engagements budgétaires fédéraux, y compris le budget de 2013, par lesquels 99,8 millions de dollars ont été consacrés au PIC sur cinq ans afin de maintenir les progrès réalisés à ce jour sur le plan de la mise en œuvre des technologies de la santé (p. ex. télésanté/vidéoconférences, DME, SISP, connectivité à large bande)³⁶. Par ailleurs, le gouvernement fédéral a investi jusqu'à 500 millions de dollars dans l'Inforoute pour appuyer le travail continu sur les DSE pour les Canadiens¹⁰⁶. Le financement a été renouvelé dans le budget de 2013 afin de maintenir les investissements existants et d'élargir les services de cybersanté dans les collectivités des Premières Nations à la fois éloignées ou isolées ou les deux, de même que dans d'autres collectivités^{65,81}.

Le PIC est aussi conforme à l'objectif du gouvernement du Canada de relever certains défis que pose le système de santé et de contribuer à la réforme du système. Grâce à Inforoute, le gouvernement du Canada appuie les efforts des provinces et des territoires visant à mettre en œuvre une infrastructure de DSE interexploitable (SISP, DME) en octroyant des fonds et en établissant, de façon concertée, des normes intergouvernementales, des exigences en matière d'interopérabilité et des stratégies nationales³⁴.

La DGSPNI a fait de l'examen de l'infrastructure de la cybersanté une priorité essentielle qu'elle a décrite dans de nombreux documents de planification ministériels au cours des cinq dernières années. Les *Rapports sur les plans et les priorités* (RPP), qui sont compris dans la portée de la présente évaluation, mettent en évidence comment Santé Canada s'efforce de soutenir et de maintenir l'utilisation et l'adoption de technologies de la santé appropriées qui permettent aux fournisseurs de soins de première ligne de mieux dispenser les services de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits. Les RPP recensent également les plans visant à appuyer cette priorité en finançant les efforts de collaboration avec les provinces touchant l'expansion de la technologie de la cybersanté, et grâce à l'expansion des sites de télésanté, tout en continuant à soutenir les centres de santé existants disposant de DME et en déployant Panorama^{80,81,82,83}. Le plan visant à « améliorer l'efficacité du mécanisme de prestation des services de soins de santé aux membres^e, aux familles et aux collectivités des Premières Nations et des Inuits grâce à l'utilisation des technologies de la cybersanté » est aussi mis en lumière⁸⁴.

Les objectifs du PIC cadrent avec les priorités de Santé Canada énoncées dans son *Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits 2012*, qui garantit l'accès à des services de santé de qualité à titre d'objectif stratégique clé pour la

^e Le mandat du PIC applique aux collectivités autochtones situées au sud du 60^e parallèle. Les collectivités inuites qui entrent dans cette catégorie, au Québec et dans les provinces de l'Atlantique, ne reçoivent pas de financement fédéral.

DGSPNI. Le *Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits 2012* expose des objectifs stratégiques, tels que le renforcement de l'accès, de la qualité et de la sécurité des services de santé dans le continuum de soins offerts aux personnes, aux familles et aux collectivités des Premières Nations⁴³.

Le PASIS de Santé Canada définit ce qui suit comme les objectifs stratégiques de la DGSPNI : assurer la disponibilité de services de santé de qualité et leur accès; favoriser un meilleur contrôle du système de santé par les Premières Nations et les Inuits; et appuyer l'amélioration des programmes et des services de santé offerts aux Premières Nations en améliorant l'intégration et l'harmonisation avec les systèmes de santé fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT)⁴².

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

Le PIC cadre bien avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral.

Le PIC cadre bien avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral. L'amélioration de la santé des Autochtones est une responsabilité partagée entre les gouvernements FPT et les partenaires autochtones. Reposant sur les politiques, le rôle du gouvernement fédéral dans la prestation ou le financement des programmes et des services de santé offerts aux Premières Nations et aux Inuits est conforme à la *Politique de 1979 sur la santé des Indiens* et aux énoncés de mandat et de mission ministériels subséquents, plutôt qu'à des mesures législatives ou des droits^{38,43}. Le fondement derrière le pouvoir de fournir ou de financer les programmes et services de santé aux Premières Nations et aux Inuits est indiqué dans ce qui suit : 1) l'article 4 de la *Loi sur le ministère de la Santé*, qui prévoit que les pouvoirs du ministre de la Santé comprennent toutes les questions sur lesquelles le Parlement a compétence en matière de promotion et de protection de la santé de la population du Canada, non attribués de droit à d'autres ministères, conseil ou organismes fédéraux; 2) les crédits votés aux termes de la *Loi portant affectation de crédits* autorisant les dépenses de Santé Canada affectés aux programmes et services de la DGSPNI; et 3) le pouvoir délégué par le Conseil du Trésor pour certaines activités de programme.

Santé Canada a la responsabilité globale d'élaborer et de mettre en œuvre le PIC et veille à ce que le financement soit réparti et affecté de façon appropriée selon les critères et les lignes directrices établis³⁴. La DGSPNI a pour mandat d'intégrer les systèmes de santé fédéral et provinciaux au bénéfice des Premières Nations et d'accroître la capacité des services de santé communautaires des Premières Nations à répondre à leurs propres besoins en matière de santé.

4.4 Rendement : Enjeu n° 4 – Obtention des résultats escomptés (efficacité)

4.4.1 Dans quelle mesure les résultats immédiats ont-ils été obtenus?

Résultat immédiat n° 1 : Les collectivités des Premières Nations et les fournisseurs de soins de santé ont accès aux technologies de la cybersanté

Le PIC a dépassé son objectif en matière de connectivité à large bande; toutefois, alors que toutes les Premières Nations disposent d'une connexion Internet, la bande passante disponible et la fiabilité des connexions sont variables. Le PIC a aussi dépassé ses objectifs quant à la mise en œuvre des SISP et des DME/DSE. La télésanté continue de croître, mais son adoption/utilisation s'est révélée inégale dans les collectivités à la fois éloignées ou isolées ou le deux. La santé mobile semble prometteuse et en est actuellement à l'étape d'élaboration.

Niveau de connectivité Internet

Aux fins du PIC, la « connectivité » s'entend de la capacité des établissements de santé situés dans les réserves à accéder à l'infrastructure requise pour transmettre et recevoir des renseignements sur la santé (p. ex. administratifs, éducatifs ou cliniques) en utilisant les technologies des communications (p. ex. l'équipement de vidéoconférence relié aux appareils et logiciels médicaux) et les services de télécommunications (p. ex. l'Internet à large bande). Par conséquent, l'un des points centraux des activités du PIC consiste à fournir un soutien financier pour relier les établissements de santé à un point central à large bande/Internet au sein de la collectivité, qui est en outre relié aux réseaux externes existants. À l'heure actuelle, les Premières Nations de toutes les régions visées par le PIC ont accès à un certain degré de connectivité Internet. Le **tableau 2** indique le nombre de Premières Nations soutenues par le PIC sur le plan des frais de connectivité. Il convient de souligner que le PIC fournit du financement en matière de connectivité aux collectivités des Premières Nations qui ont recours à la télésanté. Selon les objectifs du PIC, 120 collectivités devraient bénéficier d'une connectivité à large bande haute vitesse d'ici 2017-2018. À la lumière des données disponibles sur les Premières Nations, cet objectif a été dépassé. Le **tableau 3** indique le nombre de Premières Nations disposant de postes de soins infirmiers qui reçoivent l'appui du PIC relativement à la connectivité Internet.

Tableau 2. Disponibilité de connexions à large bande au sein des Premières Nations financées par le Programme d'infrastructure de la cybersanté relativement à la connectivité Internet en date de mars 2016^{f,g,h}

Région	Nombre de Premières Nations financées par le PIC par largeur de bande/technologie			
	Satellite	< 5 Mbps	> 5 Mbps	Total
Atlantique	-	-	22	22
Québec	6	2	19	27
Ontario	1	6	18	25
Manitoba	1	24	14	39
Saskatchewan	1	6	2	9
Alberta	-	10	37	47
Total	9	48	112	169

Tableau 3. Disponibilité de connexions à large bande au sein des Premières Nations financées par le Programme d'infrastructure de la cybersanté relativement à la connectivité Internet disposant de postes infirmiers en date de mars 2016^{g,i}

Région	Nombre de postes de soins infirmiers dans les Premières Nations financées par le PIC par largeur de bande/technologie			
	Satellite	< 5 Mbps	> 5 Mbps	Total ^j
Québec	6	2	3	11
Ontario	1	5	12	18
Manitoba	-	17	5	22
Saskatchewan	-	1	1	2
Alberta	-	3	-	3
Total	7	28	21	56

Selon les partenaires et les intervenants, au cours des cinq dernières années, la connectivité à large bande s'est considérablement améliorée dans certaines collectivités. La connectivité optimale semble avoir été atteinte en Alberta; la connectivité n'y est pas perçue comme un problème en raison de la connexion évolutive haute vitesse Super Net. En Saskatchewan, le projet du dernier kilomètre visant à améliorer la bande passante dans les régions rurales et éloignées s'est révélé un succès²⁷. L'expansion d'un réseau de fibre optique a aussi été signalée dans la région de l'Atlantique; 29 des 33 centres de santé des Premières Nations devraient bénéficier de la fibre optique d'ici la fin de 2017-2018. Au Québec, 30 collectivités collaborent avec

^f Pour les besoins de cette analyse, les Premières Nations de la Colombie-Britannique, du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut ont été exclues du total national. Le PIC n'est pas offert dans ces provinces et territoires.

^g Mbps = millions de bits par seconde.

^h Les données à large bande d'ISDEC ont fait l'objet d'une triangulation avec *les rapports de fin d'année* du PIC.

ⁱ Les données à large bande d'ISDEC ont fait l'objet d'une triangulation avec *les rapports de fin d'année* du PIC.

^j On dénombre au moins 12 autres postes infirmiers qui ne reçoivent pas de financement du PIC pour la connectivité à large bande.

le Conseil en éducation des Premières Nations (CEPN) pour améliorer la bande passante de la cybersanté. La connectivité dans l'est de l'Ontario a été perçue comme un succès, et l'initiative d'expansion du service à large bande du nord-ouest de l'Ontario entre Bell Aliant et les gouvernements fédéral et provincial constituait un vaste projet pour la Nation nishnawbe-aski (parité Internet pour les Premières Nations du Nord).

Les établissements de santé utilisant des communications satellites en Ontario, au Manitoba et au Québec ne disposent pas d'une bande passante et d'une fiabilité optimales (en raison d'intempéries et de pannes de courant). Dans ces cas, il est urgent d'examiner d'autres technologies, car le satellite de communication sur bande C sera bientôt désuet. Le Manitoba First Nations Technology Council (MFNTC) a annoncé des plans pour un projet visant à brancher les 63 collectivités au réseau de fibre en 10 ans¹¹¹.

Accès aux SISP interexploitables et intégrés à l'échelle provinciale et utilisation de ceux-ci

Les SISP contiennent des bases de données sécurisées auxquelles les utilisateurs autorisés peuvent accéder pour saisir, extraire et analyser des renseignements sur la santé. Les renseignements, habituellement de nature individuelle, comme le dossier d'immunisation, sont utilisés pour mieux comprendre les risques pour la santé et le statut des collectivités, ainsi que pour planifier des interventions visant à résoudre les problèmes urgents. Les Premières Nations collaborent principalement à la mise en œuvre des modules de gestion de l'immunisation et de stock de vaccins de Panorama^k ou d'autres SISP sélectionnés par la province.

En général, les progrès à ce jour dans la mise en œuvre des SISP ont été réalisés en accordant d'abord la priorité à la mise en œuvre des modules sur la gestion de l'immunisation et le stock de vaccins¹⁸ afin d'améliorer la gestion de l'approvisionnement, de réduire le gaspillage et de mesurer avec précision la couverture vaccinale¹⁰². Néanmoins, les provinces et les collectivités des Premières Nations au sein de chaque province en sont à différentes étapes de la mise en œuvre¹⁰¹. Le nombre de collectivités des Premières Nations qui ont implanté Panorama et un SISP non visé par Panorama dans les régions visées par le PIC est présenté aux **tableaux 4** et **5** respectivement. Selon les objectifs du Programme, 24 collectivités devaient avoir mis en œuvre Panorama ou un SISP intégré provincial équivalent d'ici la fin de 2015-2016. Selon les données disponibles, cet objectif a été dépassé.

^k SISP conçu par IBM Canada pour le compte des provinces et des territoires, Panorama est destiné à être mis en œuvre partout au Canada. Il comporte sept modules : gestion des cas de maladies transmissibles, gestion de l'immunisation, gestion des éclosions, gestion des notifications, stock de vaccins, santé familiale et gestion du travail.

Tableau 4. Nombre de collectivités des Premières Nations disposant de Panorama comme système d'information sur la santé publique

Région	Exercice				
	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Atlantique	-	-	0	0	0
Québec	-	5	11	11	11
Ontario	-	-	-	0	0
Manitoba	-	-	0	1	1
Saskatchewan	-	-	0	25	25
Alberta	-	-	0	0	0
Total	-	5	11	37	37

Tableau 5. Nombre de collectivités des Premières Nations disposant d'un système d'information sur la santé publique qui n'est pas Panorama

Région	Exercice				
	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Atlantique	-	-	3	3	3
Québec	-	-	0	0	0
Ontario	-	-	-	0	0
Manitoba	-	-	0	0	0
Saskatchewan	-	-	11	0	0
Alberta	-	-	29	38	44
Total	-	-	43	41	47

Les Tableau 6 et 7 indiquent le nombre de collectivités disposant de postes de soins infirmiers qui ont accès et qui n'ont pas accès à Panorama comme SISP, respectivement.

Tableau 6. Nombre de collectivités des Premières Nations avec postes de soins infirmiers financés par le Programme d'infrastructure de la cybersanté disposant de Panorama comme système d'information sur la santé publique

Région	Exercice				
	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Atlantique	-	-	s.o.	s.o.	s.o.
Québec	-	-	3	3	3
Ontario	-	-	-	0	0
Manitoba	-	-	0	0	0
Saskatchewan	-	-	0	6	6
Alberta	-	-	0	0	0
Total	-	-	3	9	9

s.o. = La région de l'Atlantique ne dispose pas de postes de soins infirmiers.

Tableau 7. Nombre de collectivités des Premières Nations avec postes de soins infirmiers financés par le Programme d'infrastructure de la cybersanté disposant d'un système d'information sur la santé publique qui n'est pas Panorama

Région	Exercice				
	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Atlantique	-	-	s.o.	s.o.	s.o.
Québec	-	-	0	0	0
Ontario	-	-	-	0	0
Manitoba	-	-	0	0	0
Saskatchewan	-	-	6	0	0
Alberta	-	-	6	6	6
Total	-	-	12	6	6

s.o. = La région de l'Atlantique ne dispose pas de postes de soins infirmiers.

Dans la région de l'Atlantique, il s'est révélé difficile de réaliser l'intégration, car chacune des quatre provinces s'est orientée vers différentes solutions. Terre-Neuve-et-Labrador a opté pour le Système de gestion de l'aiguillage des patients (SGAP), la Nouvelle-Écosse, le système de l'application pour la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (ASMDO), le Nouveau-Brunswick, le Système de prestation de services aux clients (SPSC) et l'Île-du-Prince-Édouard, le IMS/système de vaccination). L'intégration provinciale a été réalisée dans deux collectivités des Premières Nations de l'Île-du-Prince-Édouard et dans une autre à Terre-Neuve-et-Labrador.

Au Québec, Panorama a été déployé à l'échelle provinciale et n'est utilisé que pour la vaccination; le PIC appuie la mise en œuvre de Panorama dans les collectivités des Premières Nations par l'entremise de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). Onze collectivités ont mis en place le module de vaccination de Panorama, tandis que d'autres attendent d'obtenir une version simplifiée de Panorama. Cette version est en cours d'élaboration par le gouvernement provincial et son déploiement est prévu pour 2018. Il y a aussi un portail de surveillance de la santé, parrainé par la CSSSPNQL, qui recueille des données sur la santé disponibles auprès des collectivités.

En Ontario, il y a eu des retards, car on ne s'entendait pas sur une version de Panorama pour les collectivités des Premières Nations. À l'origine, on prévoyait une mise en œuvre parallèle de Panorama au sein de l'Unité de santé publique et des Premières Nations, en demandant à toutes les parties d'entrer les données d'immunisation dans le système provincial. Dernièrement, la province a décidé de mettre l'accent sur le soutien des programmes de vaccination de l'Unité de santé publique et est à élaborer et à tester un certain nombre d'outils (Web ICON – *Immunization Connects Ontario*, PEAR – *Panorama Enhanced Analytic Reporting*, PHIX – *Public Health Information Exchange*). Par conséquent, aucun des abonnés initiaux des Premières Nations (six Premières Nations et le Conseil tribal Keewatinook Okimakanak) n'a accès à Panorama. Malgré ces délais, le travail se poursuit pour cerner les options conformes aux principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP) en vue de la désagrégation des données des Premières Nations dans les systèmes provinciaux.

Au Manitoba, seule une collectivité a implanté Panorama, bien que l'on se dise prêt à l'implanter dans les 63 collectivités dès que les difficultés causées par les différences entre les lois fédérales et provinciales sur la vie privée auront été résolues. Selon les personnes interrogées, les négociations portant sur un accord d'échange de renseignements visant à permettre aux employés fédéraux de saisir de l'information dans un système provincial, et d'y accéder, ont retardé la mise en œuvre de deux ans. Les Premières Nations attendent que les problèmes soient réglés avant de conclure leur propre accord avec la province.

En Saskatchewan, les 33 collectivités du partenariat NITHA ont accepté de mettre en œuvre Panorama. Un accord d'échange de données est déjà en place, bien que certains changements à l'accord soient actuellement apportés par la province au sujet du fiduciaire des données. Le personnel infirmier fédéral n'aura pas accès à Panorama à moins qu'il ne soit inclus dans l'accord révisé d'échange de données. Les 37 collectivités non visées par NITHA n'ont pas fait de progrès à cet égard.

L'Alberta a opté pour le programme de santé communautaire et d'immunisation (CHIP), et le groupe consultatif sur les services techniques (Alberta) des Premières Nations (GCST) collabore avec le fournisseur pour relier toutes les collectivités des Premières Nations. Un projet pilote d'échange de données en temps réel avec la base de données provinciale sur l'immunisation dans les réserves avant de viser les sites hors réserves est en cours. Cet échange se fait à partir de la plate-forme de sécurité de l'Alberta Netcare, disponible dans 30 collectivités, et du DSE provincial. Trois collectivités ont des accords d'échange de données avec la province afin de soutenir l'échange en temps réel, et d'autres collectivités emboîteront le pas.

Accès à un dossier électronique fonctionnel et utilisation de celui-ci

Aux fins de la présente évaluation, un « dossier de santé électronique fonctionnel » s'entend d'un certain nombre d'applications informatiques d'échanges de données dans lesquelles les données sur la santé des personnes peut être enregistrées, stockées, consultées par d'autres utilisateurs autorisés, et jumelées à d'autres dossiers à des fins d'analyse. Les applications englobent, d'une part, les DME qui servent à documenter l'interaction d'une personne avec un praticien ou un établissement de soins de santé particulier et, d'autre part, les DSE¹, qui visent à conserver une portion des dossiers médicaux d'une personne concernant ses visites médicales primaires et hospitalières, y compris les résultats de laboratoire, les vaccins, les ordonnances, etc., au fil du temps¹¹⁵. De nombreux avantages découlant de l'utilisation de ces types d'applications ont été dégagés. En voici des exemples.

¹ Les DSE sont généralement composés de plusieurs types de bases de données liées en réseau. Les composantes englobent habituellement : i) une liste de registre des clients contenant tous les patients accompagnée de données d'identification; ii) un registre des fournisseurs dans lequel se trouvent les professionnels des soins de santé autorisés à utiliser le système; iii) un système d'imagerie diagnostique pour le stockage et la distribution des images médicales, tel que les radiographies, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), etc.; iv), un système d'information sur les médicaments pour le stockage de l'historique des prescriptions d'une personne et son accès; et, v) un système d'information laboratoire à des fins de stockage des résultats d'analyses des laboratoires médicaux et d'accès à ceux-ci¹¹⁵.

- Collecte de données améliorée résultant en l'amélioration des services, notamment la protection offerte par les vaccins, la réduction des erreurs médicales et des processus de dotation plus efficaces (DME/DSE)¹²⁶.
- Échange de renseignements sur la santé avec les fournisseurs de services de soins de santé locaux du système de santé provincial élargi afin d'assurer la coordination des soins dispensés aux personnes dans de nombreux établissements et d'éviter le chevauchement des services^{7,23,45,46,124}, surtout dans le cas des habitants des collectivités rurales (DSE)⁵⁸.
- Évaluation des pratiques de travail et des résultats des cliniques (DME)²³;
- Évaluation et planification plus vastes du mécanisme d'affectation des ressources liées aux services de soins de santé et efficacité des interventions spécifiques (DME)²³.

Inforoute a fortement recommandé le recours aux DME/DSE comme moyen d'améliorer les résultats des systèmes de santé des provinces et des territoires. Les Premières Nations qui ne disposent pas de DME local ou qui n'ont pas accès à un DSE provincial ne sont pas encore en mesure de bénéficier des avantages promis, notamment l'information sur les services de santé fournis hors des réserves et la capacité à faire le suivi de leur propre information sur l'état de santé des Premières Nations¹⁴.

Les Premières Nations doivent souvent évaluer divers produits de DME pour répondre aux besoins locaux de gestion de l'information qui diffèrent entre les collectivités en raison du niveau de capacité locale à introduire et à utiliser de tels systèmes, les types de services de santé et sociaux qui doivent faire l'objet d'un suivi⁴⁵, et la nécessité d'échanger des données avec un système provincial de DSE^{15,16,122}. Une approche de mise en œuvre des DME a été établie par le PIC afin de définir les DME.

Le **tableau 8** indique le nombre de collectivités des Premières Nations ayant accès à un DME et le **tableau 9** fait état du nombre de collectivités qui ont accès à un DSE provincial. Parfois, cela pourrait inclure un DME communautaire (DMEc, p. ex., Mustimuhw), un visualiseur/DSE (p. ex. Netcare en Alberta., eChart au Manitoba) ou un système d'information pour la gestion des données cliniques et administratives des Centres locaux des services communautaires (CLSC) et certaines clinique hospitalières pour patients externes, comme le système I-CLSC, au Québec. En Ontario, le projet *Giiwednong Health Link* (GHL) fournira un DME afin d'améliorer la prestation des soins de santé dans ses 14 collectivités membres situées le long de la rive nord du lac Huron et sur l'île Manitoulin. De plus, certaines collectivités ont accès à un registre de clients. Il convient de souligner que les données n'étaient pas disponibles pour les exercices 2011-2012 et 2012-2013. Selon les cibles du PIC, 40 collectivités auraient dû être dotées de DME/DSE interexploitables en 2015-2016. À la lumière des données disponibles, cette cible a été dépassée.

Tableau 8. Nombre de collectivités des Premières Nations ayant accès aux dossiers médicaux électroniques

Région	Exercice		
	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Atlantique	7	11	12
Québec	1	11	11
Ontario	-	2	12
Manitoba	2	2	2
Saskatchewan	12	12	12
Alberta	4	4	4
Total	26	42	53

Tableau 9. Nombre de collectivités des Premières Nations ayant accès à un dossier de santé électronique provincial

Région	Exercice		
	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Atlantique	0	4	11
Québec	0	6	6
Ontario	-	0	0
Manitoba	35	36	44
Saskatchewan	0	0	0
Alberta	6	13	19
Total	41	59	80

Les **tableaux 10** et **11** illustrent le nombre de collectivités disposant de postes de soins infirmiers qui ont accès à un DME et à un DSE provincial, respectivement.

Tableau 10. Nombre de collectivités des Premières Nations avec postes de soins infirmiers financés par le Programme d'infrastructure de la cybersanté ayant accès aux dossiers médicaux électroniques

Région	Exercice		
	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Atlantique	s.o.	s.o.	s.o.
Québec	0	6	6
Ontario	-	0	0
Manitoba	0	0	0
Saskatchewan	0	0	0
Alberta	0	1	2
Total	0	7	8

s.o. = La région de l'Atlantique ne dispose pas de postes de soins infirmiers.

Tableau 11. Nombre de collectivités des Premières Nations avec postes de soins infirmiers financés par le Programme d'infrastructure de la cybersanté ayant accès à un dossier de santé électronique provincial

Région	Exercice		
	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Atlantique	s.o.	s.o.	s.o.
Québec	0	2	2
Ontario	-	0	0
Manitoba	20	20	21
Saskatchewan	0	0	0
Alberta	0	1	1
Total	20	23	24

s.o. = La région de l'Atlantique ne dispose pas de postes de soins infirmiers.

Mustimuhw, qui est un DMEc, a été jugé très utile par diverses Premières Nations. Des efforts additionnels sont nécessaires pour assurer l'interopérabilité avec les bases provinciales de données sur la santé et avec les DME axés sur les médecins qui bénéficient de l'approbation et de la certification provinciales.

Télésanté

La télésanté s'entend de l'utilisation des TIC pour relier les gens aux services de soins de santé à distance. Bien que la présentation de séances cliniques soit l'élément central de la télésanté, cette composante permet également la fourniture de renseignements éducatifs et la tenue d'événements éducatifs (séances éducatives) et soutient les interactions du personnel des établissements de santé (séances administratives). Depuis 2010-2011, on a observé un nombre croissant de sites de télésanté dans les collectivités des Premières Nations ^{41,53,55,61,69,77,86,87,88,92,104,108}. La télésanté, bien qu'elle soit déployée partout au Canada, est acceptée et utilisée dans une moindre mesure dans certaines petites collectivités des Premières Nations éloignées ou isolées ou les deux.

Le **tableau 12** présente le nombre de sites de télésanté dans les collectivités des Premières Nations dans ces régions d'intérêt pour le Programme. Le **tableau 13** affiche le nombre de collectivités disposant de postes de soins infirmiers qui ont accès à la télésanté. Selon les cibles du Programme, 310 sites de télésanté auraient dû être établis en 2014-2015^m. D'après les données disponibles, cette cible n'a pas été atteinte étant donné qu'il n'y avait que 190 sites en 2014-2015 et 220 en 2015-2016.

^m La cible du Programme de 310 sites de télésanté en 2014-2015 englobe ce qui suit :

- 66 sites projetés pour la Colombie-Britannique, qui est maintenant hors du champ d'application à titre d'autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique, en vertu de l'*Entente-cadre tripartite de la Colombie-Britannique*, signée le 1^{er} octobre 2013;
- 44 sites projetés pour l'Ontario qui englobent des sites financés par la province.

Tableau 12. Nombre de sites de télésanté financés par le Programme d'infrastructure de la cybersanté dans les collectivités des Premières Nations

Région	Exercice				
	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Atlantique	18	21	23	23	25
Québec	-	-	1	24	25
Ontario	-	-	-	26	26 ⁿ
Manitoba	23	30	36	45	47
Saskatchewan	-	-	3	5	37
Alberta	44	44	45	67	60
Total	85	95	108	190	220

Tableau 13. Nombre de sites de télésanté financés par le Programme d'infrastructure de la cybersanté dans les collectivités des Premières disposant de postes de soins infirmiers

Région	Exercice				
	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Atlantique	-	-	s.o.	s.o.	s.o.
Québec	-	-	1	11	12
Ontario	-	-	-	18	18
Manitoba	-	-	21	25	23
Saskatchewan	-	-	3	9	-
Alberta	-	-	12	14	13
Total	-	-	37	77	66

s.o. = La région de l'Atlantique ne dispose pas de postes de soins infirmiers.

Selon les partenaires et les intervenants, la télésanté a progressé dans une vaste mesure dans la région de l'Atlantique sur les plans du perfectionnement professionnel (séances éducatives) et cliniques. En Ontario, les Services de télémédecine axés sur la cybersanté Keewatinook Okimakanak (KOeTS) et le Réseau Télémédecine Ontario (RTO) sont des partenaires qui fournissent des services de télésanté aux collectivités des Premières Nations. Ces organisations tiennent des séances administratives, éducatives et cliniques. En 2015-2016, KOeTS a tenu avec succès des séances cliniques portant sur un vaste éventail de domaines, notamment les dépendances, l'endocrinologie (dont le diabète) et la santé mentale (psychiatrie et psychologie). Au Québec, la téléophtalmologie a connu un succès, mais selon les représentants du PIC et les intervenants, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour examiner la capacité, la formation et établir un système d'aiguillage des patients. Au Manitoba, on observe une très forte demande pour des séances éducatives et cliniques, de même que pour des séances administratives. Télésanté Manitoba, le Collège des sciences infirmières de l'Université du Manitoba et le Centre de traitement des adolescents et adolescentes du Manitoba (CTAAM) font équipe pour mener diverses activités. En Saskatchewan, selon les personnes interrogées, le nombre de sites de télésanté s'est accru, mais comme aucune donnée n'était disponible pour cette région en 2015-2016,

ⁿ En Ontario, le RTO offre des services à des sites de télésanté additionnels, non inclus dans le tableau, qui sont financés par la province et non par le PIC.

on ne peut confirmer cette observation. Le *CommunityNet de SaskTel* (CNet) est actuellement mis à niveau afin de répondre à certaines exigences additionnelles en matière de bande passante. Les coordonnateurs de la télésanté commencent tout juste à être mis à profit pour promouvoir la télésanté et en accroître son utilisation. L'Alberta semble ne pas éprouver de problème de bande passante puisqu'elle est reliée à SuperNet et qu'elle collabore avec le GCST pour accroître son utilisation et sensibiliser davantage les médecins et les membres de la collectivité à la télésanté. En Alberta, de nombreuses initiatives cliniques ont été fructueuses, y compris un projet de télépharmacie qui permet une distribution en temps réel des ordonnances de médicaments dans les postes de soins infirmiers éloignés. En général, les séances cliniques ont permis d'améliorer la prestation des soins à distance, permettant ainsi aux clients des Premières Nations de bénéficier de services de soins de santé essentiels spécialisés sans qu'ils aient à quitter leur collectivité.

Santé mobile

La santé mobile est un terme lié à la pratique médicale et à la pratique de la santé publique qui utilisent des appareils mobiles, tels que des téléphones mobiles, des dispositifs de surveillance des patients, des ANP et d'autres dispositifs sans fil. Les applications de la santé mobile englobent l'utilisation d'appareils mobiles pour recueillir des données cliniques et communautaires liées à la santé, la fourniture de renseignements sur les soins de santé aux professionnels de la santé, aux chercheurs et aux patients, la surveillance en temps réel des signes vitaux des patients et la prestation directe de soins.

La santé mobile en est à l'étape d'élaboration dans de nombreuses régions. Elle est utilisée pour les applications de cybersoins à domicile (soins à domicile à distance) dans certaines collectivités des Premières Nations de l'Alberta, de la Saskatchewan, de l'Ontario et du Québec (p. ex. pour dispenser des soins à domicile à des patients âgés ou souffrant de problèmes de santé chroniques). Bon nombre de ces applications sont des projets pilotes visant à trouver des solutions en matière de connectivité sans fil, de sécurité des données et de facilité d'utilisation par le personnel infirmier et les médecins visiteurs. Certaines évaluations de la technologie de la santé mobile sont liées à l'interopérabilité avec les DME/DSE et le SISF au niveau communautaire ou provincial.

Des outils de cybersoins à domicile sont nécessaires à des fins de suivi, d'éducation et de collecte de données à l'appui des soins prodigués aux clients. Dans le cas du suivi et des soins prodigués aux clients, des outils sont nécessaires pour les évaluations à l'accueil^o, les évaluations de la santé communautaire, les soins de santé mentale, le soin des plaies, les rapports sur la prestation de services électroniques, le suivi électronique des ressources humaines, le centre de dépannage, le soutien technique et la surveillance des patients. En particulier, les professionnels des soins à domicile et en milieu communautaire ont besoin d'outils pour utiliser les DME/DSE.

Les appareils mobiles sans fil, tels que les iPads, sont actuellement utilisés pour l'éducation du client et du patient. Les outils de cybersoins à domicile sont nécessaires

^o Une brève évaluation clinique normalisée visant à éclairer les demandes d'admission de services de soins à domicile de la collectivité ou de l'hôpital.

à l'éducation et à la formation des fournisseurs de services de soins de santé dans les domaines prioritaires de la gestion des maladies chroniques, c.-à-d. le diabète, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'insuffisance cardiaque congestive, la santé mentale et les dépendances⁴⁰. Le rôle du PIC dans la promotion des applications de la santé mobile dans les collectivités des Premières Nations pourrait être important. Selon les objectifs du Programme, 50 collectivités devraient disposer de technologies de santé mobile d'ici 2017-2018. Durant la période de l'évaluation, les données sur la mise en œuvre de la santé mobile n'étaient pas disponibles à l'échelle des régions, sauf pour certains projets pilotes décrits dans les paragraphes qui suivent.

La région de l'Atlantique a mené un certain nombre de projets pilotes en matière de santé mobile. Le Centre d'assistance des Premières Nations du Canada atlantique dispose d'une technologie suffisamment avancée pour permettre aux utilisateurs d'appareils portatifs de se joindre à une vidéoconférence par le truchement de Polycom (application *RealPresence*). Le personnel infirmier estime qu'il est avantageux de se connecter virtuellement avec les médecins ou leurs bureaux lorsqu'ils sont chez le patient.

Au Québec, la santé mobile a été utilisée pour faire le suivi des soins à domicile dans deux collectivités. Elle sert également à effectuer à distance des suivis plus rigoureux et à assurer la surveillance des clients diabétiques, tâches effectuées par une équipe interdisciplinaire afin d'optimiser le contrôle du diabète⁴⁹.

En Ontario, certaines collectivités des Premières Nations se penchent sur la faisabilité d'utiliser des unités mobiles pour trier les patients avant de les transférer dans un établissement de santé. De même, un projet pilote est actuellement mené sur l'utilisation de la santé mobile dans les situations d'urgence dans le but de réduire les temps d'intervention. L'éducation des patients à domicile ainsi que la disponibilité des applications permettant de relier les patients aux centres de traitement sont perçues comme des facteurs importants de la prestation de services de soins de santé offerts aux Premières Nations.

Au Manitoba, des tablettes Microsoft Surface sont disponibles dans certaines collectivités afin que les fournisseurs de services de soins à domicile et en milieu communautaire puissent les utiliser durant les visites de service aux clients. Un projet pilote était également prévu pour démontrer les avantages d'utiliser la technologie mobile pour faciliter la communication entre les fournisseurs de services de soins de santé, coordonner les services (p. ex. l'aiguillage et l'ordonnancement), gérer les services (administration de l'activité du personnel), éduquer les patients et le personnel et recueillir de l'information ou des images diagnostiques. L'objectif était d'examiner comment la technologie sans fil améliore directement la prestation des services⁴⁸.

La Saskatchewan a également mené un projet pilote utilisant iPad. Récemment, la région a participé au projet pilote de santé mobile « Connaître votre état » qu'elle a appuyé et qui vise à passer d'un système de gestion des cas sur support papier à une application électronique mobile sécurisée. Il s'agissait d'une initiative menée à l'échelle nationale mise en œuvre au Centre de santé Spiritwood⁸⁹. La région a aussi manifesté

de l'intérêt vis-à-vis l'examen du soutien accordé au programme « docteurs en boîte »^p auprès des médecins intéressés qui œuvrent dans le domaine de l'hépatite C et du VIH/sida⁸⁸.

Dans la région de l'Alberta, certaines collectivités des Premières Nations peuvent accéder à des séances de télésanté à partir d'un portable, d'un iPad, d'une tablette ou d'un téléphone intelligent. L'utilisation de la vidéoconférence mobile s'est accrue au cours des deux dernières années, et elle a le potentiel de croître encore davantage à des fins administratives, éducatives et cliniques. La technologie est également une autre méthode pour les fournisseurs de services de soins de santé de fournir des services sécurisés aux établissements de santé des Premières Nations. Cela a permis de fournir aux directeurs de santé et à divers membres de Health Co-Management (HCOM)^q la capacité de se connecter à distance aux réunions avec d'autres membres. La région a ainsi pu habiliter 80 personnes (cliniciens, directeurs de santé, haute direction) grâce à la santé mobile^{70,71}.

Résultat immédiate n° 2 : Les membres des Premières Nations, le personnel de la DGSPNI et les professionnels de la santé améliorent leurs compétences et leurs connaissances.

Le Programme a appuyé les efforts visant à améliorer les connaissances et les compétences des membres des Premières Nations, du personnel de la DGSPNI et des professionnels de la santé. Des possibilités ont été offertes par l'entremise de séances éducatives et administratives en télésanté sous divers formats. Les renseignements disponibles font état de l'utilité et de l'efficacité des séances éducatives en télésanté auprès des fournisseurs de services de soins de santé de première ligne, du personnel et des collectivités.

Télésanté – séances éducatives et administratives

Des occasions d'améliorer les connaissances et les compétences des membres des Premières Nations, du personnel de la DGSPNI et des fournisseurs de soins de santé ont été offertes dans le cadre du PIC. Le nombre de séances éducatives et administratives est présenté dans les **tableaux 14 et 15**, respectivement. Au Manitoba, la diminution s'explique par le reclassement des séances éducatives en séances cliniques ainsi que par la réduction du nombre de séances données par un fournisseur.

^p Docteurs en boîte est un appareil mobile qui utilise la connexion d'un téléphone portable pour établir un lien vidéo bidirectionnel haute résolution entre un médecin, par exemple à son cabinet, et les patients et les professionnels de la santé se trouvant à divers endroits (p. ex. le domicile d'un patient, la scène d'un accident, etc.). Des périphériques peuvent aussi être utilisés pour recueillir et fournir des données sur la santé.

^q HCOM est un groupe de défense des intérêts qui représente les collectivités des Premières Nations en Alberta. La défense des intérêts touche six catégories gérées par six sous-comités : santé mentale et dépendances, gouvernance et immobilisations, programmes de prévention, Services de santé non assurés, santé publique et enfants et jeunes.

Tableau 14. Nombre de séances éducatives en télésanté

Exercice	Régions						Total
	Atlantique	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	
2011-2012	228	-	133	1 255	-	647	2 263
2012-2013	349	-	160	1 967	-	1 274	3 750
2013-2014	232	-	334	1 767	34	346	2 713
2014-2015	220	-	434	1 142	79	747	2 622
2015-2016	161	-	459	724	96	746	2 186
Total	1 190	-	1 520	6 855	209	3 760	13 534

Tableau 15. Nombre de séances administratives en télésanté

Exercice	Régions						Total
	Atlantique	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	
2011-2012	-	-	-	495	-	-	495
2012-2013	-	-	92	645	-	-	737
2013-2014	-	-	91	775	43	-	909
2014-2015	31	-	140	598	208	802	1 779
2015-2016	28	-	140	783	69	573	1 593
Total	59	-	463	3 296	320	1 375	5 513

Des séances éducatives et administratives se sont tenues selon diverses modalités, telles que la vidéoconférence (séances éducatives en télésanté) ainsi que des séances de formation, d'orientation formelles et des ateliers. Les séances éducatives en télésanté offertes aux membres des Premières Nations et aux fournisseurs de services de soins de santé ont permis aux participants d'acquérir de l'information et des connaissances sur un certain nombre de domaines liés à la santé (notamment l'éducation sur le diabète, la sensibilisation aux drogues, la santé de la population, la planification de la santé communautaire, l'élaboration et la mesure d'indicateurs de santé, la surveillance de la santé publique, la gestion de l'information sur la santé) et de bénéficier d'une formation sur les nouveaux équipements touchant le domaine de la santé^{36,37,44}.

Dans le cas des fournisseurs de services de soins de santé, cette formation pourrait ne pas avoir été offerte autrement si des déplacements étaient requis, surtout en raison des contraintes budgétaires des services infirmiers en soins primaires³⁶. Les séances éducatives en télésanté ont soutenu les efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies en fournissant aux patients de l'information sur leur état et sur la façon de le gérer et de l'améliorer³⁶. Qui plus est, l'éducation et la formation jouent un rôle important dans le renforcement des capacités de la collectivité à mesure que les initiatives de cybersanté passent de l'étape d'élaboration à l'étape opérationnelle.

Satisfaction des participants à l'égard des possibilités de formation visant à perfectionner les compétences

Des séances éducatives sont offertes 1) aux patients et à leurs familles sur divers sujets de santé pour que les personnes puissent gérer leur santé, et 2) aux fournisseurs de services de soins de santé sur la formation et la formation continue. Bien que certains sondages aient été menés sur l'expérience des patients et des fournisseurs à

l'égard des séances cliniques de télésanté, cela n'a pas été le cas pour les séances administratives et éducatives. Dans certains cas, des renseignements limités ont été recueillis (p. ex. KOeTS, Télésanté Manitoba). Selon le *Rapport annuel 2013-2014 de KOeTS*, les membres de la collectivité ont salué l'utilisation de la technologie de la télésanté comme véhicule de formation, car elle rend accessibles les programmes préalablement difficiles ou impossibles à consulter et fait en sorte que le développement personnel et professionnel soit financièrement abordable grâce à l'élimination de certains des coûts économiques et sociaux liés au départ de la maison pour suivre une formation échelonnée sur de longues périodes⁹⁷. Ces résultats sont liés à un sondage sur l'évaluation des avantages mené par Télésanté Manitoba : bien que les réponses aient été limitées, les participants estimaient que la télésanté offrait une éducation et une communication accrues et avait permis un accès additionnel à des activités éducatives auxquelles le personnel n'aurait pas pu autrement participer en raison de contraintes de temps et de limites de coûts¹⁰⁷. Compte tenu de l'information limitée recueillie au moyen d'entrevues et d'études de cas menées aux fins de l'évaluation, le degré de satisfaction envers les séances éducatives en télésanté était supérieur à la moyenne (3,5 sur une échelle de cinq points, N = 6).

Résultat immédiat n° 3 : Les partenaires et les intervenants participent à la planification concertée et intégrée des technologies de la cybersanté.

Le PIC utilise un certain nombre de mécanismes de mobilisation multipartite et visant à promouvoir la planification concertée et intégrée de la cybersanté. En ce qui concerne l'harmonisation, les responsables du PIC collaborent avec les représentants des Premières Nations et des gouvernements fédéral et provinciaux pour intégrer les services de santé en cernant les possibilités et en jouant un rôle actif dans des partenariats plurigouvernementaux.

Mécanismes visant à promouvoir la mobilisation et la collaboration

Le partenariat est l'un des principaux moteurs du succès de la cybersanté dans les collectivités des Premières Nations. Ce partenariat est rendu possible grâce à divers mécanismes de mobilisation, tels que des réunions hebdomadaires régulières, des forums d'information, des groupes de travail, des comités directeurs et des organismes consultatifs^{72,76}. Souvent, des discussions et des échanges de renseignements ont lieu entre de nombreuses parties, dont des représentants régionaux du PIC, des organisations régionales des Premières Nations, des directeurs des services de santé des Premières Nations, des provinces et d'autres participants, tels que les fournisseurs de services Internet (FSI), les fournisseurs, les universités et les associations. Les bureaux régionaux du PIC collaborent avec les intervenants, comme la CSSSPNQL, le Centre de dépannage des Premières Nations du Canada atlantique, le Centre de données de Membertou, le GCST, Nanaandawewigamig - le Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba (SSDSPNM) et KOeTS qui, à leur tour, travaillent directement avec les collectivités pour dispenser des soins cliniques, des services d'éducation et de santé par le truchement de la télésanté et d'autres composantes^{26,87}. Sur le plan national, les responsables du PIC participent

aussi à des échanges multilatéraux clés avec d'autres partenaires fédéraux (p. ex. AANC) ainsi qu'au sein et à l'extérieur de la DGSPNI de Santé Canada.

Ententes, activités et plans de collaboration

En plus de fournir et de soutenir une variété de plateformes habilitantes pour la participation des Premières Nations à l'échange de renseignements et à la prise de décisions, des progrès ont été accomplis dans le domaine de la planification concertée et intégrée de la cybersanté. Le PIC fait des progrès dans la poursuite de l'identification et de l'avancement des priorités partagées avec les Premières Nations, d'autres ministères fédéraux, les provinces et d'autres partenaires grâce à une planification concertée et adaptée à la culture et à des initiatives coordonnées visant à améliorer les résultats en matière de santé.

Au nombre des exemples des méthodes utilisées pour cette planification concertée figurent des comités de planification, l'établissement de cadres de référence pour les partenariats, la mise en place d'ententes de service, d'accords de contribution, etc. En règle générale, les divers plans et diverses stratégies de collaboration font ressortir l'importance de la télésanté, du SISP (Panorama) et des DME/DSE.

Les régions ne participent pas toutes dans la même mesure aux partenariats avec les collectivités des Premières Nations, les organisations régionales des Premières Nations et les organismes provinciaux. Le Manitoba a été particulièrement actif avec divers niveaux de partenariat (avec les gouvernements provinciaux et fédéral et les organisations des Premières Nations), notamment le Partenariat régional de télésanté des Premières Nations du Manitoba^{1,8,30,42,65,79}.

La région de la Saskatchewan coordonne les efforts associés à de nombreuses composantes du Programme (p. ex. la télésanté, la connectivité et la formation), mais surtout au niveau du SISP (Panorama)⁷⁸. Elle mobilise les collectivités des Premières Nations ainsi que des partenaires provinciaux et d'autres partenaires (notamment l'autorité sanitaire d'Athabasca afin de fournir l'accès aux DME provinciaux et au ministère de la Santé de la Saskatchewan)^{65,89}.

La région de l'Ontario continue de promouvoir et de soutenir la participation active à des tables trilatérales, notamment celle du Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières Nations (CTHFSPN) et la table de concertation de la santé de Keewatin (Nord). Il existe également d'autres initiatives, telles que le groupe de travail FP/Pikangikum, le *Sioux Lookout Four Party Agreement* et l'Entente cadre d'intégration des services de santé de la région de Weeneebayko⁵⁶.

Le Comité consultatif de l'infrastructure régionale du Québec regroupe des représentants d'organisations régionales des Premières Nations, de collectivités, du PIC, d'AANC et de la province afin de soutenir les partenariats et la planification conjointe de la cybersanté⁸⁷. La région collabore étroitement avec la CSSSPNQL à la planification générale de la cybersanté, à des projets particuliers, à la formation et à l'utilisation de la télésanté; de plus, elle échange de l'information avec les collectivités par le Réseau des directeurs de la santé des Premières Nations du Québec^{87,54}.

La relation de collaboration de la région de l'Atlantique avec le Centre de dépannage des Premières Nations du Canada atlantique, le Centre de données de Membertou, Tui'kn et le Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador (NLCHI) permet aux responsables du PIC de travailler sur plusieurs projets offerts aux collectivités des Premières Nations. Grâce à la collaboration avec le NLCHI, des projets de gestion de l'information sur la santé ont été utilisés pour le transfert des connaissances et ont permis de créer des brochures et des affiches « Info-éclair » qui présentent une vue d'ensemble générale de l'état de santé⁴⁴.

La région de l'Alberta collabore avec des organismes provinciaux (Services de santé de l'Alberta) et des organisations régionales des Premières Nations (p. ex. le GCST et le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations de l'Alberta) afin d'améliorer la prestation des services de cybersanté conformément à HCOM.

Efforts d'harmonisation et portée de l'harmonisation

Les responsables du PIC collaborent avec les partenaires et les intervenants pour assurer l'intégration des services de santé. Les responsables du Programme collaborent avec des partenaires fédéraux, comme AANC et Inforoute, et participent aux efforts d'harmonisation multilatéraux avec les organisations régionales des Premières Nations, les gouvernements provinciaux, les organismes de cybersanté (p. ex. EHealth Saskatchewan et le Programme de cybersanté du Manitoba) et les régions régionales de la santé.

Les efforts d'harmonisation à l'échelle provinciale ont été qualifiés d'essentiels à l'avancement de la cybersanté dans les collectivités des Premières Nations. Le Partenariat régional de télésanté du Manitoba est un exemple de collaboration plurigouvernementale par laquelle les provinces, la DGSPNI et le SSDSPNM collaborent avec Télésanté Manitobapour offrir des services de cybersanté aux collectivités des Premières Nations^{74,79}. Le bureau régional collabore aussi avec les responsables du Programme de cybersanté du Manitoba sur des initiatives destinées aux collectivités des Premières Nations qui se déroulent dans l'ensemble de la province (p. ex. DossiÉ et Panorama)⁷⁹.

La collaboration plurigouvernementale est également présente dans les Plans technologiques de santé communautaire des provinces de l'Atlantique. Le Partenariat pour la santé des Premières Nations de la région de l'Atlantique est un exemple de gouvernance intégrée de la santé dans la région de l'Atlantique.

Le bureau régional du Québec a collaboré avec les autorités locales afin de faciliter le déploiement de Panorama dans les collectivités des Premières Nations, selon le calendrier et le processus établis par les autorités provinciales locales. De plus, le système I-CLSC, qui complète les DME et est compatible avec les systèmes informatiques provinciaux, a été mis en œuvre dans plusieurs collectivités. Il existe des exemples de collaboration plurigouvernementale des services de cybersanté avec les collectivités des Premières Nations à laquelle participe la CSSSPNQL^{75,31}.

En Ontario, plusieurs efforts sont déployés pour travailler en étroite collaboration avec la province et les Premières Nations. Un groupe consultatif sur la gestion des connaissances a été créé pour « [traduction] fournir une orientation technique et

stratégique en matière d'information et de surveillance de la santé et mettre en place les futurs systèmes de gestion de l'information sur la vaccination des Premières Nations »²⁴. Il y a eu des difficultés dans l'harmonisation du PIC avec les priorités provinciales, au moment où la province s'affaire à redéfinir sa stratégie de cybersanté, mais des progrès ont récemment été réalisés dans le domaine des DME, du SISP (Panorama) et de la télésanté. KOeTS collabore directement avec les régions de la santé des Premières Nations, les collectivités et les fournisseurs de services de soins de santé afin d'améliorer le niveau de collaboration et de coordination associé à l'accès aux services de santé⁹⁷. Par exemple, KOeTS fait partie du *Virtual Mental Health and Addictions Working Group* (VMHAWG) [groupe de travail virtuel sur la santé mentale et les dépendances] qui met actuellement à l'essai un modèle de service dans quatre collectivités éloignées.

Les partenariats tripartites constituent un moyen efficace d'harmoniser les stratégies et les efforts propres à la télésanté dans les collectivités des Premières Nations. Le partenariat régional de télésanté de l'Alberta existe depuis 2005; son rôle consiste à assurer la gestion et le déploiement de la télésanté dans les collectivités des Premières Nations⁷⁷. En Alberta, la télésanté est l'apanage de quatre partenaires clés, soit le PIC, le GCST, la province et autres fournisseurs (p. ex. SuperNet) et les collectivités des Premières Nations. Cela a permis l'accès à un plus vaste bassin de ressources de cybersanté au profit des collectivités. Un protocole d'entente tripartite sur la santé et le bien-être des Premières Nations en Saskatchewan a été signé entre la Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan, le gouvernement du Canada et le gouvernement de la Saskatchewan; il comporte plusieurs objectifs, notamment adapter et mieux intégrer les programmes de santé et de bien-être de toutes les administrations en éliminant le chevauchement, en comblant les lacunes et en améliorant la coordination et l'efficacité des systèmes de santé⁴².

Des relations en matière de gouvernance de la santé novatrice et intégrée sont maintenues ou établies entre le Programme et ses régions, les collectivités, les gouvernements provinciaux, les partenaires fédéraux et autres partenaires concernés⁴². Des organismes consultatifs jouent un rôle en garantissant l'harmonisation de la cybersanté. Par exemple, le Comité consultatif de l'infrastructure régionale au Québec regroupe des représentants de trois organisations des Premières Nations, du bureau régional du PIC, d'AANC et de la province. Cet organisme sert de mécanisme de communication clé qui favorise l'harmonisation entre les partenaires régionaux affectés aux activités de cybersanté⁸⁷.

4.4.2 Dans quelle mesure les résultats intermédiaires ont-ils été obtenus?

Résultat intermédiaire n° 1 : Les membres des Premières Nations et les professionnels de la santé utilisent les technologies de la cybersanté dans la prestation des services de soins de santé.

Des séances cliniques de télésanté sont offertes dans de nombreuses collectivités des Premières Nations et couvrent de nombreux sujets. Le Programme a dépassé son objectif qui consistait à tenir des séances cliniques via la télésanté dans les collectivités des Premières Nations. Ces séances ont couvert une multitude de spécialités cliniques. Un mécanisme accru de collaboration et d'intégration au sein de la famille fédérale (c.-à-d. Santé Canada, AANC, ISDEC) ainsi qu'au sein de Santé Canada pourrait se traduire par une connectivité Internet et une bande passante supérieures et plus stables. L'acceptation et l'utilisation de la télésanté dans certaines collectivités éloignées ou isolées ou les deux pourraient être renforcées par un mécanisme de promotion auprès des membres, des familles et des collectivités des Premières Nations ainsi que parmi les professionnels de la santé, en plus de fournir un soutien accru sur le terrain (p. ex. coordonnateurs de la télésanté). Un soutien accru en matière de santé mobile grâce à l'aide conférée aux collectivités pour qu'elles puissent relever les défis liés à la connectivité et à la sécurité des communications peut faciliter l'adoption des technologies.

Télésanté – séances cliniques

Les séances cliniques de télésanté facilitent l'accès aux services de soins de santé tout en améliorant le nombre de services de soins de santé offerts aux collectivités des Premières Nations. Le **tableau 16** fournit un aperçu du nombre de séances cliniques dispensées dans les régions. Selon les cibles du Programme, 8 160 séances cliniques devaient être offertes dans les collectivités des Premières Nations en 2016-2017. Selon les données disponibles, cet objectif a été dépassé.

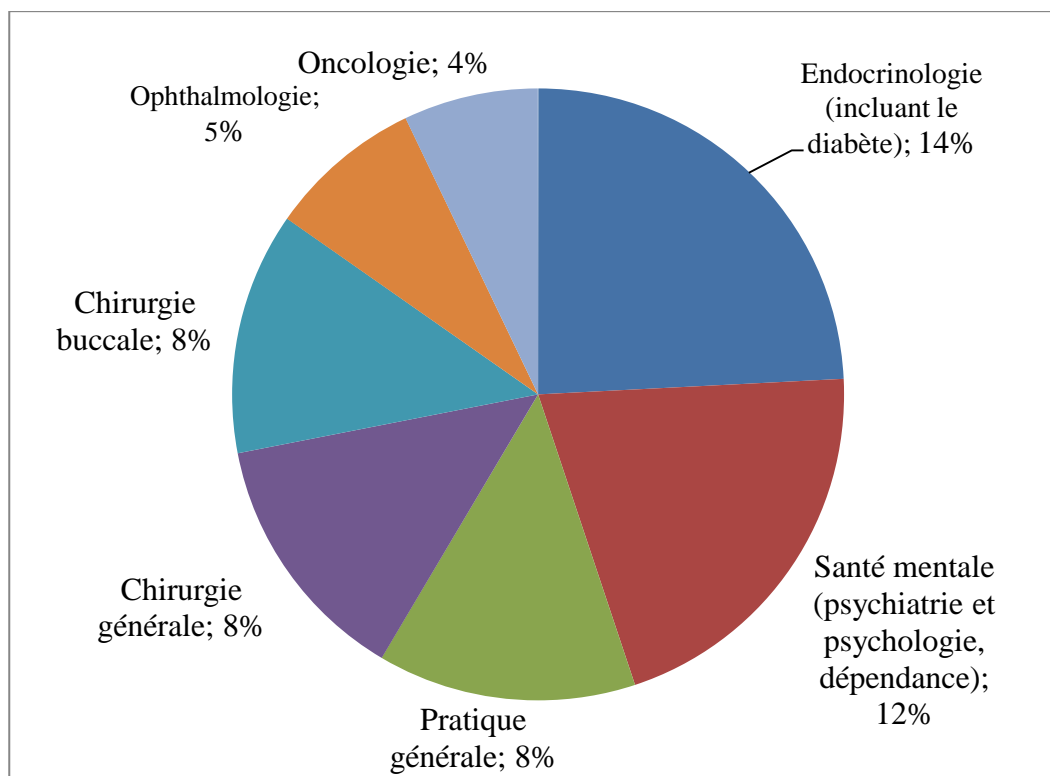
Tableau 16. Nombre de séances cliniques de télésanté

Exercice	Régions						Total
	Atlantique	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	
2011-2012	24	-	2 421	1 664	-	771	4 880
2012-2013	26	-	2 538	2 329	-	1 542	6 435
2013-2014	28	-	2 852	3 082	14	2 272	8 248
2014-2015	27	-	2 782	3 556	85	4 140	10 590
2015-2016	91	-	3 205	3 708	98	3 287	10 389
Total	196	-	13 798	14 339	197	12 012	40 542

À l'échelle nationale, des séances cliniques ont été dispensées dans diverses spécialités, p. ex. pneumologie, psychologie (p. ex. suicide chez les jeunes), santé mentale, consultations pour problèmes de dépendance, orthophonie, oncologie, télédentisterie, endocrinologie, diététiste, omnipraticien^{74,36,75}. Par contre, le type et le

sujet des séances cliniques tenues font l'objet d'un suivi régulier dans seulement deux régions (l'Ontario et le Manitoba). Les rapports les plus réguliers ont été faits par KOeTS, même si la classification des domaines de spécialité varie d'une année à l'autre, ce qui rend les observations des tendances difficiles. La **figure 2** présente une ventilation des principales séances représentant plus de 75 % de toutes les séances offertes par KOeTS en 2015-2016⁹⁸.

Figure 2. Principaux types de séances cliniques de télésanté, tels qu'indiqués par Keewaytinook Okimakanak ehealth Telemedicine Services pour l'exercice 2015-2016



Selon les partenaires et les intervenants, les tendances suivantes étaient bien visibles dans les différentes régions visées par le Programme.

- Dans la région de l'Atlantique, des séances cliniques de télésanté sont offertes en matière de santé cardiaque, de télépsychiatrie, de diabète, de soins de suivi pour les maladies du cœur, de soins liés au cancer, de santé mentale et de dépendances. Malgré une augmentation dans la région, la présentation de séances cliniques de télésanté est qualifiée de faible; en effet, les besoins en télésanté ne sont peut-être pas importants en raison de la proximité de nombreuses collectivités des Premières Nations avec les centres urbains. De plus, on constate un manque de coordonnateurs de télésanté pour planifier et organiser les séances, faire le suivi des rendez-vous et promouvoir le service.
- Au Québec, la télésanté mentale et la téléophthalmologie ont été mises en œuvre avec succès. Le projet concernant la rétinopathie est en place dans 24 collectivités du Québec. Le CEPN, la CSSSPNQL et la DGSPNI sont partenaires.

- En Ontario, KOeTS a entrepris, à l'aide de l'ordonnanceur du RTO, diverses séances cliniques en plus de celles indiquées à la figure précédente, telles que les soins des plaies, les maladies infectieuses, l'urologie, les évaluations préalables et postérieures liées aux chirurgies générales, les évaluations préalables aux chirurgies dentaires, la dermatologie, les consultations de spécialistes, la radiologie et les soins à domicile.
- Au Manitoba, les séances cliniques sont offertes par Télésanté Manitoba avec la participation de la province, du SSDSPNM, d'Alcooliques anonymes et du CTAAM. Au nombre des exemples de spécialités cliniques, mentionnons les soins du cancer, la dermatologie, les soins des pieds, l'orthopédie, la santé mentale, les soins des plaies et l'orthophonie. Le CTAAM offre un programme provincial financé par le PIC qui utilise du matériel de télésanté pour améliorer la prestation des services dans les régions éloignées ou isolées ou les deux du Manitoba³⁶.
- En Saskatchewan, des séances cliniques sont offertes pour la réadaptation, la santé cardiaque, les maladies infectieuses, l'oncologie, la néphrologie, la gestion du diabète, l'alimentation et la planification des repas. Le nombre de séances cliniques offertes en Saskatchewan est faible en raison d'un manque de capacité sur le terrain, notamment au niveau des coordonnateurs de la télésanté et des questions relatives à la rémunération des médecins.
- En Alberta, même si le nombre de séances cliniques a dépassé celui des séances administratives et éducatives, on a observé une variabilité dans l'utilisation à l'échelle des collectivités. Le GCST continue de collaborer avec les collectivités afin de retenir les services de fournisseurs ou de recenser des fournisseurs.

Même s'il y a peu de sondages sur la satisfaction des clients ou des fournisseurs à l'égard des séances cliniques, des données sont disponibles auprès de Télésanté Manitoba et de KOeTS^{96,97,98,94,95,107}. Parfois, des formulaires sont remplis (notamment, après la tenue de séances comme celles sur la santé mentale) et ne sont pas comptabilisés ou contiennent trop de réponses ouvertes pour fournir des renseignements concrets, en particulier si le taux de réponse est faible.

KOeTS a mené plusieurs sondages sur la satisfaction des patients au cours de la période visée par l'évaluation; toutefois, les taux de réponse sont trop faibles pour tirer des conclusions. Cela dit, les sondages révèlent une grande satisfaction des répondants à l'égard des activités de télésanté et mettent l'accent sur leurs avantages supplémentaires (p. ex. accroître la compréhension et la connaissance des préoccupations en matière de santé). KOeTS a également effectué des sondages, des entrevues et tenu des réunions régulières avec des fournisseurs de services clés afin de résoudre les problèmes liés à la qualité du service. Ces sources font état d'une grande satisfaction à l'égard de la qualité du service offert par la télésanté. Enfin, KOeTS a aussi réalisé des sondages auprès d'autres intervenants de la collectivité (p. ex. chef et membres du conseil, directeurs de la santé, personnel infirmier communautaire et autres membres de la collectivité); les résultats montrent un niveau élevé d'acceptation par la collectivité^{96,97,98,94,95}.

Possibilités d'améliorer la prestation des services de soins de santé

Connectivité Internet

Tel qu'indiqué précédemment, la connectivité Internet est l'épine dorsale de toutes les autres composantes du PIC, notamment le SISP, les dossiers électroniques et la télésanté. Tous les partenaires et intervenants concernés par la connectivité, y compris les organisations régionales des Premières Nations, ISDEC, AANC, les provinces et les FSI, doivent relever le défi de mettre en place une connectivité durable, fiable et abordable dans les collectivités éloignées ou isolées ou les deux les plus difficiles à atteindre (en raison de leur emplacement, de leur terrain), comme Natuashish à Terre-Neuve-et-Labrador, Fort Severn dans le nord de l'Ontario et le nord du Manitoba. Les collectivités n'ayant pas accès à un réseau de fibre optique s'appuient sur les communications par satellite, lesquelles peuvent s'avérer peu fiables par mauvais temps, souvent dispendieuses en raison des charges saturées et complexes à utiliser du point de vue technique. De plus, les coûts de connectivité qu'exigent les FSI aux collectivités éloignées ou isolées ou les deux tendent à être plus élevés, ce qui devient une barrière liée au coût pour certaines collectivités. Jumelé à des budgets limités, cela joue un rôle clé dans les collectivités qui ne peuvent se procurer la bande passante nécessaire, même si celle-ci est disponible. Pour l'instant, il ne semble pas y avoir une technologie optimale qui permettrait de fournir à ces collectivités le niveau d'accès à large bande à un coût abordable.

À l'heure actuelle, les divers mandats entre ISDEC, AANC et la DGSPNI^r n'ont pas permis une planification intégrée axée sur les collectivités des Premières Nations qui ont besoin d'un accès à large bande pour la prestation de services de soins de santé. Il en va de même avec les plans des gouvernements provinciaux qui amènent l'infrastructure du réseau de fibre optique à proximité des collectivités des Premières Nations sans toutefois les rejoindre. Le PIC a des possibilités de renforcer son rôle de partenariat auprès d'AANC, d'ISDEC et des gouvernements provinciaux, en particulier dans le domaine de la planification et de la fourniture de la connectivité à large bande nécessaire aux établissements de santé, conformément aux exigences minimales de la cybersanté. Les partenaires et les intervenants ont identifié plusieurs défis dans le domaine de la connectivité à large bande qui peuvent être généralement classés comme suit : 1) fournir une connectivité à large bande qui peut soutenir la prestation de la télésanté dans les collectivités éloignées ou isolées ou les deux qui sont confrontées à des pannes de courant; 2) trouver, dans la mesure du possible, des technologies de communication de rechange plus fiables et plus évolutives que la couverture par satellite actuelle par bande C; 3) renforcer et mettre à niveau des réseaux de fibre optique afin de soutenir les solutions liées à la télésanté, au SISP et aux DME/DSE grâce à la disponibilité de bandes passantes appropriées; et 4) fournir aux établissements de santé une bande passante exclusive qui n'est pas utilisée par la collectivité à d'autres fins.

^r ISDEC a un mandat de connectivité dans les foyers; AANC a un mandat de bien-être communautaire et la DGSPNI a un mandat de santé envers les Premières Nations.

Une bande passante exclusive pour les établissements de santé est nécessaire, en particulier pour le déploiement du DME dans les collectivités. L'utilisation de la bande passante par la collectivité tend à atteindre des niveaux records (les gens en utilisent davantage lorsqu'ils en ont davantage), ce qui a une incidence sur les composantes de la cybersanté puisque la bande passante disponible dans la collectivité tend à être partagée avec les établissements de santé (c.-à-d. aucune bande passante exclusive pour les établissements de santé). Le défi consiste à s'assurer que l'établissement de santé dispose de la bande passante nécessaire pour la télésanté, le DME et le SISP.

L'infrastructure des établissements de santé exerce aussi un impact sur la bande passante. Les rôles et responsabilités du PIC, du Programme des établissements de santé et immobilisations (PESI) de Santé Canada, de la Direction des services de gestion de l'information (DSGI) de la Direction générale des services de gestion de Santé Canada, de Services publics et Approvisionnement Canada et de Services partagés Canada (SPC) ne sont pas clairs aux yeux des personnes affectées à la prestation des services de soins de santé aux Premières Nations. L'identification de l'organisation qui est responsable de la fourniture du soutien logiciel ou matériel, de la formation sur de nouveaux logiciels, de la mise à niveau des câbles et de l'équipement réseau, etc., a été perçue comme une perturbation à l'égard des services de cybersanté^{29,125}. Les partenaires et les intervenants ont fourni des exemples précis de situations où un soutien est nécessaire : réinitialiser un routeur à la suite d'une panne de courant; aider à relier l'ordinateur d'une infirmière au réseau local (RL) de l'établissement de santé; s'assurer que l'équipement de télésanté peut être utilisé (connecté) dans les salles d'urgence; déterminer les exigences minimales en matière de bande passante dans les établissements de santé pour s'assurer que la télésanté, les DME/DSE et le SISP peuvent fonctionner sans défaillance de connectivité. Certaines de ces questions peuvent ne pas être directement liées aux fonctions du PIC, mais elles constituent des obstacles à la prestation des services de cybersanté.

Le rôle qu'assume le PESI pour s'assurer que les établissements de santé disposent du câblage nécessaire « derrière les murs » et des sorties appropriés est compliqué étant donné que la plupart des établissements de santé appartiennent aux Premières Nations et que la participation des responsables du PESI ne se produit qu'à l'étape de la planification/conception (nouvelles constructions, rénovations, expansions). Les problèmes techniques et d'architecture liés à la taille adéquate des locaux pour la tenue de séances de télésanté, aux normes acoustiques appropriées et à la protection de la vie privée, à la disponibilité de vastes couloirs pour déplacer l'équipement de télésanté et à la disponibilité des connexions pour l'équipement de télésanté dans les salles d'urgence pourraient être réglés grâce au renforcement de la collaboration entre le PIC, le PESI et les Premières Nations à l'étape de planification. Des difficultés liées à la convenance des locaux peuvent survenir lorsque de nouveaux modes de prestation de services sont intégrés à l'infrastructure existante. La priorité à une aide à la modernisation de l'infrastructure existante en vue du déploiement de la cybersanté pourrait être accordée dans les plans régionaux. Il y a lieu d'examiner les problèmes qu'éprouvent les établissements de santé et d'en arriver à des solutions multipartites qui témoignent d'une perspective holistique et locale.

En ce qui concerne les données administratives du Programme, il est nécessaire d'évaluer à l'échelle nationale la quantité de bande passante utilisée par les établissements de santé, ce qui est nécessaire pour déterminer si le niveau de connectivité est suffisant pour soutenir les activités de cybersanté. Il y a lieu d'établir des lignes directrices ou des normes claires et précises qui définissent les exigences en matière de bande passante afin d'appuyer les diverses composantes de la cybersanté. En outre, une évaluation du nombre de bandes passantes utilisées par les établissements de santé par rapport à ce qui est techniquement disponible à la tête de ligne de la collectivité des Premières Nations serait utile pour identifier les secteurs où il serait possible de procéder à des mises à niveau de la connectivité.

Enfin, il est nécessaire d'établir des définitions de terminologie normalisées dans le « domaine de la connectivité qui sont claires, exactes du point de vue technique et utilisées de manière régulière » afin que tous les partenaires comprennent leur niveau d'engagement et leurs attentes avant le début du projet dans un environnement plurilatéral⁹⁰.

Télésanté – séances éducatives et administratives

Les régions tiennent des séances éducatives et administratives. L'adoption potentielle de ces séances pourrait être améliorée en réglant les problèmes liés à une bande passante insuffisante, à une connectivité et à un accès peu fiables^{37,124}. Le nombre de séances éducatives dispensées par l'entremise de la télésanté dans certaines régions (notamment l'Atlantique) a diminué au cours de certaines années en raison de ces problèmes³⁷. De plus, les séances cliniques ont la priorité par rapport aux autres séances, en termes de bande passante et de disponibilité de l'équipement, ce qui entraîne parfois l'annulation d'un événement éducatif sans préavis, ce qui n'est pas sans causer de la frustration chez les présentateurs et les participants¹²⁴. Même si les séances cliniques devraient continuer à bénéficier de la priorité, une bande passante réservée dans l'établissement de santé et une meilleure coordination et de meilleures options technologiques (p. ex., unités du CODEC^s) peuvent atténuer ce problème.

La disponibilité de ressources humaines formées et bien informées a également des répercussions sur la tenue et la disponibilité des séances éducatives et administratives^{124,73}. Dans de nombreuses petites collectivités où le soutien des TI fait défaut, les coordonnateurs de la télésanté pourraient régler les problèmes de base liés à la défectuosité du matériel et aux problèmes de connectivité. Selon les partenaires et les intervenants, le facteur critique nécessaire au succès de ces types de séances passe par la sélection et la formation de coordonnateurs de la télésanté, qui peuvent avoir à effectuer plusieurs tâches, dont la manipulation de l'équipement, la réinitialisation des routeurs en cas de panne de courant, la promotion des séances auprès des membres de la collectivité et des professionnels, la recherche de fournisseurs appropriés pour présenter les séances et de partenaires, sans oublier la prestation de services de traduction avant et pendant certaines séances.

Les autres domaines à examiner aux fins d'une meilleure mise en application et d'une valeur accrue des séances éducatives sont la disponibilité de renseignements tenant

^s Codeurs/décodeurs affichant une certaine forme de compression vidéo/audio.

compte de la culture (p. ex. pour les cours sur l'alimentation) et un nombre suffisant de fournisseurs de contenu. Dans certaines régions, la relation avec le partenaire provincial de la cybersanté ne tient pas compte de la fourniture et de la diffusion conjointes de renseignements sur la santé pour ce qui est de la formation et de l'éducation. Dans d'autres cas, l'établissement d'un lien avec un partenaire provincial, tel que le RTO, peut ne pas s'avérer possible en raison des coûts supplémentaires que doit assumer la collectivité (notamment l'achat de matériel éducatif ou l'adhésion). Une évaluation des exigences et des besoins éducatifs du personnel des établissements de santé aiderait aussi à améliorer le recours à ces séances.

Télésanté – séances cliniques

Le recours aux séances cliniques pourrait être amélioré par l'examen des principaux domaines de préoccupation, p. ex. la connectivité limitée (bande passante) dans les collectivités éloignées ou isolées ou les deux^{78,68,69,86,89,96}, les annulations et les patients qui ne se présentent pas^{78,96}, ainsi que le financement suffisant et soutenu pour couvrir les coûts d'entretien, les coûts de mise à jour continue de l'équipement, etc.^{73,44,53,57,69,85}. Les changements ou le roulement touchant le personnel des établissements de santé, le manque de formation du personnel infirmier au plan de l'utilisation du matériel de télésanté, le soutien des TI inadéquat et en temps opportun, ainsi que le manque de ressources et de possibilités de renforcement des capacités dans les collectivités des Premières Nations sont également perçus comme des facteurs de dissuasion majeurs^{59,60,69,100}. L'espace inadéquat et le manque de confidentialité liée à la prestation des séances, surtout dans certains établissements de santé plus anciens (y compris l'absence d'une salle spéciale et de l'espace nécessaire pour le matériel), le manque de collaboration de la part des médecins qui ne sont pas enclins à participer à la télésanté en raison de préoccupations liées à leur rémunération ou de leur connaissance de la technologie et l'absence de coordonnateurs de la télésanté sont d'autres obstacles à l'organisation de séances.

Selon les commentaires obtenus dans le cadre des entrevues et des études de cas, il y a un grand besoin de promouvoir la télésanté. À l'heure actuelle, la sensibilisation à la télésanté, à son utilisation et à ses avantages est faible dans certaines collectivités, en particulier celles qui n'ont pas de coordonnateur de la télésanté. Certaines collectivités disposent de l'équipement, mais ne semblent pas en profiter, en raison du manque de capacité sur le terrain pour le faire fonctionner et du fait que certains médecins ne savent pas comment incorporer la télésanté à leur pratique, ce qui nécessite de l'encouragement et de la formation. D'autres facteurs influent aussi sur la tenue des séances, notamment le mauvais temps et les pannes de courant; l'accès par les médecins aux numéros d'assurance maladie provinciaux des patients et la disponibilité de ces numéros (p. ex. régime d'assurance-santé de l'Ontario – OHIP); les exigences contraignantes des médecins qui doivent remplir plusieurs formulaires (p. ex. dans le cas de la télépsychologie), ce qui occasionne de longs temps d'attente; la disponibilité de services de traduction et d'interprétation; et, la disponibilité de services de transport pour permettre aux patients d'assister aux séances, en particulier pour les personnes âgées. Les commentaires obtenus au cours de l'évaluation laissent également entendre que l'utilisation des séances cliniques de télésanté est très élevée dans les régions où il

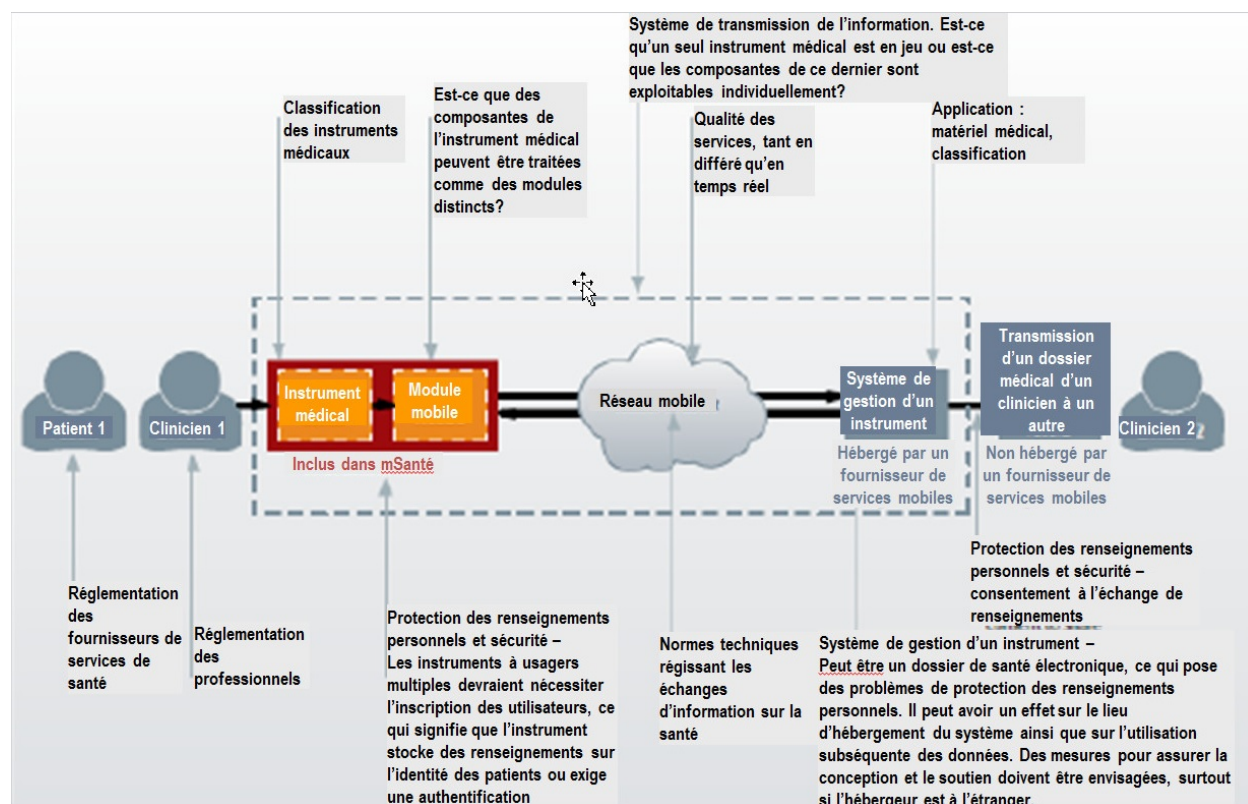
existe une organisation désignée ou des coordonnateurs de télésanté qui en font la promotion, p. ex. KOeTS, le GCST et Télésanté Manitoba.

Santé mobile

Tel que mentionné au préalable, la santé mobile en est actuellement à l'étape d'élaboration dans plusieurs régions. Bien qu'il existe un potentiel considérable pour l'utilisation de la santé mobile, la disponibilité et la fiabilité de la connectivité cellulaire ainsi que la sécurité touchant les communications des données constituent des défis qui doivent être relevés. Les fournisseurs de services de soins de santé dans les collectivités des Premières Nations doivent pouvoir miser sur un moyen sécurisé d'échanger les renseignements sur la santé d'un patient (texte, images) avec d'autres fournisseurs de services de soins de santé à des fins de consultation. Il faut une solution à la fois suffisamment sécurisée et pratique à utiliser pour garantir son adoption par les utilisateurs ultimes. L'utilisation des appareils mobiles est pratique, mais des exigences en matière de sécurité et le recours à des pratiques qui préviennent les atteintes à la vie privée sont nécessaires⁶⁷.

La **figure 3**, fournie par Inforoute, fait état des différentes politiques et des différents règlements qui peuvent s'avérer nécessaires pour s'assurer que la santé mobile est sécurisée et fiable²⁰.

Figure 3. Politique et règlement pouvant s'appliquer aux solutions de télésurveillance



Selon Inforoute, voici ce que la mise en œuvre de la santé mobile comprendrait.

- Définir un processus visant à certifier de multiples fournisseurs qui s'occuperaient des différentes parties du système.
- Élaborer et mettre en œuvre un processus d'évaluation systématique pour déterminer si la solution ou la composante de la santé mobile en question est perçue comme un instrument médical et, par conséquent, si elle est assujettie à des règlements et à la délivrance de licences.
- La délivrance d'une licence pour le dispositif de surveillance à distance (Santé Canada) et peut-être pour l'application mobile.
- Établir un processus de diligence raisonnable en matière de confidentialité et de sécurité pour assurer la sécurité et la confidentialité des données des diverses composantes de la solution de santé mobile.

Résultat intermédiaire n° 2 : Des technologies de cybersanté interexploitables sont mises en œuvre dans les collectivités des Premières Nations.

La mise en œuvre des SISF et des dossiers électroniques a dépassé les objectifs. Les progrès sont entravés par les divers problèmes qu'il faut régler, mais qui ne relèvent pas du seul ressort du PIC, tels que l'harmonisation des dispositions législatives fédérales et provinciales relatives à la vie privée, la connectivité et la largeur de bande disponibles, la prolifération des systèmes de dossiers

électroniques incompatibles, la responsabilité relative à la rémunération des médecins attribuable à la prestation des services de cybersanté et le financement approprié et continu.

Systèmes d'information sur la santé publique interexploitables

Les SISP interexploitables en sont à diverses étapes de mise en œuvre dans les provinces et les collectivités des Premières Nations. L'interopérabilité est un enjeu clé pour les collectivités des Premières Nations qui doivent relier leur système d'information client au système provincial.

Selon les partenaires et les intervenants, il existe plusieurs problèmes concernant les accords d'échange de données, la confidentialité des données, la gouvernance et la prise en charge, ainsi que l'absence d'un terrain d'entente fédéral-provincial pour stimuler les efforts de collaboration qui empêchent des progrès plus rapides dans ce domaine. Le personnel infirmier relevant du gouvernement fédéral est des plus préoccupés, dans les provinces du Manitoba, de l'Ontario et de la Saskatchewan, par son incapacité à accéder aux dossiers provinciaux du SISP, en raison des différences entre les dispositions législatives fédérales et provinciales sur la confidentialité. Le personnel infirmier relevant des Premières Nations fait face à un problème similaire lorsque les collectivités qu'il dessert ne sont pas reconnues comme gardiens de l'information sur la santé par les gouvernements provinciaux. On observe aussi des problèmes de capacité à l'échelon communautaire pour mettre en œuvre, utiliser et maintenir les systèmes, ce qui nuit au progrès.

Dossiers électroniques interexploitables

Comme mentionné précédemment, même si une approche de mise en œuvre des DME a été élaborée dans le cadre du PIC⁶⁵, l'interopérabilité avec les systèmes provinciaux demeure un défi de taille qui échappe en grande partie au contrôle du PIC. Dans le cas des DSE, le personnel infirmier relevant du gouvernement fédéral ne peut accéder, dans de nombreuses provinces, aux dossiers de santé électroniques provinciaux des patients en raison d'un manque d'harmonisation entre les dispositions législatives fédérales et provinciales sur la confidentialité, un problème qui est actuellement examiné selon les représentants du PIC. Parallèlement, les gouvernements provinciaux ne reconnaissent pas nécessairement les collectivités des Premières Nations à titre de gardiens de l'information sur la santé. Les collectivités ont aux prises avec des problèmes de connectivité (large bande, bande passante) et l'absence d'une capacité locale à mettre en œuvre, à utiliser et à maintenir les systèmes. Les besoins de financement continu (délivrance de licences, formation du personnel, entretien du système) et la prolifération des divers systèmes offerts par divers fournisseurs influent aussi sur la mise en œuvre des dossiers électroniques.

Possibilités d'améliorer la mise en œuvre des dossiers électroniques et des systèmes d'information sur la santé publique interexploitables

Bon nombre des domaines nécessitant une attention particulière au plan de la mise en œuvre du SISP interexploitable ressemblent à ceux liés à la mise en place des dossiers électroniques. Le renforcement des partenariats est un domaine qui doit être soutenu. Il existe de nombreux défis d'ordre logistique, juridictionnel et financier sur lesquels les partenaires et les intervenants doivent se pencher s'ils veulent obtenir une mobilisation concertée et efficace. Les régions en sont à des étapes différentes dans leur recherche de solutions viables à ces défis, mais une plus grande collaboration est de mise pour améliorer la mobilisation et l'harmonisation entre les gouvernements FPT et les collectivités des Premières Nations^{29,42,125}.

L'un des principaux défis à relever dans ce domaine réside dans le manque d'harmonisation entre les administrations fédérales et provinciales touchant la législation sur la confidentialité, ce qui fait que le personnel infirmier qui relève du gouvernement fédéral a de la difficulté à accéder aux dossiers/données des systèmes de données provinciaux dans le cadre de la prestation des services de soins de santé offerts aux Premières Nations. À l'heure actuelle, dans la plupart des provinces, le personnel infirmier relevant du gouvernement fédéral ne possède aucun droit d'accès aux données sur les patients contenues dans les SISP ou les DES provinciaux. C'est un problème de haute priorité qui doit être résolu.

Une vision unifiée et un processus de partenariat axés sur le client sont nécessaires pour que la cybersanté puisse profiter aux Premières Nations. Afin d'accroître l'efficacité dans la mise en œuvre de SISP et de dossiers électroniques compatibles avec les SISP et les DSE provinciaux, il serait souhaitable d'en arriver à des objectifs fédéraux et provinciaux convenus mutuellement pour ce qui est des nouvelles technologies. De plus, un processus d'évaluation communautaire systématique et coordonné visant à déterminer la disponibilité des composantes de la cybersanté, la capacité technique de la collectivité (p. ex. les ressources humaines), la formation et l'infrastructure disponibles/nécessaires, permettrait d'accroître la réussite de la mise en œuvre. Il arrive que les collectivités consacrent des efforts considérables à la mise en œuvre d'une solution qui parfois ne convient pas de façon optimale à la province. Un exemple de la nécessité de rester en contact étroit avec les décisions provinciales sur les DME/DSE est illustré dans la récente décision de la province de Québec de mettre en œuvre le DSE Cristal-Net dans les établissements de santé. La CSSSPNQL attend de signer un accord avec la province avant d'aller de l'avant avec la mise en œuvre d'un DME interexploitable avec le DSE Cristal-Net.

Pour ce qui est du partenariat avec les Premières Nations, l'harmonisation fait des progrès, en particulier dans les collectivités où les organismes dirigeants sont présents, tels que le GCST, la NITHA, le SSDSPNM, KOeTS, la CSSSPNQL et le Centre de dépannage des Premières Nations du Canada atlantique. De nombreuses collectivités du sud de la Saskatchewan, plusieurs collectivités à l'extérieur de KOeTS en Ontario et des collectivités de la région de l'Atlantique, à l'exception de celles qui disposent d'un

accord d'échange de données sur la santé avec la province, comme en Nouvelle-Écosse, tireraient profit de partenariats qui assureraient l'harmonisation. Toutefois, même dans les collectivités où les organismes dirigeants des Premières Nations sont présents, les progrès visant à assurer l'interopérabilité avec les systèmes provinciaux s'avèrent difficiles. Les problèmes de gouvernance et de propriété des données retardent le processus et souvent les organisations des Premières Nations ne savent pas exactement qui est responsable de l'interopérabilité au niveau provincial. Grâce à des accords d'échange de données, notamment en Saskatchewan, les travaux évoluent sur la question de la définition d'options conformes aux principes PCAP pour la désagrégation des données des Premières Nations, mais il faudra du temps pour résoudre ce problème. Une fois ce dernier résolu, il sera possible d'accroître l'acceptation de la cybersanté parmi les professionnels de la santé et de définir leur rémunération lorsqu'ils dispensent des services de télésanté.

4.4.3 Dans quelle mesure les résultats à plus long terme ont-ils été atteints?

Résultat à plus long terme n° 1 : L'accès, la qualité et la sécurité des services de soins de santé sont améliorés pour les membres, les familles et les collectivités des Premières Nations.

À la lumière des données disponibles, l'accès aux services de soins de santé et leur qualité se sont améliorés pour les membres, les familles et les collectivités des Premières Nations au cours des cinq dernières années. Selon les renseignements analysés aux fins de l'évaluation, la planification, la surveillance et la communication des données sur la santé dans les collectivités des Premières Nations se sont également améliorées grâce à la cybersanté, bien qu'il y ait d'autres possibilités d'amélioration dans les collectivités.

Accès, qualité et sécurité

Les progrès réalisés au niveau des résultats immédiats et intermédiaires révèlent que les composantes de la cybersanté, comme la télésanté, contribuent à améliorer l'accès et à accroître le nombre de services de santé disponibles dans les collectivités des Premières Nations^{5,9,26,32,41,46,47,53,55,60,63,68,69,72,73,74,79,87,89,97, 99,100,103,104,109,124}. Bon nombre de ces composantes de la cybersanté sont en place dans plusieurs collectivités des Premières Nations, ce qui permet d'assurer et d'améliorer la qualité des soins^{42,47,55,61,63,66,68,69,72,92,93,100,104,119}. À l'échelle des régions, les composantes de la cybersanté sont mises à la disposition des fournisseurs de services de soins de santé relevant du gouvernement fédéral et à ceux relevant des Premières Nations et sont utilisées pour fournir un accès rapide aux services de soins de santé tout en permettant aux fournisseurs de dialoguer avec les patients^{2,5,9,50,66,92,93,97}.

Les exemples fournis par les partenaires et les intervenants découlant des études de cas menées aux fins de l'évaluation font état de plusieurs exemples à suivre au niveau de la mise en œuvre des composantes de la cybersanté.

- Le matériel de télésanté (apporté par le personnel infirmier dans la salle d'urgence) a permis à un médecin n'étant pas sur place de collaborer avec le personnel infirmier lors d'un accouchement imprévu.
- Deux bébés sont nés avec l'aide de la télésanté pendant que la collectivité était confrontée à des feux de forêt qui empêchaient tout déplacement hors de la collectivité.
- Une personne gravement blessée a pu recevoir des soins continus pendant plusieurs mois (consultations avec deux médecins) jusqu'à ce qu'elle soit complètement rétablie, et ce, sans avoir à quitter sa collectivité.
- Des patients (adultes et enfants) ont pu avoir accès à une infirmière clinicienne dans un centre urbain pour le dépistage de la tuberculose sans avoir à quitter leur collectivité.
- Deux personnes présentant un risque de suicide ont pu profiter d'un soutien spécialisé.
- Un professionnel de la santé (psychiatre) sensible aux différences culturelles dans un centre urbain a pu interagir et offrir des services à des patients dans des collectivités éloignées ou isolées ou les deux.
- Une famille qui voulait rendre visite à un proche à qui on prodiguait des soins hospitaliers de longue durée et pour qui plusieurs voyages se seraient révélés financièrement prohibitifs a pu utiliser la télévisite, un type de séance de télésanté, pour effectuer des visites virtuelles.
- Des aînés ont utilisé entre eux la « télévisite » pendant une heure à la fin de séances éducatives mensuelles portant sur des sujets d'intérêt, transformant ainsi un voyage qu'ils auraient effectué une fois tous les deux ans en un dialogue plus régulier.
- Des aînés ont pu participer à des téléseances éducatives et à des séances de démonstration sur l'alimentation et sur la façon de mieux s'alimenter.
- Des séances éducatives se sont tenues dans de nombreuses collectivités en même temps, entraînant du même coup un niveau élevé d'interaction.

Les intervenants estimaient que la télésanté s'avérait particulièrement utile parce que le patient pouvait consulter un médecin, indépendamment de la maladie, sans les interruptions que les déplacements causeraient dans la vie ou le travail de la famille du patient. Les enfants et les jeunes peuvent bénéficier d'un soutien multisystèmes détaillé et avoir accès à d'autres services qui ne seraient autrement pas disponibles³⁶. Les séances cliniques qui soutiennent les patients des Premières Nations d'une manière sensible à la culture tendent à être davantage adoptées par les membres de la collectivité^{42,46}. Selon le personnel des services de soins de santé, le fait de permettre aux membres de la famille d'être présents pendant la prestation des séances cliniques est un facteur important pour inciter les patients à assister aux séances. Le personnel des services de soins de santé croit également qu'un plus grand nombre de patients reçoivent un traitement quand ils savent que la télésanté peut être utilisée pour interagir avec un médecin au lieu d'avoir à se déplacer en dehors de la collectivité⁴⁶. La clé de ce succès repose sur la disponibilité des patients, la disponibilité et le transport de l'équipement (vers le site de télésanté) ainsi que sur le rôle des coordonnateurs de la télésanté/cliniques. Sans la cybersanté, de nombreuses séances cliniques n'aurait pas

eu lieu si les patients avaient eu à voyager plusieurs heures à des fins d'évaluation, de dépistage, de suivi, etc^{36,42}.

Les patients, les médecins et le système de santé bénéficient aussi de l'intégration des DME à la pratique clinique. Dans une certaine mesure, les dossiers électroniques permettent l'amélioration de la gestion des cas, de la sécurité des patients et d'une prise de décisions éclairées par les fournisseurs de services de soins de santé^{32,124}.

Bien que les exemples ci-dessus fournissent des preuves tangibles de l'amélioration de l'accès, de la qualité et de la sécurité, la mise en œuvre de sondages, d'analyses et de rapports systématiques sur l'expérience des utilisateurs à l'égard des diverses composantes de la cybersanté (p. ex. SISF, DME ou DSE) permettrait l'évaluation systématique des niveaux de satisfaction et l'identification des domaines à améliorer.

Planification, surveillance et communication des données sur la santé

Selon les données probantes disponibles, il semble que la planification, la surveillance et la communication des données sur la santé dans les collectivités des Premières Nations aient été améliorées grâce à la mise en œuvre des composantes de la cybersanté, quoiqu'il existe d'importantes possibilités d'amélioration dans les collectivités. Par exemple, la région de l'Atlantique a élaboré un certain nombre de documents et de rapports sur l'état de santé des Premières Nations de l'Atlantique⁵³. On a aussi observé une participation accrue des collectivités et des organisations régionales des Premières Nations à la planification et à l'élaboration de systèmes de santé (p. ex. le SSDSPNM)⁵.

Pour ce qui est de la surveillance accrue, le financement accordé aux collectivités des Premières Nations du Manitoba leur a permis de mettre à niveau l'infrastructure et l'équipement et de collaborer avec la province au déploiement de Dossier et de Panorama⁶⁰. Le DMEc Mustimuhw compile de l'information obligatoire pour le modèle de rapport communautaire. En Saskatchewan, l'entente d'échange de données sur la santé publique entre la NITHA, la province et les régies régionales de la santé a été élargie pour y inclure Panorama⁶⁹. La cybersanté renforce la capacité de production de rapports des collectivités des Premières Nations grâce à des outils de suivi et à l'accessibilité accrue à l'information.

Bien que la planification, la surveillance et l'établissement de rapports se soient améliorés, les partenaires et les intervenants ont indiqué qu'il arrive souvent qu'un grand nombre d'indicateurs soient recueillis sans toutefois être toujours analysés et communiqués pour les rendre utiles à la prise de décisions. Cela s'expliquait par un manque de capacité et de personnel spécialisé en mesure d'effectuer l'analyse des données nécessaire. En outre, il n'y a pas de cohérence à mesure que de nouvelles études et que de nouveaux projets pilotes sont réalisés, ce qui a pour effet de détourner l'attention de ce qui a été fait jusqu'à présent.

Résultat à plus long terme n° 2 : Les professionnels de la santé ont accès aux systèmes d'information provinciaux sur la santé.

Des percées considérables ont été réalisées au niveau du SISP et des DME/DSE. Les utilisateurs de ces systèmes les perçoivent comme étant utiles à la planification et à la gestion des soins de santé dispensés aux membres, aux familles et aux collectivités des Premières Nations.

Des percées considérables ont été réalisées en ce qui concerne les SISP et les DME/DSE, la mise en œuvre devant être adaptée aux décisions provinciales et aux accords d'échange de données communautaires. À l'heure actuelle, certaines collectivités y ont accès, d'autres attendent la signature d'accords d'échange de données et les versions approuvées par la province, tandis que d'autres n'ont pas adopté ces systèmes. Les utilisateurs de ces systèmes les perçoivent comme étant utiles à la planification et à la gestion des soins de santé offerts aux membres, aux familles et aux collectivités des Premières Nations. Là où les modules d'immunisation et de stock de vaccins ont été déployés, le personnel infirmier estime que ces modules lui permettent de fournir de meilleurs soins aux patients.

4.5 Rendement : enjeu n° 5 – Démonstration de l'efficacité et de l'économie

Selon l'évaluation des données disponibles, il est possible d'affirmer que l'utilisation des ressources du Programme en ce qui concerne la production des extrants et les progrès accomplis vers l'atteinte des résultats escomptés est efficace et économique. Les objectifs du Programme sont activement communiqués, tandis que l'harmonisation entre les projets, les composantes de la cybersanté et les priorités et besoins régionaux est assurée. Toutefois, compte tenu de l'évolution rapide de l'environnement, il s'avère difficile pour le PIC de suivre le statut régional et la situation nationale dans son ensemble. Les coûts évités en raison de toutes les séances de téléconsultation clinique présentées dans quatre régions se sont élevés à environ 11,7 millions de dollars en 2015-2016.

Le document d'orientation du Conseil du Trésor du Canada intitulé *Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux* (2013) définit la démonstration de l'efficacité et de l'économie comme étant l'évaluation de l'utilisation des ressources par rapport à la production des extrants et aux progrès accomplis vers l'atteinte des résultats escomptés. Cette évaluation repose sur l'hypothèse voulant que les ministères disposent de systèmes normalisés de mesure du rendement et que les systèmes financiers établissent des liens entre les renseignements sur les coûts du Programme et les intrants, les activités, les extrants et résultats escomptés.

Cette section du rapport fournit des observations sur l'efficacité et l'économie en fonction des constatations découlant des données financières fournies par la Direction générale du dirigeant principal des finances de Santé Canada et étayées par les résultats de l'examen des documents, les entrevues menées auprès de répondants

clés, les études de cas et l'analyse des données administratives. En outre, les constatations ci-dessous présentent des observations sur le bien-fondé et l'utilisation de renseignements sur la mesure du rendement.

4.5.1 Observations sur l'efficacité

Harmonisation entre les projets, les composantes et les besoins régionaux

Le PIC utilise un certain nombre de documents d'orientation pour communiquer ses objectifs et assurer l'harmonisation entre les projets, les composantes de la cybersanté et les besoins régionaux, y compris les *Lignes directrices* du Programme, le PASIS et *l'Approche de mise en œuvre des DME 2016*. Le Programme se sert aussi d'un certain nombre d'outils de gestion pour assurer le suivi de cette harmonisation, y compris les plans régionaux annuels, les examens régionaux de fin d'exercice et les plans opérationnels de gestion (POG). Les priorités régionales font l'objet de discussions avec les partenaires dans le cadre de tables trilatérales ou multilatérales. De plus, les organisations régionales des Premières Nations, comme la CSSSPNQL, KOeTS, le SSDSPNM, la NITHA, le Centre de dépannage des Premières Nations du Canada atlantique et le GCST, présentent des idées et des plans stratégiques à ces tables. Le lien entre les projets, les composantes et les besoins régionaux s'établit donc à l'aide d'approches descendantes et ascendantes (locales).

Les appels de propositions sont effectués conformément aux buts et objectifs stratégiques du PIC. L'harmonisation du projet est évaluée sur une base régulière au même titre que le respect des plans et des budgets. Voici des exemples.

- En Alberta, HCOM procède à des analyses de l'écart sur la présentation du GCST afin de cerner les priorités régionales qui ont peut-être été omises, notamment la promotion du Alberta Netcare auprès du personnel infirmier à titre de priorité de consultation des DSE.
- Au Manitoba, le PIC fait partie de comités de travail régionaux traitant du DossiÉ, de la télésanté et du DME avec des représentants du SSDSPNM et des provinces.
- En Ontario, KOeTS et le bureau de l'Association médicale canadienne de Kenora collaborent avec le PIC pour répondre à la demande régionale en services de santé mentale et promouvoir des activités intégrées de télésanté par vidéoconférence.
- Au Québec, les responsables du PIC collaborent avec la CSSSPNQL. Le plan d'action sur l'infrastructure régionale destiné aux Premières Nations contribue à assurer la pertinence continue et l'harmonisation avec les objectifs régionaux. Ce plan a été élaboré en collaboration avec les Premières Nations et demeurera en vigueur jusqu'en 2017. Le plan s'articule autour d'une vision de cinq à dix ans. Un plan d'action opérationnel est préparé chaque année en fonction de la vision globale.
- Dans la région de l'Atlantique, le Centre de dépannage des Premières Nations du Canada atlantique aide les projets communautaires locaux à déterminer s'ils respectent les objectifs du PIC.
- Dans le nord de la Saskatchewan, la NITHA coordonne le plan opérationnel avec les Premières Nations.

En raison de l'évolution rapide du contexte de la cybersanté, il y a lieu d'analyser régulièrement la conjoncture de la technologie et de la collectivité afin d'orienter les lignes directrices associées au Programme. De plus, lorsque des décisions sont prises au sujet de la bande passante ou des solutions touchant l'interopérabilité des systèmes entre les Premières Nations et les provinces, les contextes régionaux et sous-régionaux doivent être examinés afin de mieux répondre aux besoins des collectivités. Dans ce contexte, aux yeux des partenaires et des intervenants, il est nécessaire de réexaminer le PASIS pour s'assurer qu'il témoigne d'une approche à partir de la base.

Évaluations de l'état de préparation technique de la collectivité

Les bureaux régionaux du PIC et les organisations régionales des Premières Nations utilisent un certain nombre d'outils pour évaluer les projets. Cependant, même s'il existe un outil d'évaluation de l'état de préparation à l'échelle nationale⁵², la méthode pour évaluer l'état de préparation de la collectivité à l'égard des différentes composantes de la cybersanté ne semble pas être normalisée. Un exemple de l'évaluation de l'état de préparation de la collectivité examiné par les évaluateurs a été fourni par KOeTS. Dans ce cas, les besoins sont évalués en fonction du profil de la collectivité, de la volonté de la collectivité à adopter la cybersanté et de la disponibilité en termes de connectivité, de caractéristiques des établissements de santé (p. ex. l'espace pour le matériel de télésanté, le câblage technique moderne) et de capacité technique de la collectivité. Les équipes d'évaluation technique regroupent des organisations régionales des Premières Nations, des directeurs de la santé, le personnel infirmier, des partenaires provinciaux de la cybersanté, des FSI, des spécialistes des TI et le personnel du PIC. Lorsqu'une collectivité a été évaluée, une demande est présentée aux responsables du PIC, qui procèdent par la suite à l'évaluation de son projet. Les projets qui répondent aux besoins et priorités définis peuvent par la suite être intégrés au POG.

Dans certaines régions, les organisations régionales des Premières Nations, comme KOeTS, la CSSSPNQL, le SSDSPNM, le GCST, le Centre de dépannage des Premières Nations du Canada atlantique et la NITHA, travaillent en étroite collaboration avec d'autres partenaires et intervenants pour cerner les besoins et les priorités au niveau communautaire. Dans ces cas, les organisations régionales des Premières Nations agissent comme représentantes des collectivités et les aident à préparer leurs propositions. Les critères utilisés pour évaluer les propositions sont habituellement énoncés dans l'appel de propositions et peuvent comprendre la capacité de la collectivité, les types d'évaluation des besoins qui ont été réalisés, l'harmonisation avec les priorités et les besoins régionaux/provinciaux/municipaux, l'optimisation des ressources démontrée, de la protection de l'environnement, etc. Les critères d'examen varient d'une région à l'autre et d'un projet à l'autre; par exemple les critères d'examen d'un projet de mise à jour continue de l'équipement seraient différents de ceux d'un projet pilotant un registre ou proposant un site de télésanté.

Étant donné que chaque région et que chaque collectivité des Premières Nations d'une région affiche un état de préparation différent, le processus ci-dessus fait qu'il est difficile pour le PIC de suivre l'état régional et la situation nationale dans son ensemble. La participation des collectivités des Premières Nations à la prise de décisions se révèle également difficile lorsqu'aucune organisation régionale des Premières Nations ne

dirige le processus : les collectivités qui ne possèdent pas le savoir-faire, la capacité ou de « champion » n'arrivent pas à faire connaître leurs idées au PIC.

4.5.2 Observations sur l'économie

Planification et financement

Deux années de données budgétaires sur le Programme ont été fournies aux fins de l'évaluation et sont présentées au **tableau 17**. Les budgets affectés à ces années englobent la C.-B. et n'ont pu être ventilés par région.

Tableau 17. Budgets annuels du Programme d'infrastructure de la cybersanté par exercice (\$)

Fonds		Exercice					Total
		2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	
301	Salaires	s.o.	s.o.	s.o.	4 860 294	5 941 164	10 801 458
310	Opérations	s.o.	s.o.	s.o.	6 976 298	6 940 080	13 916 378
312	Dépenses en capital secondaires	s.o.	s.o.	s.o.	-	-	-
326	Contribution	s.o.	s.o.	s.o.	12 935 369	12 838 916	25 774 285
Total		S.O.	S.O.	S.O.	24 771 961	25 720 160	50 492 121

Source : DGDPF.

L'information pour les exercices 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014 n'était pas disponible au niveau du PIC.

Le **tableau 18** fait état des dépenses annuelles du PIC. Ces dernières se situaient entre 22 et 25 millions de dollars par année, à l'exception de 2012-2013, année où les dépenses les plus élevées ont été engagées, soit 30 millions de dollars. Même si l'écart entre les budgets et les dépenses n'a pu être examiné pour toutes les années, il convient de noter que le PIC n'a pas utilisés tous ses fonds au cours des deux années pour lesquelles des données budgétaires étaient disponibles (soit 2014-2015 et 2015-2016).

Le **tableau 19** présente une ventilation des dépenses du PIC par code financier. Il convient de noter que les codes financiers du PIC cadrent bien avec les composantes de la cybersanté, notamment la connectivité, les DME/DSE, les SISP, la télésanté et la santé mobile, ainsi qu'avec le renforcement des capacités. Selon ce tableau, le lecteur peut remarquer ce qui suit :

- une diminution constante des dépenses affectées à l'élaboration de la politique d'infrastructure de la cybersanté et à la surveillance du PIC, ces derniers passant de 7,2 millions de dollars en 2011-2012 à 5,2 millions de dollars en 2015-2016;
- une augmentation constante des dépenses affectées au renforcement des capacités, à l'éducation et à la formation, soit de 0,3 million de dollars en 2011-2012 à 0,7 million de dollars en 2015-2016;

- une augmentation des dépenses consacrées aux DME/DSE, soit de 0,8 million de dollars en 2014-2015 à 2,6 millions de dollars en 2015-2016;
- une augmentation des dépenses relatives au déploiement de la télésanté, soit de 1,6 million de dollars en 2011-2012 à 4,5 millions de dollars en 2014-2015;
- une diminution des dépenses d'entretien de la télésanté, soit de 6,8 millions de dollars en 2012-2013 à 1,5 million de dollars en 2014-2015;
- une diminution des dépenses affectées au déploiement de SISP, lesquelles sont passées d'un sommet de 7,8 millions de dollars en 2012-2013 à 3,2 millions de dollars en 2015-2016;
- un sommet de 1,9 million de dollars en 2011-2012 pour les dépenses en matière de connectivité et de déploiement des TI, et un plancher de 0,9 million de dollars en 2015-2016 dans ce domaine;
- un sommet de 3,5 millions de dollars en 2013-2014 pour les dépenses en matière de connectivité et d'entretien des TI, et un plancher de 1,6 million de dollars en 2012-2013 dans ce domaine;
- un sommet de 2,4 millions de dollars en 2013-2014 pour les dépenses en matière de technologies, et un plancher de 0,5 million de dollars en 2011-2012 pour ces dépenses.

Tableau 18. Dépenses annuelles du Programme d'infrastructure de la cybersanté (valeurs réelles) par région par exercice (\$)

Exercice	Fonds		Région								Total
			Atl.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	Nord	AC	
2011-2012	301	Salaires	693 624	871 805	337 093	432 340	551 323	1 563 958	0	682 418	5 132 561
	307	Salairé non contrôlable	76 987	23 456	21 876	50 350	35 042	48 892	0	133 783	390 386
	310	Opérations	899 793	80 978	708 337	1 061 625	827 691	159 718	0	1 322 511	5 060 653
	326	Contribution	1 108 653	1 016 917	5 164 746	1 493 850	1 493 736	2 262 626	0	252 000	12 792 528
	Total partiel		2 779 057	1 993 156	6 232 052	3 038 165	2 907 792	4 035 194	0	2 390 712	23 376 128
2012-2013	301	Salaires	663 235	837 583	167 371	598 502	582 628	1 518 428	0	696 464	5 064 211
	307	Salairé non contrôlable	38 301	34 204	16 104	27 286	69 659	130 042	0	45 231	360 827
	310	Opérations	417 940	43 545	1 472 229	2 375 881	1 141 398	58 188	0	796 598	6 305 779
	326	Contribution	1 112 448	733 843	3 816 147	2 023 829	7 035 212	3 177 880	0	135 500	18 034 859
	Total partiel		2 231 924	1 649 175	5 471 851	5 025 498	8 828 897	4 884 538	0	1 673 793	29 765 676
2013-2014	301	Salaires	498 492	828 890	106 975	656 913	589 347	1 214 658	0	688 541	4 583 816
	302	Salairé des étudiants	0	5 608	0	0	0	0	0		5 608
	307	Salairé non contrôlable	0	22 029	4 389	12 931	0	107 491	0	98 397	245 237
	310	Opérations	61 604	158 900	1 134 907	1 022 515	1 094 409	37 056	0	327 505	3 836 896
	326	Contribution	1 147 678	1 627 371	4 854 937	2 485 993	1 624 663	3 824 572	0	129 500	15 694 714
	Total partiel		1 707 774	2 642 798	6 101 208	4 178 352	3 308 419	5 183 777	0	1 243 943	24 366 271
2014-2015	301	Salaires	704 150	912 867	418 255	619 172	594 831	1 135 099	96 083	598 371	5 078 828
	302	Salairé des étudiants	0	0	0	0	0	0	0	2 984	2 984
	307	Salairé non contrôlable	2 357	38 783	3 030	3	14 812	36 556	2 602	15 279	113 422
	310	Opérations	64 984	160 597	28 563	996 643	1 031 622	91 972	26 200	258 127	2 658 708
	312	Dépenses en capital secondaires	0	49 198	0	0	0	0	0	0	49 198
	326	Contribution	1 267 515	2 586 777	3 265 973	2 182 380	1 626 345	2 724 607	0	170 000	13 823 597
	Total partiel		2 039 006	3 748 222	3 715 821	3 798 198	3 267 610	3 988 234	124 885	1 044 761	21 726 737

Exercice	Fonds		Région								Total
			Atl.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	Nord	AC	
2015-2016	301	Salaires	643 366	834 914	400 709	739 026	596 082	581 570	98 608	612 375	4 506 650
	302	Salaire des étudiants	0	175	0	0	0	674	0	3 925	4 774
	307	Salaire non contrôlable	4 384	42 565	610	8 227	63 063	41 599	352	16 222	177 022
	310	Opérations	172 177	153 484	50 031	1 187 418	754 257	26 567	17 194	217 847	2 578 975
	326	Contribution	1 266 379	2 539 684	4 928 011	2 986 921	1 762 989	3 623 599	0	170 000	17 277 583
	Total partiel		2 086 305	3 570 822	5 379 361	4 921 593	3 176 392	4 274 009	116 154	1 020 369	24 545 004
Total			10 844 066	13 604 173	26 900 293	20 961 806	21 489 110	22 365 752	241 039	7 373 578	123 779 816

Source : DGDPPF.

Tableau 19. Dépenses annuelles du Programme d'infrastructure de la cybersanté (dépenses réelles) par code financier, par exercice

Code financier du Programme		Fonds	Exercice					Total
			2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	
KP00	Infostructure de la cybersanté – Élaboration de politiques et Surveillance du Programme	301 Salaires	2 661 198	2 356 345	1 993 103	2 600 163	2 725 154	12 335 963
		302 Salaire des étudiants	0	0	5 608	2 984	4 774	13 366
		307 Salaire non contrôlable	259 157	147 829	140 628	53 653	77 436	678 703
		310 Opérations	961 472	644 589	519 944	609 032	405 303	3 140 340
		312 Dépenses en capital secondaires	0	0	0	49 198	0	49 198
		326 Contribution	3 341 057	3 598 869	3 352 469	2 597 277	2 015 443	14 905 115
	Sous-total		7 222 884	6 747 632	6 011 752	5 912 307	5 228 109	31 122 684
KP05	Dossiers médicaux/de santé électroniques	301 Salaires	0	0	0	0	118 728	118 728
		302 Salaire des étudiants	0	0	0	0	0	0
		307 Salaire non contrôlable	0	0	0	0	0	0
		310 Opérations	0	0	0	17 657	69 410	87 067
		312 Dépenses en capital secondaires	0	0	0	0	0	0
		326 Contribution	0	0	0	800 984	2 447 566	3 248 550
	Sous-total		0	0	0	818 641	2 635 703	3 454 344
KP10	Renforcement des capacités/éducation et formation	301 Salaires	134 715	164 386	137 576	169 920	39 868	646 465
		302 Salaire des étudiants	0	0	0	0	0	0
		307 Salaire non contrôlable	0	20 966	0	0	0	20 966
		310 Opérations	22 709	75 825	24 209	14 054	12 185	148 982
		312 Dépenses en capital secondaires	0	0	0	0	0	0
		326 Contribution	183 246	140 746	274 456	327 950	678 861	1 605 259
	Sous-total		340 670	401 923	436 241	511 924	730 914	2 421 672

KP20	Systèmes de surveillance de la santé publique	301	Salaires	1 126 295	930 168	849 456	679 038	512 708	4 097 665
		302	Salaire des étudiants	0	0	0	0	0	0
		307	Salaire non contrôlable	39 988	68 861	647	26 527	71 529	207 552
		310	Opérations	2 997 804	4 522 819	2 242 562	1 016 240	870 532	11 649 957
		312	Dépenses en capital secondaires	0	0	0	0	0	0
		326	Contribution	1 226 307	2 240 791	1 204 769	1 659 269	1 773 421	8 104 557
	Sous-total			5 390 394	7 762 639	4 297 434	3 381 074	3 228 190	24 059 731
KP30	Télésanté – Déploiement	301	Salaires	263 432	175 920	256 207	282 925	82 374	1 060 858
		302	Salaire des étudiants	0	0	0	0	0	0
		307	Salaire non contrôlable	0	47 095	21 760	19 352	0	88 207
		310	Opérations	522 791	300 065	236 685	366 266	490 191	1 915 998
		312	Dépenses en capital secondaires	0	0	0	0	0	0
		326	Contribution	818 520	3 668 998	3 741 383	3 855 541	3 131 631	15 216 073
	Sous-total			1 604 743	4 192 078	4 256 035	4 524 084	3 704 196	18 281 136
KP31	Télésanté – Entretien	301	Salaires	170 822	141,440	151 934	160 985	133 493	758 674
		302	Salaire des étudiants	0	0	0	0	0	0
		307	Salaire non contrôlable	30 748	5 599	8 017	0	1 563	45 927
		310	Opérations	319 255	379 217	439 090	348 196	437 375	1 923 133
		312	Dépenses en capital secondaires	0	0	0	0	0	0
		326	Contribution	4 215 983	6 253 577	1 071 022	990 119	1 999 468	14 530 169
	Sous-total			4 736 808	6 779 833	1 670 063	1 499 300	2 571 900	17 257 904

KP40	Connectivité et déploiement des TI	301	Salaires	239 232	819 609	756 511	784 044	53 136	2 652 532
		302	Salaire des étudiants	0	0	0	0	0	0
		307	Salaire non contrôlable	20 100	50 314	61 901	6 851	0	139 166
		310	Opérations	30 341	11 743	6 225	5 562	263	54 134
		312	Dépenses en capital secondaires	0	0	0	0	0	0
		326	Contribution	1 636 850	441 637	953 740	791 974	823 139	4 647 340
	Sous-total			1 926 523	1 323 303	1 778 377	1 588 431	876 538	7 493 172
KP41	Connectivité et entretien des TI	301	Salaires	199 603	75 667	74 316	69 854	420 384	839 824
		302	Salaire des étudiants	0	0	0	0	0	0
		307	Salaire non contrôlable	6 163	10 701	0	7 039	26 222	50 125
		310	Opérations	194 290	173 805	147 693	105 662	128 437	749 887
		312	Dépenses en capital secondaires	0	0	0	0	0	0
		326	Contribution	1 238 958	1 342 340	3 264 212	2 600 188	2 907 573	11 353 271
	Sous-total			1 639 014	1 602 513	3 486 221	2 782 743	3 482 615	12 993 106
KP50	Technologies émergentes	301	Salaires	337 264	400 676	364 713	331 899	420 806	1 855 358
		302	Salaire des étudiants	0	0	0	0	0	0
		307	Salaire non contrôlable	34 230	9 462	12 284	0	273	56 249
		310	Opérations	11 991	197 716	220 488	176 039	165 280	771 514
		312	Dépenses en capital secondaires	0	0	0	0	0	0
		326	Contribution	131 607	347 901	1 832 663	200 295	1 500 481	4 012 947
	Sous-total			515 092	955 755	2 430 148	708 233	2 086 840	6 696 068
Total				23 376 128	29 765 676	24 366 271	21 726 737	24 545 004	123 779 816

Source : DGDPP.

Vert : Dépenses annuelles les plus élevées sur cinq ans pour le code KP (Code financier du Programme)

Orange : Dépenses annuelles les moins élevées sur cinq ans pour le code KP (Code financier du Programme)

Le processus de planification annuelle utilisé par le PIC, qui se traduit par le transfert de fonds aux bureaux régionaux, a été modifié au cours de la période visée par l'évaluation. Auparavant, les décisions d'affectation régionale étaient prises selon un montant budgétaire national de la cybersanté réparti entre les régions par l'AC en fonction des propositions du plan du PIC présentées par chaque bureau régional. Plus récemment, les affectations du PIC ont été intégrées au processus global du POG pour tous les programmes régionaux de la DGSPNI sous la direction du Bureau du sous-ministre adjoint (BSMA) de la DGSPNI. Les décisions en matière de financement se limitent à une fenêtre d'un an. Selon les représentants et les intervenants du Programme, le processus de demande de financement annuel du PIC est axé sur ce qui est nécessaire pour l'exercice financier à venir; par conséquent, il ne tient pas compte d'une vision de financement durable pour le PIC sur une période de trois à cinq ans dans le but de répondre à l'évolution de la technologie et à l'augmentation des coûts (p. ex. les coûts de connectivité, les droits de permis, la formation, le remplacement et la mise à jour continue de l'équipement et les nouvelles technologies, comme la santé mobile).

Les régions soumettent un POG annuel sans connaître entièrement le montant des fonds disponibles. Le financement du PIC est examiné en fonction de l'ensemble des fonds mis à la disposition de la région pour tous les services de santé. Par conséquent, le financement affecté aux activités et aux progrès requis du PIC peut être éliminé du POG en raison d'autres priorités régionales. Lorsque le POG est approuvé et que le financement est révisé, il peut être nécessaire de réduire, voire d'éliminer les projets. Le POG est alors reconfiguré pour couvrir d'abord toutes les dépenses fixes existantes (p. ex. les coûts de connectivité), le reste étant ensuite réparti entre les projets qui pourraient encore être réalisés. L'absence d'un horizon de planification à long terme entraîne un environnement incertain à l'égard de l'élaboration de POG annuels au niveau des régions.

Afin de compenser un financement limité, certaines régions ont reçu des fonds d'autres sources (p. ex. d'autres programmes de la DGSPNI, des fonds pour les contraintes, une affectation spéciale du BSMA) ou ont pris des décisions en matière de gestion de la trésorerie pour assurer le maintien des projets; en voici des exemples : recours à des fonds de l'Initiative en santé buccodentaire des enfants (ISBE) pour un projet de télédentisterie, utilisation de fonds du SIS (Panorama) pour remplacer l'équipement de télésanté ou utilisation du financement des soins infirmiers pour couvrir les coûts de connectivité. Il convient de noter que ce ne sont pas toutes les régions qui disposent de la souplesse budgétaire nécessaire pour procéder à de tels rajustements.

Pour résoudre les problèmes susmentionnés, la planification d'un financement suffisant pour soutenir les projets technologiques qui nécessitent habituellement un horizon de trois à cinq ans pour obtenir des résultats pourrait être nécessaire. Il faudrait tenir compte des dispositions pour le financement des coûts des projets en cours; des coûts indexés pour les dépenses fixes (p. ex. la connectivité); des dépenses pour la mise à jour continue de l'équipement; de l'affectation des droits de permis, de formation et de renforcement des capacités; et des innovations technologiques, telles que la santé mobile. Une vision à moyen et long terme à l'échelon régional et national touchant toutes les composantes de la cybersanté serait plus avantageuse pour l'évolution et le

maintien d'un programme axé sur la technologie, puisque les POG annuels n'ont pas pour objectif de fournir ce type de vision.

Évitement des coûts

Afin d'évaluer l'économie, l'évaluation a adopté l'approche utilisée par le Programme dans ses deux rapports ministériels précédents présentés au Conseil du Trésor : *Rapport de la première année* (2014) et *Rapport de la deuxième année* (2015)^{36,37}, qui ont évalué l'évitement des coûts attribuable aux séances cliniques de télésanté. Par coûts évités, on entend les frais de déplacement équivalents qui auraient été encourus si un patient avait dû se déplacer au lieu de participer à une séance de télésanté. Il ne s'agit pas d'une réelle économie de coût pour la DGSPNI, puisque la télésanté entraîne des coûts opérationnels liés à la connectivité, à l'équipement et aux services de coordination. Ainsi, le gain net peut se révéler beaucoup moins élevé. Le **tableau 20** présente l'évitement des coûts total qu'ont permis toutes les séances cliniques de télésanté dispensées dans quatre régions en 2015-2016, lequel s'élève à environ 11,7 millions de dollars. Un certain nombre d'hypothèses ont été formulées pour en arriver à une estimation de l'évitement des coûts total.

- Le coût moyen estimé par déplacement indiqué dans le *Rapport de la deuxième année*, qui constitue l'information la plus récente disponible du Programme, a été utilisé pour évaluer la valeur de déplacement équivalente. En conséquence, les estimations de la valeur de déplacement équivalente ne sont fournies que pour les régions aussi incluses dans le *Rapport de la deuxième année*.
- L'impact des escortes a été pris en compte dans l'estimation du coût moyen par déplacement pour toutes les régions sauf l'Ontario. Au moment de la rédaction du *Rapport de la deuxième année*, la région de l'Ontario a formulé l'hypothèse selon laquelle le nombre total d'escortes correspondrait au nombre total d'enfants d'âge mineur participant aux séances cliniques, ce qui équivalait à 35 % des séances cliniques. Ce facteur de modification a été utilisé pour évaluer la valeur de déplacement équivalente pour l'Ontario.

Tableau 20. Évitement des coûts attribuable aux séances cliniques de télésanté – Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Ontario, exercice 2015-2016

Région	Nombre de séances cliniques de télésanté	Nombre estimatif d'escortes	Estimation du coût moyen par déplacement (\$)	Estimation de la valeur de déplacement équivalente (\$)
Alberta	3 287	s.o.	690	2 268 030
Saskatchewan	98	s.o.	475	46 550
Manitoba	3 708	s.o.	955	3 541 140
Ontario	3 205	1 122	1 350	5 841 450
Total	-	-	-	11 697 170

Le **tableau 21** indique l'évitement des coûts attribuable aux séances cliniques de télésanté qui auraient été jugées nécessaires du point de vue médical par le Programme de prestations supplémentaires en santé (Services de santé non assurés) ou le Programme des Services de santé non assurés (SSNA). L'évitement des coûts attribuable aux séances cliniques présentées dans les mêmes quatre régions s'élevait à environ 6,5 millions de dollars. Bien que les suppositions précédentes s'appliquent aussi à ce tableau, d'autres hypothèses ont été formulées pour en arriver à une estimation des coûts évités attribuables aux séances admissibles au Programme des SSNA.

- Le Programme des SSNA détermine l'admissibilité des consultations cliniques en utilisant des critères de transport médicaux détaillés. Selon les représentants du PIC, une norme prudente pour toutes les régions est l'hypothèse selon laquelle 50 % des séances sont jugées médicalement nécessaires et nécessitent donc un déplacement, bien que ce pourcentage puisse varier selon les régions. Il convient de souligner qu'aucun déplacement n'a été effectué.
- Selon le plus récent rapport annuel de KOeTS (2016)⁹⁸, le nombre de séances nécessaires du point de vue médical était évalué à 1 945.

Tableau 21. Évitement des coûts liés aux déplacements nécessaires du point de vue médical attribuables aux séances cliniques de télésanté - Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Ontario, exercice 2015-2016

Région	Nombre de séances cliniques de télésanté	Pourcentage des séances cliniques de télésanté perçues comme admissibles au SSNA	Nombre séances cliniques sur la télésanté admissibles	Estimation du nombre d'escortes	Estimation du coût moyen par déplacement (\$)	Estimation de la valeur de déplacement équivalente (\$)
Alberta	3 287	50 %	1 644	s.o.	690	1 134 360
Saskatchewan	98	50 %	49	s.o.	475	23 275
Manitoba	3 708	50 %	1 854	s.o.	955	1 770 570
Ontario	3 205	s.o.	1 945	681	1 350	3 545 100
Total	-	-	-	-	-	6 473 305

Un rapport similaire sur les séances éducatives n'est pas fourni, car il n'a pas été possible de déterminer, sur la base des données disponibles, les séances qui auraient nécessité qu'on y assiste en personne, les séances qui auraient tout de même été offertes si les services de télésanté n'étaient pas disponibles, et les bénéficiaires des séances (c.-à-d. personnes/patients par rapport aux fournisseurs de services de soins de santé). Ainsi, l'évitement global des coûts liés à la télésanté, au-delà de ceux liés aux séances cliniques, peut être plus élevé.

4.5.3 Observations sur le bien-fondé et l'utilisation des données sur la mesure du rendement

Les responsables du PIC recueillent des données sur un certain nombre de variables liées aux différentes composantes du Programme. Comme l'illustrent les tableaux

présentés dans le présent rapport, la collecte de données et la production de rapports se sont améliorées au cours de la période visées par l'évaluation, en particulier au cours des trois dernières années. Les représentants du Programme ont avoué qu'il reste encore beaucoup de travail à accomplir de façon systématique, car l'accent a surtout été mis sur la mise en œuvre des composantes du PIC. Les organisations régionales des Premières Nations ont également indiqué, au moment où un plus grand nombre de données sont recueillies au niveau communautaire, qu'il existe des possibilités à l'égard d'une planification plus systématique nécessitant des indicateurs, pour lesquels il faut établir qui devrait les recueillir et de quelle façon. Il convient de souligner, à la lumière des entrevues, que les exigences de collecte de données sont associées au renforcement des capacités sur le terrain et à l'élaboration de systèmes.

La collecte de données pour le PIC est un processus en trois étapes : 1) les données sont recueillies par différents intervenants et sous différents formats au niveau communautaire; 2) les données sont ensuite transmises au bureau régional du Programme qui regroupe ces données; et 3) ces données sont par la suite transmises par les bureaux régionaux du Programme à l'administration centrale au moyen de l'*Examen régionale de fin d'exercice*. Un examen de ce processus, l'examen des données recueillies par le PIC et l'analyse conséquente nécessaire pour produire les tableaux de ce rapport ont identifié un certain nombre de domaines nécessitant une attention particulière.

- Il faudrait que les rapports de données soient cohérents et produits en temps opportun dans toutes les régions, car ils ont une incidence sur l'analyse des données et les rapports propres au Programme. Par exemple, en ce qui concerne la cohérence, certaines régions recueillent des données sur le nombre de séances, d'autres ne le font pas; certaines régions recueillent des données sur les types de séances, d'autres non. De même, en ce qui concerne la rapidité d'exécution, les dates limites de présentation de l'*Examen régional de fin d'exercice*, qui étaient auparavant fixées avant la fin du deuxième trimestre de l'exercice suivant, sont maintenant repoussées aux troisième et quatrième trimestres.
- Actuellement, les définitions liées aux données recueillies ne sont pas clairement établies dans l'ensemble des régions. Par conséquent, on observe un manque de clarté sur ce qu'un ensemble de données spécifiques représente. Par exemple, un mécanisme de mise en œuvre particulier devrait-il être enregistré comme un DME, un DSE ou un SIS (au-delà de Panorama)? Quelle est la différence entre un site de télésanté et le matériel de télésanté? etc. De même, il est nécessaire d'utiliser systématiquement les définitions des établissements de santé, telles que décrites par la DGSPNI, puisque les définitions d'AANC ont été utilisées dans certaines régions.
- Il est nécessaire de déterminer clairement ce qui est financé par le Programme. Bien qu'il soit avantageux de disposer de la vision globale de la cybersanté, du point de vue du Programme et de l'évaluation, il importe davantage de connaître l'état des collectivités et des composantes de la cybersanté financées par le Programme.

Afin de permettre une évaluation appropriée des progrès accomplis vers l'obtention des résultats du Programme, il est important de résoudre les problèmes susmentionnés. Il importe aussi de revoir les indicateurs qui font l'objet d'un suivi afin de déterminer ce qui est nécessaire. Selon un examen des indicateurs faisant l'objet d'un suivi par le Programme et de ses résultats énoncés, au minimum les indicateurs suivants devraient faire l'objet d'un suivi.

- Le niveau de connectivité à large bande utilisé dans l'établissement de santé (technologie, bande passante).
- Le nombre de sites de télésanté.
- Le nombre de séances par type (administratives, éducatives et cliniques).
- Le nombre de participants par type de séance.
- Le nombre d'annulations par type de séance.
- Le nombre de séances éducatives par domaine (p. ex. alimentation, gestion du diabète).
- Le nombre de séances cliniques par spécialité (p. ex. télédermatologie, téléophthalmologie).
- L'accès au SISP (Panorama et autres : préciser l'outil); interexploitable ou non avec les systèmes provinciaux.
- Accès aux DME (préciser l'outil); interexploitable ou non avec les DSE provinciaux/communautaires.
- Accès aux DSE (préciser l'outil); communautaire ou provincial.

Ces indicateurs devraient faire l'objet d'un suivi selon la classification générale suivante.

- Par collectivité financée (c.-à-d., les collectivités qui reçoivent des fonds soit directement dans le cadre du Programme, soit par l'entremise d'une entente de financement avec une organisation régionale des Premières Nations ou une bande des Premières Nations).
- Par type of collectivité (c.-à-d., éloignée ou isolée, isolée, semi-isolée et non isolée).
- Par type d'établissement de santé (c.-à-d., poste infirmier, centre de santé, poste sanitaire, bureau de santé, hôpital et centre de traitement visé par le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones).

Il serait également avantageux de recueillir des données de sondage sur le degré de satisfaction à l'égard des séances éducatives et cliniques de télésanté. Les sondages menés auprès de bénéficiaires de séances éducatives (en particulier le personnel des établissements de santé et les fournisseurs de services de soins de santé) permettraient de cerner les lacunes concernant la formation disponible et les moyens de les régler. *L'évaluation canadienne de la télésanté 2015* a identifié cette lacune et a fait état, pour l'avenir, du désir d'effectuer un plus grand nombre de sondages sur la satisfaction, de sorte que les commentaires des bénéficiaires directs puissent être recueillis et analysés. En ce qui concerne les séances cliniques, les sondages sur les expériences des fournisseurs de services de soins de santé permettraient au Programme de cerner les difficultés auxquelles font face, par exemple, le personnel infirmier et les médecins lorsqu'ils dispensent des services de soins de santé par l'entremise de la télésanté. En aplanissant ces difficultés liées à la technologie ou au manque d'équipement diagnostic au sein du site de télésanté, il serait possible

d'améliorer la relation patient/fournisseur de services de soins de santé, sans compter que les fournisseurs de services de soins de santé seraient davantage disposés à utiliser la technologie de la télésanté.

Il est à espérer que ces suggestions concrètes feront l'objet d'un suivi dans le contexte de l'orientation actuelle pangouvernementale sur les Profils d'information sur le rendement (PIR).

5.0 Conclusions

Les sections suivantes condensent les constatations présentées dans le rapport et fournissent une voie à suivre tout en reconnaissant les complexités inhérentes à un environnement réunissant de nombreux partenaires et intervenants. Bien que les conclusions sur la pertinence soient spécifiques au Programme, les conclusions sur le rendement témoignent des défis plurigouvernementaux complexes. En outre, les conclusions fournissent également de l'information sur les pratiques internationales pertinentes qui peuvent servir d'exemples.

5.1 Conclusions sur la pertinence

5.1.1 Besoin continu

Le PIC répond toujours à un besoin manifeste et aux besoins de sa clientèle. Les besoins visés par le PIC sont essentiels à l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations.

Le PIC fournit des services de cybersanté (directement ou par transfert) aux collectivités des Premières Nations, réduit le temps et les coûts de déplacement ainsi que l'éloignement de la famille et de la collectivité. Il a permis d'accroître l'accès aux possibilités et au perfectionnement des compétences des fournisseurs, d'offrir aux patients des choix concernant leurs soins de santé et d'améliorer l'information à l'égard de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

Il faut que les responsables du PIC continuent de collaborer avec les partenaires pour élargir et mettre à niveau la connectivité à large bande et la télésanté, permettre l'interopérabilité des systèmes de santé complexes qui peuvent fonctionner dans plusieurs administrations, améliorer les connaissances, la capacité et le contrôle des Premières Nations sur la façon dont leurs données sont recueillies, échangées et analysées, de même qu'accroître leur participation à la prise de décisions fondées sur des données probantes en ce qui concerne la prestation des services de soins de santé.

5.1.2 Conformité aux priorités du gouvernement

Le Programme cadre avec les priorités du gouvernement, lesquelles englobent le fait de suivre le rythme de la technologie et de l'innovation, de relever les défis du système de santé, d'examiner la réforme du système et d'établir de bonnes relations avec les peuples autochtones.

Le PIC cadre bien avec les priorités plus générales du gouvernement du Canada ainsi qu'avec les objectifs stratégiques du Ministère et de la Direction générale. Le PASIS demeure pertinent, mais des efforts supplémentaires devraient être déployés pour accroître la participation et la contribution des Premières Nations afin que le PASIS soit le fruit d'un processus ascendant (local) et descendant équilibré.

5.1.3 Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Le PIC cadre bien avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral.

À l'échelon régional et de l'AC, le PIC a renforcé son rôle de partenariat, mais il doit soutenir davantage cette capacité pour rendre les systèmes complexes interexploitables, efficaces et efficaces. Une plus grande attention doit être accordée à l'établissement de partenariats afin de continuer à intégrer les systèmes de santé FP et à accroître la capacité des services de santé des collectivités des Premières Nations à répondre à leurs propres besoins en matière de santé.

5.2 Conclusions liées au rendement

5.2.1 Obtention des résultats escomptés (efficacité)

Le PIC a dépassé son objectif de connectivité à large bande; toutefois, même si toutes les Premières Nations financées dans le cadre du PIC disposent d'une connectivité Internet, la bande passante disponible et la fiabilité des connexions sont variables. Le PIC a également surpassé ses objectifs sur le plan de la mise en œuvre des SISP et des DME/DSE. La télésanté continue de croître : d'une part, les séances administratives et éducatives ont offert des possibilités de collaboration et permis l'acquisition de connaissances et le perfectionnement de compétences; d'autre part, le grand nombre de séances cliniques, dépassant les objectifs fixés, a donné accès à une multitude de spécialités. La santé mobile semble prometteuse et en est à l'étape d'élaboration; un soutien supplémentaire dans ce domaine peut favoriser l'adoption de la technologie.

Bien que le PIC contribue à aplanir certaines des inégalités liées à l'accès aux services de soins de santé et aux données qui s'y rattachent, les responsables du Programme doivent poursuivre leurs efforts pour atteindre tous les objectifs énoncés du Programme dans toutes les collectivités des Premières Nations. Des voies à suivre sont examinées dans chacune des sous-sections suivantes.

Connectivité Internet

Il y a lieu de continuer à appuyer la connectivité à large bande dans les collectivités des Premières Nations, étant donné que cette composante est essentielle au déploiement des outils de la cybersanté^{47,73,74,76,85}. Un effort coordonné et axé sur la collectivité avec le concours des partenaires du Programme et des intervenants, comme AANC et ISDEC, dans le but de cerner les besoins de bande passante des collectivités des Premières Nations et le financement disponible (p. ex. du Programme et d'autres sources gouvernementales) permettrait de relever les défis actuels en matière de connectivité. Cette approche permettrait aux collectivités et aux partenaires de fournir plus efficacement la connectivité dans les régions sous-desservies tout en améliorant les services là où seule une connectivité de base est offerte.

L'accès à la connectivité devient également plus économique lorsque la demande des collectivités avoisinantes est mise en commun par le truchement de partenariats. Par exemple, K-Net a travaillé avec les collectivités visées par le Traité 9 et cherche à s'associer aux collectivités du Traité 3 afin de réaliser des économies d'échelle. Le réseau satellite des collectivités autochtones du Nord (NICSN) est une coopérative regroupant K-Net en Ontario, *Broadband Communications North* (BCN) au Manitoba et l'Administration régionale Kativik (ARK) au Québec, et jouit du même coup d'un pouvoir d'achat accru. Le Centre de dépannage des Premières Nations du Canada atlantique et le Centre de données de Membertou ont adopté un modèle global communautaire (centre de santé, bureau de bande, école) afin de mettre en œuvre la connectivité par fibre optique dans les établissements de santé de la région de l'Atlantique. En Alberta, le GCST gère la connectivité Internet pour le compte de 45 établissements de santé, réalisant ainsi des économies d'échelle. Des bassins de collectivités semblables pourraient être établis dans d'autres régions, notamment dans le sud de la Saskatchewan.

L'élaboration d'une approche de soutien des TI axée sur le client, en définissant clairement les rôles et les responsabilités de tous les partenaires (c.-à-d. PIC, DSGI et SPC) contribuerait à résoudre les problèmes de soutien des TI qui nuisent à la prestation de la cybersanté dans les collectivités des Premières Nations (notamment, le soutien du personnel infirmier, la fiabilité du RL, etc.).

Par-dessus tout, l'élaboration de normes et de lignes directrices sur les exigences en matière de réseau et de connectivité/bande passante liées à chaque composante de la cybersanté serait extrêmement avantageuse. Selon l'élément *statut de connectivité dans les collectivités des Premières Nations* du Programme, toutes les technologies de l'information sur la santé, telles que les SISP, les DME et les diverses activités de télésanté, nécessitent des besoins différents en matière de bande passante; ce qui fait que les niveaux de connectivité devraient être évalués en fonction des établissements de santé et de leurs besoins particuliers⁶⁴. Ces normes et lignes directrices pourraient par la suite être partagées avec les planificateurs des établissements de santé afin de s'assurer que les besoins immédiats, à moyen et à long terme de la collectivité en matière de cybersanté sont pris en compte à l'étape de la planification.

Systèmes d'information sur la santé publique

Pour que le travail sur les SISP continue de progresser, les partenaires concernés doivent partager une vision commune qui devrait inclure les éléments suivants.

- Intégration des principes PCAP dans les ententes d'échange de données pour s'assurer que les données sur la santé peuvent être échangées d'une façon qui répond aux besoins de toutes les parties^{124,6}.
- Promotion visant à accroître la sensibilisation aux avantages des SISP par l'entremise des organisations régionales des Premières Nations (p. ex. la CSSSPNQL, le SSDSPNM, la NITHA, le GCST, KOeTS, le Centre de dépannage des Premières Nations du Canada atlantique) et au niveau communautaire dans les collectivités qui ne font pas encore partie d'organisations similaires.
- Inciter les collectivités à collaborer avec les organisations régionales des Premières Nations afin qu'elles dirigent des activités de défense des intérêts en matière de gouvernance et de prise en charge de données et assurent l'intégration avec les systèmes provinciaux^{6,5}.
- Diffusion d'exemples sur les progrès des SISP dans les collectivités qui les ont adoptés pour inciter d'autres collectivités à adopter des approches similaires.
- Évaluation de la capacité et de l'état de préparation de la collectivité à l'échelle locale et formation au plan de la mise en œuvre, de l'utilisation et du maintien du SISP.
- Identification des partenaires fédéraux qui pourraient jouer un rôle de chef de file pour relever les défis que pose la mise en œuvre des SISP, notamment : PIC-Inforoute sur l'harmonisation avec les systèmes provinciaux et les questions touchant la protection de la vie privée; PIC-ISDEC-AANC pour l'obtention et le maintien des niveaux de connectivité nécessaires.
- Collaboration entre les partenaires FP pour trouver des solutions en matière d'échange de renseignements visant à examiner les questions législatives entourant l'accès du personnel infirmier relevant du gouvernement fédéral et celui relevant des Premières Nations aux systèmes de santé provinciaux et à l'information sur la santé.
- Définition des options conformes aux principes de PCAP pour ce qui est de la décontraction des données des Premières Nations dans les systèmes provinciaux afin de fournir des soins continus dans les réserves et hors de celles-ci aux membres des Premières Nations, tout en protégeant leur vie privée.
- Fourniture d'une stratégie de financement à long terme pour assurer le soutien intégral du SISP touchant tous les aspects de la mise en œuvre, y compris la capacité, la formation et la bande passante.

Ce qui précède serait comparable à certaines pratiques exemplaires internationales. Par exemple, les responsables du programme de vaccination du Consortium de santé tribale autochtone de l'Alaska (ANTHC) collaborent avec des partenaires tribaux de la santé à l'échelle de l'État afin de coordonner et de promouvoir les besoins des programmes de vaccination tribale et de sensibiliser le personnel tribal aux recommandations en matière de vaccination et aux maladies évitables par vaccination. Le Centre d'épidémiologie autochtone de l'Alaska, qui fait partie de l'ANTHC, regroupe des données de divers systèmes afin de contribuer au mieux-être des peuples

autochtones de l'Alaska en surveillant et en communiquant des données sur la santé, en fournissant une assistance technique et en appuyant les initiatives qui font la promotion de la santé. Le système a compilé des données sur une gamme d'indicateurs de santé. Ces données fournissent un aperçu de l'état de santé de la population autochtone de l'Alaska⁴.

Dossiers électroniques

Pour ce qui est des DME/DSE, il est essentiel de fournir un soutien continu aux collectivités des Premières Nations afin de satisfaire aux normes de gestion des données et de protection de la vie privée, lesquelles sont nécessaires à l'intégration provinciale. Les collectivités des Premières Nations sont confrontées à la tâche de choisir un DME qui répond aux besoins de la collectivité, des médecins et du personnel infirmier locaux et qui est interexploitable avec les systèmes provinciaux. Pour ce faire, les collectivités des Premières Nations devraient être informées des avantages des DME et de la façon dont ces avantages peuvent être obtenus tout en protégeant la vie privée et la propriété des données des collectivités des Premières Nations. En présence de DME communautaires qui répondent aux besoins locaux, il faut encourager la mise en place de solutions compatibles par une collaboration avec la province.

Les registres de clients locaux peuvent être utilisés comme moyen pour les Premières Nations d'assumer la propriété et le contrôle de l'information sur la santé des membres de la collectivité (selon les principes de PCAP) et servent de base aux ententes d'échanges de renseignements avec les ministères provinciaux de la santé^{7,25}, tout en protégeant la vie privée des personnes³⁹.

Pour que la mise en œuvre soit efficace, les processus de gestion du changement devraient examiner les questions de confidentialité, de sécurité et de gestion des données¹²⁴ par l'entremise de stratégies, telles que la mobilisation et la formation du personnel au sein de l'établissement de santé local¹⁹. Une collaboration de soutien et continue avec les régies régionales de la santé visant à promouvoir l'interopérabilité avec les systèmes régionaux des DSE est vitale¹⁶. Les applications qui ont bien fonctionné dans une région et qui ont été adoptées dans d'autres, comme dans le cas de la collectivité Mustimuhw, devraient continuer à faire l'objet d'une promotion afin qu'elles puissent être adoptées dans d'autres régions^{16, 45,9,15}.

Selon les pratiques exemplaires internationales, un financement durable est essentiel au développement des DSE, financement qui provient habituellement de diverses sources. Par exemple, en Alaska, l'ANTHC bénéficie d'un financement provenant de plusieurs organismes gouvernementaux, dont le Bureau des affaires indiennes et le centre de lutte contre les maladies pour les diverses initiatives qu'il supervise. Le réseau de cybersanté de l'Alaska (AeHN) a également reçu des fonds de la FCC, du *US Department of Health and Human Services*, de l'État de l'Alaska ainsi que du *Alaska Federal Health Care Partnership*¹²⁰. Des fonds additionnels sont octroyés par le truchement de subventions et d'autres sources gouvernementales pour des initiatives particulières en lien avec la cybersanté (p. ex. des subventions axées sur l'infrastructure) ou pour des initiatives visant certaines collectivités.

Des initiatives d'interopérabilité sont également en place pour permettre l'échange de données, comme dans le cas de l'initiative d'échange de renseignements sur la santé (HIE) en Alaska et de Kanta, le système national d'information sur la santé des patients en Finlande. Le partenariat est un élément clé de ces initiatives. En Australie, eHealth NSW (cybersanté Nouvelle-Galles du Sud), une organisation spécialisée au sein de *New South Wales Health*, s'associe avec le district de santé local, des réseaux spécialisés de la santé et des organismes afin de mettre en œuvre des programmes à l'échelle de l'État, soutenir l'innovation locale et veiller à l'harmonisation des projets de cybersanté avec les besoins de la collectivité. Dans le cadre de *eHealth NSW*, le programme de cybersanté rurale vise à améliorer la façon dont les outils et les ressources sont gérés et distribués aux cliniciens, au personnel et aux patients. Voici ses priorités¹¹⁴.

- Renforcer la gouvernance opérationnelle et stratégique de la cybersanté.
- Assurer la gestion du changement durable et continue et la formation à cet égard.
- Mettre en place une infrastructure d'information et de communication sécurisée, fiable et accessible à grande échelle.

Dans de nombreuses pratiques exemplaires d'autres pays et administrations étrangères, la protection de la vie privée est un attribut clé. Voici des exemples.

- En Alaska, l'accès aux DSE est régi par la législation sur l'utilisation responsable des *Centers for Medicare and Medical Services*. Les renseignements personnels sur la santé ne peuvent être utilisés que pour les soins aux patients ou les demandes de règlement d'assurance. AeHN dispose d'un programme de formation détaillé sur la protection de la vie privée qui s'adresse à tous les employés qui utilisent des systèmes de cybersanté pour assurer la protection des données des patients qui sont stockées dans le programme HIE, le matériel de télésanté et les réseaux^{121,3}.
- Le gouvernement australien a mis en place des politiques et des mesures de contrôle pour protéger les risques et les atteintes à la vie privée et à la sécurité. Il s'agit notamment de la publication en 2012 des règles sur les dossiers électroniques de santé à contrôle personnel (Personnaly Controlled Electronic Health Record ou PCEHR), qui précisent l'accès aux données personnelles sur la santé et leur contrôle¹³, de même que les politiques relatives aux personnes mineures ou qui présentent une déficience intellectuelle qui ont besoin d'un « représentant autorisé » pour les aider à gérer leurs dossiers¹²⁸. Qui plus est, les personnes contrôlent leur « mon dossier santé » (MyHR), la nouvelle appellation du PCEHR, pour autoriser/restreindre l'accès aux fournisseurs de soins de santé comme bon leur semble.
- En Finlande, le décret sur les services nationaux des systèmes de DSE énonce les exigences réglementaires en matière de DSE. Ces lois ont un vaste champ d'application qui veille à la protection des données et de la vie privée. Elles comprennent entre autres la tenue des dossiers de données sur la santé, les exigences visant l'établissement qui héberge les DSE, les exigences relatives à l'interopérabilité des données, le consentement, la responsabilité, l'utilisation secondaire et la durée de l'archivage, l'accès et l'authentification, etc.¹¹⁰.

Télésanté – séances éducatives et administratives

Un certain nombre de facteurs devraient être pris en compte pour appuyer les progrès liés aux séances éducatives et administratives : une largeur de bande passante suffisante pour assurer la qualité et la fiabilité du déroulement des séances, un nombre suffisant de coordonnateurs de la télésanté pour planifier et promouvoir les événements et un financement suffisant et durable pour soutenir la capacité sur le terrain, l'achat et la mise à jour continue de matériel, sans oublier les partenariats affectés au contenu et au matériel. Il est également nécessaire de diversifier la façon dont se tiennent les séances en passant de salles spécialisées de vidéoconférence à l'informatique personnelle, notamment, le recours à des ordinateurs portables, des iPads ou des téléphones cellulaires. Comme soutien additionnel, il y aurait l'archivage des événements et leur mise en ligne à des fins d'accès ultérieur par les membres de la collectivité et les fournisseurs de services de soins de santé, ce qui permettrait de diffuser les événements en continu, et la capacité de postédition des séances.

Les pratiques exemplaires internationales indiquent que l'éducation sur les sujets de santé est bénéfique et peut être déployée avec succès. Par exemple, au Brésil, le programme national du réseau de télésanté est une initiative nationale qui vise à améliorer la qualité des soins de santé primaires au sein du système de santé publique connu sous l'appellation *système de santé unifié* (SUS), en intégrant l'éducation et les services de santé au moyen d'outils de technologie de l'information. Le programme, de concert avec le réseau des universités de la télémedecine, est axé sur la télémedecine dans les régions éloignées et rurales. Le SUS a mis en place sa propre « université ouverte » virtuelle aux fins du perfectionnement professionnel continu associé à toutes les professions de la santé. Ces programmes sont très utilisés, en particulier par les professionnels de la santé œuvrant dans des régions rurales et mal desservies. Des séances éducatives relient les fournisseurs de services de soins de santé et les équipes de santé familiale œuvrant dans de petites collectivités à des ressources à jour qui permettent d'améliorer les soins et l'accès. En Australie, le collège australien de médecine rurale et à distance (ACRRM) utilise la solution axée sur l'éducation médicale virtuelle dans les régions rurales et éloignées (RRMEO) pour héberger un mécanisme de formation et d'éducation en ligne qui profite aux omnipraticiens locaux. Ces modules d'apprentissage en ligne permettent aux omnipraticiens d'accéder à des communautés de pratique virtuelles en plus de les aider à demeurer au fait de la pratique médicale^{11,12}.

Télésanté – séances cliniques

Les principaux facteurs influant sur les progrès liés à la prestation des séances cliniques comprennent : résoudre les problèmes de bande passante et de connectivité, y compris les pannes de courant; s'assurer qu'un nombre suffisant de coordonnateurs de la télésanté sont disponibles pour permettre la tenue des séances; et promouvoir la télésanté auprès des membres des Premières Nations et des professionnels de la santé. Le soutien local des TI pour gérer le matériel de réseautage et résoudre les problèmes des TI (p. ex. la réinitialisation des routeurs à la suite d'une panne de courant) améliorerait la prestation et la fiabilité. La formation du personnel infirmier sur

l'utilisation du matériel de télésanté, de sorte qu'il puisse être entièrement intégré à la prestation des services de soins de santé publique et primaires, serait particulièrement avantageuse (notamment, son utilisation pour les urgences et les soins après les heures normales de bureau). Relever les défis que pose la protection de l'identité des membres des Premières Nations tout en permettant parallèlement des soins homogènes sur les réserves et en hors de celles-ci aiderait les professionnels de la santé à offrir les services et assurer la facturation.

Les pratiques exemplaires internationales dans ce domaine fournissent des renseignements utiles sur les partenariats et les mécanismes de participation et d'adoption par les cliniciens. En ce qui concerne les partenariats, le réseau fédéral d'accès aux soins de santé de l'Alaska (AFHCAN) joue un rôle clé dans l'exécution des programmes de télésanté par l'entremise d'un modèle de prestation de type « en étoile ». L'ANTHC gère l'entretien du matériel électronique, y compris les appareils de télémedecine, grâce à son service de génie biomédical : les services de génie clinique de l'Alaska (ACES). ACES fournit également des services de consultation en matière de conception et de soutien pour les systèmes biomédicaux et les services de téléradiologie, y compris la planification des installations, les enquêtes sur la sécurité et l'achat d'équipement.

Le mécanisme de participation et d'adoption par les cliniciens en Alaska est passé par l'adoption du projet de loi 281 par la Chambre des représentants afin de permettre aux médecins d'offrir des consultations aux patients, de faire des diagnostics et de prescrire des médicaments par téléphone. Le projet de loi 74 du Sénat a élargi encore davantage les services de télésanté en permettant aux médecins autorisés de l'Alaska de fournir des services de télésanté à l'extérieur de l'État. L'Alaska rembourse les services de télémedecine utilisant la technologie synchrone ainsi que la surveillance des patients en mode différé et à distance dans une certaine mesure. L'État couvre également la télémedecine à domicile, y compris les services de téléadaptation dans le cadre du régime de soins de santé à domicile. En Australie, l'ACRRM est un ardent défenseur de la participation et de l'adoption des cliniciens. Au ministère de la Santé, le barème des prestations d'assurance-maladie prévoit le remboursement des consultations en télémedecine auprès des médecins, des infirmières praticiennes, des sages-femmes et des travailleurs autochtones de la santé. Ces remboursements ne sont offerts qu'aux patients vivant à l'extérieur des grandes villes dans des régions rurales ou éloignées, à ceux dans des établissements de soins pour personnes âgées et à ceux bénéficiant de services médicaux pour les Autochtones. Le patient et le spécialiste à distance doivent être éloignés d'au moins 15 km^{113,112}.

Santé mobile

Les avantages de la santé mobile touchant l'accessibilité des services de soins de santé par les patients vivant dans des régions éloignées ou isolées ou les deux et par les personnes incapables de quitter leur domicile, notamment les patients âgés et souffrant de problèmes de santé chroniques, sont reconnus^{118,21,20}, tout comme leur valeur éducative²⁶. Les facteurs clés du développement continu de la santé mobile sont la connectivité sans fil (bande passante, fiabilité), la disponibilité des réseaux cellulaires commerciaux et la sécurité du réseau, ainsi que l'avancement de la technologie relative

au suivi des soins à domicile⁶². La formation appropriée des professionnels de la santé sur les appareils de santé mobile et l'élaboration de modèles de rémunération, comme c'est le cas pour les séances cliniques de télésanté, constituent également des éléments clés. À mesure que l'acceptation de la santé mobile parmi les patients s'accroît et que les cliniciens réalisent son potentiel en matière de prestation de soins de santé à distance, il pourrait y avoir une augmentation des demandes de financement visant à améliorer la connectivité, l'échange de données, l'administration et la formation des professionnels de la santé.

Puisque les applications ne sont pas encore au point, les décisions devraient s'appuyer sur les évaluations et les essais technologiques.

Plusieurs pays ont précisé l'adhésion aux lignes directrices, à l'architecture, aux normes et aux programmes de certification de la santé mobile lorsqu'ils font l'acquisition de solutions de santé mobile. On parle ici du Danemark, de Singapour et du Royaume-Uni. En Alaska, AFHCAN a ajouté des capacités de communications visuelles et de collaboration de Vidyo^t pour permettre des vidéoconférences haute définition sur les appareils mobiles, qui doivent être conformes à la *Health Insurance Portability and Accountability* (HIPAA). L'Australie a mis au point « ibobbly », une application de prévention du suicide s'adressant aux Autochtones de 18 à 35 ans vivant en Australie-Occidentale. ibobbly est fondée sur les thérapies d'acceptation et d'engagement et utilise la pleine conscience et des stratégies d'action fondées sur les valeurs. Une fois l'application téléchargée, il n'est pas nécessaire d'avoir une connexion Internet pour l'utiliser. Pour ce qui est de la protection des renseignements personnels, outre la réglementation générale concernant la protection des renseignements personnels en matière de santé, il existe également des règles qui s'appliquent expressément aux types d'information qui peuvent être recueillis au moyen d'applications et d'appareils mobiles, de même que sur la façon dont cette information doit être traitée. Au nombre des exemples d'information qui relèvent de cette législation, mentionnons les photographies, les adresses IP et autres identificateurs d'appareils uniques, les listes de contacts, la reconnaissance vocale et faciale, de même que l'information de localisation¹¹⁶.

Le PIC utilise un certain nombre de mécanismes de mobilisation multipartite et visant à promouvoir la planification concertée et intégrée de la cybersanté. En ce qui concerne l'harmonisation, les responsables du PIC collaborent avec les représentants des Premières Nations et des gouvernements fédéral et provinciaux pour intégrer les services de santé en cernant les possibilités et en jouant un rôle actif dans des partenariats plurigouvernementaux.

Planification concertée et intégrée

Bien que des améliorations aient été apportées aux partenariats, à l'échange et à la coordination de l'information, tous les partenaires doivent déployer des efforts concertés et supplémentaires afin d'atteindre les objectifs de mise en œuvre d'une composante de la cybersanté, qu'il s'agisse de la connectivité à large bande, des DME/DSE

^t Une plate-forme pour les vidéoconférences haute définition.

interexploitables ou du SISP, ou encore de la télésanté à des fins éducatives et cliniques.

L'établissement clair et précis des rôles, des responsabilités et des priorités entre le PIC, la DSGI et SPC peut contribuer à résoudre les problèmes des TI. La DGSPNI collabore avec la DSGI à un projet dirigé par des comités directeurs mixtes portant sur l'amélioration du soutien des TI fourni aux employés de la DGSPNI œuvrant dans des collectivités éloignées ou isolées ou les deux¹²⁹. Il importe aussi de disposer de normes et de lignes directrices concernant la responsabilité liée aux communications des données, au fonctionnement et au soutien du RL (y compris le matériel qui s'y rattache comme les routeurs), etc.

Une collaboration accrue entre les responsables du PIC et du PESI pourrait contribuer à améliorer la planification des nouveaux projets de construction, de rénovation et d'expansion, ce qui permettrait d'assurer le soutien des technologies de la cybersanté.

ISDEC et AANC sont des partenaires clés dans la mise en place d'une bande passante et d'une connectivité appropriées répondant à tous les besoins de l'ensemble des Premières Nations, y compris la cybersanté. Un nouveau projet d'ISDEC vise l'échelon des institutions et non celui des ménages. C'est une occasion pour le PIC de soutenir les collectivités et les organisations régionales des Premières Nations dans leurs efforts de mobilisation d'ISDEC et d'AANC pour s'assurer que les collectivités font une demande pour obtenir la connectivité à large bande nécessaire. Le PIC peut fournir des renseignements sur les besoins de bande passante des établissements de santé permettant d'exécuter les différentes composantes (p. ex. télésanté, DME et SISP). De solides propositions émanant des Premières Nations, des organisations régionales des Premières Nations, des provinces, des municipalités et des FSI devraient permettre d'obtenir la connectivité nécessaire à la cybersanté. Les homologues provinciaux ont également un rôle à jouer. Il existe un groupe de travail interministériel affecté à la connectivité à large bande, qui peut servir de tribune pour en arriver à une stratégie visant à soutenir le travail des Premières Nations, de l'ISDEC, d'AANC, des provinces et des FSI à l'égard de la connectivité⁵¹.

En ce qui concerne les régions qui n'ont pas accès à la fibre optique, la viabilité des satellites à haut débit pourrait être examinée en mettant l'accent sur des solutions qui pourraient desservir plusieurs collectivités afin de bénéficier d'économies d'échelle. Cela nécessiterait des partenariats avec K-Net, KRG, etc., afin de présenter des propositions conjointes à ISDEC sur la connectivité.

Des partenaires comme Inforoute pourraient jouer un rôle plus important. À l'heure actuelle, Inforoute joue un rôle consultatif auprès des provinces pour permettre l'instauration de la cybersanté. Le rôle d'Inforoute pourrait être officialisé de façon à ce qu'elle puisse interagir directement avec les collectivités des Premières Nations pour faire progresser la cybersanté. Inforoute pourrait ensuite être utilisée pour promouvoir l'interopérabilité des systèmes des Premières Nations avec les DSE provinciaux et les SISP.

La prestation de services de soins de santé harmonieux exige un mécanisme continu d'échange de renseignements à l'échelle des administrations (p. ex., les Premières Nations, le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial) qui intègre les principes

de PCAC. L'expérience et les ressources d'Inforoute liées aux questions de protection de la vie privée pourraient contribuer au processus d'interopérabilité, lequel est actuellement confronté à la réticence des provinces ainsi qu'à des problèmes de gouvernance et de vie privée du côté des Premières Nations.

Le partenariat avec les provinces exigera des forces particulières du PIC afin de trouver un terrain d'entente, de travailler sur des solutions qui conviennent aux deux parties et de planifier la mise en œuvre de la composante de la cybersanté afin de gérer de façon optimale les ressources limitées et d'assurer la satisfaction à l'égard de la mise en œuvre. Dans le cas de la région de l'Atlantique, il y a lieu d'implanter de solides modèles de partenariat, étant donné que chaque province en est à une étape différente de sa relation avec les Premières Nations. Dans toutes les provinces, il faut assurer une prestation des soins de santé harmonieuse entre les services de santé hors des réserves financés par la province et les services de santé dispensés dans les réserves, tout en protégeant la vie privée des membres des Premières Nations.

Pour ce qui est de la participation des Premières Nations et du partenariat avec celles-ci, il faudrait mettre en place des pratiques exemplaires pour que toutes les collectivités puissent en bénéficier. Des exemples de réussite dans l'établissement d'accords, comme dans le cas de la NITHA ou de la Nouvelle-Écosse, pourraient être examinés afin de trouver des points clés et communs. L'expérience d'organisations régionales des Premières Nations, comme le SSDSPNM, la CSSSPNQL, la NITHA, le GCST, KOETS et le Centre de dépannage des Premières Nations du Canada atlantique, pourrait être communiquée de sorte que toutes les collectivités puissent tirer parti de ces leçons apprises. Le partenariat Tui'kn est un exemple de ce type de pratiques exemplaires entre les collectivités des Premières Nations, Santé Canada, la Nouvelle-Écosse, les milieux universitaires et de l'industrie pour le développement du registre des clients Unama'ki. Un autre exemple est le travail entre Kenora Chiefs Advisory, Inforoute, Santé Canada, l'Ontario et le Réseau local d'intégration de la santé du Nord-Ouest pour mettre en place et éventuellement lier un registre de clients dans sept collectivités des Premières Nations au registre provincial des clients¹¹⁷. Afin d'échanger ces pratiques exemplaires, une stratégie de communication officielle est nécessaire entre les Premières Nations et le PIC. En augmentant la participation et la mobilisation des collectivités, les régions pourraient potentiellement bénéficier des plans stratégiques de communication des provinces ainsi que des plans de mobilisation communautaire adaptés à un contenu et à un format acceptables du point de vue culturel.

Enfin, il est nécessaire d'évaluer de façon systématique les capacités et les moyens de la collectivité afin de cerner les possibilités d'amélioration ou de perfectionnement (travailleurs des TI, personnel affecté à l'infrastructure de données, personnel infirmier, coordonnateurs de la télésanté, spécialistes des données, personnel formé sur les DME/DSE et le SISP) et de miser sur les capacités sur le terrain en vue d'améliorer la prestation de la cybersanté et le maintien en poste du personnel.

Des exemples de renforcement des capacités sont visibles en Colombie-Britannique (p. ex. la formation spécialisée sur le projet de téléophthalmologie, l'observation au poste de travail, l'éducation permanente)¹⁷. Sur le plan des pratiques exemplaires internationales, le renforcement des capacités est intégré à la prestation de la

cybersanté au Brésil dans le cadre du programme national d'accès à l'éducation technique et à l'emploi (PRONATEC) s'adressant aux habitants des régions rurales et aux peuples autochtones des régions nordiques et du nord-est, moins prospères, du pays. En Alaska, les responsables d'AeHN supervisent le centre régional de vulgarisation de l'Alaska, qui fournit des services de soutien à la mise en œuvre des DME aux fournisseurs, y compris l'évaluation de la préparation aux DME, la sélection des fournisseurs, la refonte du processus opérationnel, la formation et le soutien des TI¹³⁰. En Australie, les responsables de l'ACRRM fournissent aux omnipraticiens l'accès à des communautés de pratique virtuelles et les aident à demeurer au fait de la pratique médicale par le truchement de modules d'apprentissage^{10,12}. En Finlande, le renforcement des capacités en matière de cybersanté, l'éducation liée à la protection de la vie privée, la sécurité des données, la sécurité des patients, les procédures et la sécurité radiologique sont en place. La formation Web offerte au personnel est disponible dans 100 % des hôpitaux centraux, 92 % des centres de services de santé et dans plus de la moitié des bureaux de fournisseurs de services privés²⁷. De plus en plus, une formation préalable au service en matière de cybersanté est offerte aux étudiants en sciences de la santé¹²⁷.

5.2.2 Démonstration de l'efficacité et de l'économie

Selon l'évaluation des données disponibles, il est possible d'affirmer que l'utilisation des ressources du Programme en ce qui concerne la production des extrants et les progrès accomplis vers l'atteinte des résultats escomptés est efficace et économique. Les objectifs du Programme sont activement communiqués, tandis que l'harmonisation entre les projets, les composantes de la cybersanté et les priorités et besoins régionaux est assurée. Toutefois, compte tenu de l'évolution rapide de l'environnement, il s'avère difficile pour le PIC de suivre le statut régional et la situation nationale dans son ensemble. Les coûts évités en raison de toutes les séances de télésanté clinique présentées dans quatre régions se sont élevés à environ 11,7 millions de dollars en 2015-2016.

Du point de vue de « l'état souhaité », il est possible d'améliorer l'efficacité par une utilisation accrue de certains sites de télésanté en favorisant la sensibilisation et le renforcement des capacités (p. ex., poursuivre la formation du personnel infirmier sur la façon d'utiliser le matériel de télésanté, fourniture d'un soutien adéquat des TI, faire appel à des coordonnateurs de la télésanté). Le renouvellement du PASIS peut générer des gains d'efficacité additionnels grâce à une approche ascendante (locale), suivie d'un exercice de planification stratégique descendant, une approche cohérente en matière d'évaluations de l'état de préparation de la collectivité et des projets et une vision de financement à plus long terme pour la planification de projets à vocation technologique. L'évaluation des avantages révèle que le PIC a contribué à éviter des coûts en raison de la tenue des séances cliniques de télésanté. Même s'il n'est pas quantifié, un mécanisme d'évitement des coûts similaire découle de la prestation de séances éducatives. Des pistes à suivre sont examinées dans chacune des sous-sections suivantes.

Harmonisation entre les projets, les composantes et les besoins régionaux

En raison du contexte en constante mutation du PIC, il est nécessaire d'accroître les analyses environnementales sur une base continue afin d'éclairer les lignes directrices du Programme. Dans ce contexte, il y a lieu de revoir le PASIS à l'aide d'une approche locale et de le rendre plus actuel. De plus, lorsque des décisions sont prises au sujet de la bande passante ou des solutions en matière d'interopérabilité des systèmes entre les Premières Nations et les provinces, les contextes régionaux et sous-régionaux devraient être examinés afin de mieux répondre aux besoins des collectivités.

Évaluations de l'état de préparation technique des collectivités

À l'heure actuelle, les régions utilisent une variété de plans de projet et de modèles d'évaluation de l'état de préparation. Si, en principe, une évaluation approfondie est effectuée au moyen de comités et de listes de vérification des critères ponctuelles, une approche plus cohérente et planifiée en matière d'évaluation des projets contribuerait à accroître l'efficacité et à réaliser des économies d'échelle. Même si les variations régionales et communautaires doivent être permises et reconnues, une approche systématique entre les régions permettrait de classer et d'évaluer les projets en utilisant des modèles appropriés qui peuvent fournir une perspective régionale et nationale. Par exemple : une évaluation de base de l'état de préparation technique des collectivités qui n'ont pas accès à la cybersanté; une évaluation de l'état de préparation des projets ajoutant de nouvelles composantes de la cybersanté à une collectivité; et une évaluation technologique des projets liés à l'innovation afin d'améliorer l'économie, l'efficacité ou d'assurer une meilleure qualité des services. L'évaluation des projets serait davantage systématique si des modèles étaient élaborés à partir de *l'outil d'évaluation de l'état de préparation de l'infrastructure de la cybersanté*⁵² et des autres listes de vérification et outils que les régions utilisent actuellement. Cette approche systématique améliorerait l'équité d'accès à la cybersanté de toutes les collectivités des Premières Nations.

Planification et financement

L'absence d'un horizon de financement de trois à cinq ans a pour effet de réduire les gains d'efficience qui pourraient être obtenus grâce à un plan à plus long terme rattaché à la mise en œuvre des diverses composantes de la cybersanté. Par exemple, le matériel de télésanté peut être mis à la disposition d'une collectivité, mais il pourrait être sous-utilisé ou non utilisé, faute de financement pour appuyer les coordonnateurs de la télésanté ou pour fournir un soutien adéquat des TI ou encore pour dispenser la formation nécessaire. Dans de tels cas, les économies de coûts découlant de la technologie ne sont pas réalisées. Les exemples identifiés au cours de l'évaluation (p. ex. le matériel de télésanté et les appareils de radiographie qui ne sont pas utilisés) font état de la nécessité d'un horizon de planification de financement à plus long terme et de l'élaboration de plans stratégiques couvrant tous les aspects de chaque composante, comme la technologie et les évaluations de la connectivité, le soutien des TI associé à la mise en service de nouvel équipement, le renforcement des capacités, la formation et l'entretien.

Le plan à long terme reposerait sur une analyse rigoureuse des collectivités qui devraient être examinées en premier pour déterminer leurs besoins fondamentaux, comme la connectivité, la formation sur les capacités et la télésanté, et comment la progression sera effectuée au niveau de la croissance des composantes du PIC (SISP et DME/DSE). Le plan devrait aussi permettre le financement de l'innovation et la mise à jour continue de l'équipement.

Un autre aspect de la planification et du financement consisterait à mobiliser les partenaires des tables multilatérales afin de cerner les sources de financement parallèles (p. ex. autres ministères fédéraux ou provinces). Le rôle d'Inforoute rattaché à la mise en œuvre de certaines composantes du PIC au sein des Premières Nations, l'utilisation du Fonds d'intégration des services de santé (FISS), le partenariat avec AANC pour partager la connectivité avec les écoles ou installer la fibre optique, etc., en sont des exemples. Cette approche pourrait être élargie à l'appui de l'innovation.

Il est également nécessaire d'élaborer un plan sur la façon d'examiner les collectivités qui ne peuvent miser sur un solide champion ou chef de file régional (comme le GCST, la NITHA, le SSDSPNM, KOeTS, la CSSSPNQL et le Centre de dépannage des Premières Nations du Canada atlantique) et qui pourraient accuser un retard en matière de cybersanté.

Bien-fondé et utilisation des données sur la mesure du rendement

Il y a de nombreux avantages à tirer de la collecte et de l'analyse systématique des données à des intervalles réguliers. Il est entendu que certaines collectivités et organisations régionales des Premières Nations et certains bureaux régionaux du Programme n'ont pas nécessairement les capacités sur le terrain pour mener à bien ces activités. Cependant, si des décisions sur les composantes de la cybersanté doivent être fondées sur de solides données probantes sous-jacentes, une approche de financement s'appuyant, d'une manière aussi rigoureuse que possible, sur la démonstration des résultats, peut s'avérer nécessaire. L'un des principaux facteurs à prendre en compte dans la mise en place d'un système de mesure du rendement consiste à examiner la faisabilité des données requises en fonction de la capacité sur le terrain. L'évaluation a proposé un certain nombre d'indicateurs, dont certains sont déjà utilisés par les responsables du Programme, et grâce auxquels la collecte et l'analyse de données devraient être renforcées à l'appui des futures décisions relatives au Programme, y compris les besoins de financement.

6.0 Recommandations

Le travail supplémentaire des responsables du Programme effectué dans les différents domaines de la cybersanté a contribué à la réalisation de ses résultats. Bien que le Programme ait respecté ou surpassé la plupart de ses principaux objectifs, les recommandations suivantes indiquent les domaines dans lesquels le travail continu aidera les responsables du Programme à poursuivre leur travail en utilisant une vision à long terme en ce qui a trait au déploiement, au maintien et à la réalisation des

avantages de l'infrastructure numérique au bénéfice des membres, des familles et des collectivités des Premières Nations.

Recommandation 1. Renforcer les partenariats, la collaboration et l'intégration avec les partenaires et les intervenants afin de continuer à améliorer la connectivité Internet en vue d'offrir un accès équitable aux collectivités des Premières Nations mal desservies.

Connectivité à large bande

Le déploiement d'efforts coordonnés et axés sur la collectivité avec les partenaires du PIC et les intervenants, tels que les organismes régionaux des Premières Nations, AANC, ISDEC, les gouvernements provinciaux et l'industrie privée, permettrait au PIC de tirer profit des activités établies ou prévues, de favoriser la normalisation en assurant une bande passante adéquate pour les composantes de la cybersanté, ainsi que de déterminer les besoins en large bande des collectivités des Premières Nations et le financement disponible de diverses sources afin de s'attaquer aux problèmes de connectivité Internet.

Exigences relatives aux composantes de la cybersanté

Il serait utile pour le PIC que les exigences en matière de large bande pour les composantes de la cybersanté soient cernées et définies afin de cerner les lacunes sur le plan des services. Ces exigences seraient fondées sur des lignes directrices techniques normalisées pour chaque composante de la cybersanté (p. ex. dossiers électroniques, SISP, télésanté), de manière harmonisée avec les normes provinciales, le cas échéant. L'évaluation de l'état de préparation à la cybersanté d'un établissement de santé en fonction de ces exigences et d'autres exigences liées à l'infrastructure (p. ex. modules d'extension pour l'équipement de télésanté dans les salles d'urgence, acoustique des salles/protection de la vie privée, réseau local et état du matériel connexe) permettrait au PIC de cerner les améliorations nécessaires, le cas échéant.

Recommandation 2. Poursuivre les travaux entrepris avec les partenaires en vue de régler les problèmes liés aux TI et aux établissements de santé pour permettre aux professionnels de la santé (personnel infirmier) d'intégrer les outils de cybersanté au mécanisme de prestation des soins primaires et des soins de santé publique.

Rôles et responsabilités liés au soutien des TI et à l'infrastructure des établissements de santé

Il serait utile de clarifier les rôles et les responsabilités des partenaires à l'intérieur et à l'extérieur de Santé Canada (p. ex. organismes des Premières Nations, PIC, Programme des établissements de santé et immobilisations, DSGI, SPC) et d'établir des mécanismes axés sur les clients pour faire en sorte que les problèmes de TI

éprouvés par les travailleurs de la santé (p. ex. personnel infirmier) soient réglés en temps opportun. Cela aurait pour effet d'encourager l'adoption de la cybersanté et son intégration dans la prestation des soins primaires et des soins de santé publique. La collaboration actuelle de la DGSPNI et de la DSGI pour améliorer le soutien informatique aux employés de la DGSPNI dans les collectivités éloignées ou isolées ou les deux devrait se poursuivre afin de cerner les rôles et responsabilités et, éventuellement, les problèmes d'infrastructure des établissements de santé. De plus, le manque d'infrastructure et de soutien des TI pour les établissements de santé transférés des Premières Nations devrait être périodiquement évalué en vue d'une utilisation durable des applications de la cybersanté.

Recommandation 3. Travailler en étroite collaboration avec les gouvernements provinciaux, les partenaires fédéraux (p. ex. Inforoute) ainsi qu'avec les organismes régionaux et les collectivités des Premières Nations afin d'intégrer davantage les démarches visant à rendre interexploitables, efficaces et efficaces les dossiers électroniques et les SISP par l'élimination des obstacles juridiques, législatifs et logistiques.

Lois fédérales et provinciales relatives à la protection de la vie privée

La collaboration entre les partenaires fédéraux et provinciaux devrait être axée sur la définition de solutions d'échange des renseignements afin de régler les problèmes d'accès des infirmières relevant du gouvernement fédéral et des Premières Nations aux données sur les patients dans les SISP et les dossiers électroniques provinciaux. C'est un problème de haute priorité qu'il faut régler dans la plupart des provinces.

Ententes relatives à l'échange de données

La mise en œuvre efficace d'ententes d'échange de données nécessite une mobilisation soutenue des Premières Nations et des partenaires provinciaux et fédéraux afin de relever les défis que posent les systèmes interexploitables. Cette mobilisation contribuerait à faire progresser les travaux touchant l'harmonisation avec les systèmes provinciaux et la protection de la vie privée ainsi que l'intégration à grande échelle des principes de PCAP dans les ententes d'échange de données afin de s'assurer que les données sur la santé peuvent être échangées d'une façon qui répond aux besoins de toutes les parties. La résolution des problèmes d'échange de données et de protection de la vie privée contribuerait non seulement à fournir des soins de santé continus dans les réserves et hors de celles-ci, mais aussi à surmonter les difficultés liées à la facturation des professionnels de la santé.

Harmonisation de la vision des gouvernements fédéral et provinciaux

La définition d'une vision coordonnée et d'un partenariat concernant les systèmes de cybersanté avec les collectivités des Premières Nations et les gouvernements provinciaux contribuerait à atteindre les objectifs communs fondés sur un terrain

d'entente concernant les nouvelles technologies. Cela permettrait, en retour, d'établir des échéanciers réalistes pour la mise en œuvre des composantes de la cybersanté qui comporterait une utilisation optimale des ressources limitées tout en assurant une satisfaction à l'égard de la mise en œuvre.

La collaboration entre les partenaires F P devrait être axé sur l'identification des solutions d'échange de renseignements afin de régler les problèmes entourant le personnel infirmier fédéral et des Premières Nations et son accès aux données sur les patients figurant dans le SISF et les dossiers électroniques provinciaux. C'est un domaine de haute priorité qui exige une résolution dans la plupart des provinces.

Recommandation 4. Continuer d'encourager les collectivités des Premières Nations à améliorer leurs connaissances, leurs capacités et leur contrôle quant à la prestation de leurs services de soins de santé et à l'utilisation des données sur la santé à l'appui de la prise de décisions fondées sur des données probantes.

Promotion

La promotion des pratiques exemplaires et des modèles à suivre concernant la mise en œuvre des diverses composantes de la cybersanté (dossiers électroniques, SISF, télésanté et m-santé) favoriserait la capacité en cybersanté et son adoption. D'autres avantages découleraient de l'échange des résultats positifs des partenariats avec les organismes régionaux des Premières Nations, comme le SSDSPNM, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, la NITHA, le TSAG, Télésanté KO et le First Nations Help Desk du Canada atlantique (Centre de dépannage des Premières Nations du Canada atlantique). Les collectivités des Premières Nations qui connaissent peu le PIC ou qui ne peuvent miser sur un solide chef de file ou un champion à l'échelle régionale peuvent avoir besoin de soutien ou d'encouragement pour unir leurs efforts et demander à un organisme régional des Premières Nations d'assumer la direction de la cybersanté pour leur compte.

Évaluations de l'état de préparation

En partenariat avec les organismes régionaux et les collectivités des Premières Nations, l'élaboration et la mise en œuvre d'un processus d'évaluation systématique, coordonné et cohérent de la collectivité visant à déterminer l'état de préparation relatif à la composante de cybersanté et les capacités techniques de la collectivité (p. ex. travailleurs des TI, personnel chargé de l'infrastructure des données, personnel infirmier, coordonnateurs de la télésanté, spécialistes des données) contribueraient à définir la formation et l'infrastructure nécessaires pour renforcer les capacités et mettre en œuvre et tenir à jour les composantes de la cybersanté de façon efficace.

Renforcement des capacités

L'augmentation sur le terrain de la capacité des professionnels de la santé et du personnel des établissements de santé à utiliser les outils de cybersanté peut améliorer

la prestation des soins primaires et des soins de santé publique (p. ex. formation continue du personnel infirmier pour lui montrer comment utiliser l'équipement de télésanté). De plus, la poursuite des efforts visant à augmenter le nombre de coordonnateurs de cybersanté/télésanté contribuerait à appuyer et à promouvoir la télésanté et les autres composantes de la cybersanté (p. ex. dossiers électroniques, SISP et m-santé).

Stratégie de collaboration

Une analyse régulière de la conjoncture de la technologie et de la collectivité, dans les contextes régionaux et infrarégionaux, contribuerait à orienter les lignes directrices du PIC concernant l'ensemble des composantes de la cybersanté. La réévaluation du PASIS, en collaboration avec les organismes régionaux et les collectivités des Premières Nations, ferait en sorte que le plan d'action soit le fruit d'un processus équilibré, ascendant (à partir de la base) et descendant.

Recommandation 5. Dans toutes les régions et au fil du temps, améliorer la collecte et l'analyse de données sur les indicateurs de rendement clés en établissant un système de mesure du rendement du PIC qui tient compte de la capacité sur le terrain.

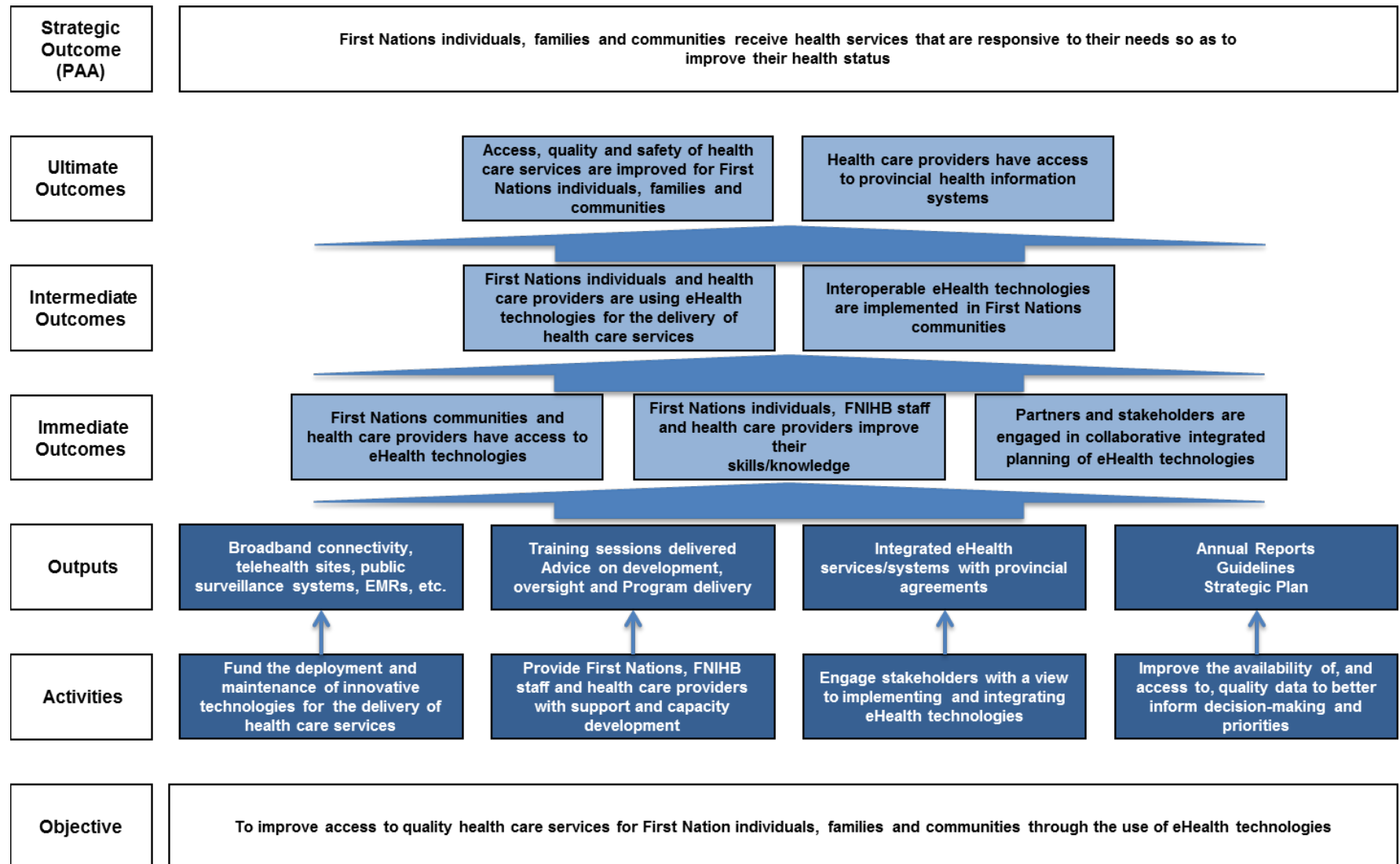
Il serait utile de déterminer des indicateurs clés, comme ceux mentionnés dans la présente évaluation, et d'établir des définitions cohérentes parmi les régions et les entités de collecte des données afin d'améliorer la collecte des données. L'établissement de définitions claires et d'un cycle de communication des données favoriserait l'exécution d'analyses précises et régulières pour éclairer la prise de décisions en temps opportun.

Recommandation 6. Élaborer un plan à long terme assez souple pour tenir compte des innovations technologiques ainsi qu'une stratégie de financement correspondante pour le PIC.

L'élaboration, de concert avec les projets technologiques, d'un plan à long terme et d'un aperçu du financement qui appuient entièrement tous les aspects de la mise en œuvre et de la durabilité, y compris la capacité, la formation et la bande passante, contribuerait à l'établissement de la vision à long terme du PIC. Une partie de cet exercice consisterait à déterminer les collectivités à aider en premier afin de combler leurs besoins de base, notamment la connectivité Internet et la formation visant l'acquisition de capacités, sans oublier la façon d'assurer la croissance des composantes du PIC (p. ex. dossiers électroniques, SISP, télésanté, m-santé).

L'intégration des allocations liées aux innovations permettrait au plan de croître au rythme des avancées technologiques, comme la connectivité sans fil, la sécurité des bandes passantes et des données; le développement technologique en m-santé et en télésanté personnelle (p. ex. par l'intermédiaire des ordinateurs portables et des tablettes), les technologies de stockage et de diffusion en continu propres aux séances éducatives et la mise en jour permanente de l'équipement.

Annexe 1 Modèle logique : Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC)



Annexe 2 Sommaire des constatations

Cotation des constatations

Les cotations ont été fournies pour indiquer la mesure dans laquelle chaque question ou enjeu de l'évaluation a été abordé.

Symboles de cotation de la pertinence et signification

Un résumé de la cotation de la pertinence est présenté au tableau 1 ci-dessous, alors qu'une description des cotations est donnée dans la légende.

Tableau 1. Cotes pour la pertinence

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Besoin continu du programme			
Le programme répond-il toujours à un besoin manifeste? Le programme est-il réceptif aux besoins de sa population cible?	<ul style="list-style-type: none"> Mesure dans laquelle les initiatives financées par le PIC correspondent aux besoins en santé des collectivités des Premières Nations desservies par le programme 	Élevée	Le PIC continue de répondre à un besoin manifeste et est adapté aux besoins de sa population cible. Les besoins visés par le PIC sont essentiels à l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations.
Conformité aux priorités du gouvernement			
Le programme cadre-t-il avec priorités du gouvernement fédéral? Le programme cadre-t-il avec les résultats stratégiques du Ministère?	<ul style="list-style-type: none"> Mesure dans laquelle le programme cadre avec les priorités du gouvernement fédéral Mesure dans laquelle le programme cadre avec les résultats stratégiques du Ministère 	Élevée	Le PIC cadre avec les priorités du gouvernement fédéral, qui consistent notamment à évoluer au même rythme que la technologie et l'innovation, à contribuer à relever les défis liés au système de santé et à appuyer la réforme du système, et à établir des relations avec les populations autochtones.
Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral			
Le programme cadre-t-il avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?	<ul style="list-style-type: none"> Mesure dans laquelle le programme cadre avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral 	Élevée	Le PIC cadre bien avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral.

Cote globale :

Élevée	Il y a un besoin manifeste pour les activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.
Partielle	Il y a un besoin partiel pour les activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.
Faible	Il n'y a pas de besoin manifeste pour les activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Symboles de cotation du rendement et signification

Un résumé de la cotation du rendement est présenté au tableau 2 ci-dessous, alors qu'une description des cotations est donnée dans la légende.

Tableau 2. Cotes de rendement

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Obtention des résultats escomptés (efficacité)			
Dans quelle mesure les résultats immédiats ont-ils été obtenus?			
Les collectivités des Premières Nations et les fournisseurs de soins de santé ont accès à des technologies de cybersanté	<ul style="list-style-type: none"> Niveau de connectivité Internet des Premières Nations (par bande passante) selon le type de service, l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région Nombre de collectivités des Premières Nations ayant accès et recours à un SISP intégré et compatible à celui de la province selon le système, l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région Nombre de collectivités des Premières Nations ayant accès et recours à un dossier électronique fonctionnel (p. ex. DSE, DME, registres des clients et autres systèmes d'information sur la santé) et utilisé régulièrement selon l'utilisateur, l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région Nombre de sites de télésanté mis en place dans les collectivités des Premières Nations selon l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région Nombre et type d'outils/applications de m-santé déployés et utilisés régulièrement selon l'utilisateur, l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région 	Obtenu	Le PIC a dépassé sa cible pour la connectivité à large bande; cependant, bien que toutes les bandes des Premières Nations financées par le PIC disposent d'une connectivité Internet, la fiabilité de la bande passante disponible et de la connexion est variable. Le PIC a aussi dépassé les cibles en ce qui concerne les systèmes d'information sur la santé publique (SISP) et la mise en œuvre des DME et des DSE. La télésanté continue de prendre de l'expansion, mais son acceptation et son utilisation se sont avérées inégales parmi les collectivités éloignées ou isolées ou les deux. La santé mobile (m-santé) est un secteur qui semble prometteur, mais qui est encore en voie de développement.

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Les membres des Premières Nations, le personnel de la DGSPNI et les professionnels de la santé améliorent leurs compétences et leurs connaissances	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de séances éducatives et administratives offertes dans les collectivités des Premières Nations selon le sujet, le mode de prestation, le type de participant, l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région Niveau de satisfaction des participants à l'égard des occasions de formation visant à parfaire les compétences selon le type de participant, le sujet, l'emplacement de la collectivité et la région 	Obtenu	Le PIC a appuyé les efforts visant à améliorer les connaissances et les compétences des membres des Premières Nations, du personnel de la DGSPNI et des professionnels de la santé. Des possibilités ont été offertes par l'entremise de séances éducatives et administratives de télésanté sous divers formats. Les renseignements disponibles font état de l'utilité et de l'efficacité des séances éducatives de télésanté auprès des travailleurs de la santé de première ligne, du personnel et des collectivités.
Les partenaires et les intervenants participent à la planification intégrée et concertée des technologies de la cybersanté	<ul style="list-style-type: none"> Preuve de la participation (p. ex. réunions et comités) pour donner des conseils aux collectivités des Premières Nations sur l'élaboration et l'exécution du programme selon le volet du programme pertinent, l'emplacement de la collectivité et la région Preuve de l'existence de plans, d'accord ou d'activités de collaboration selon le type de participation, le domaine d'intérêt et la région Preuve que l'approche de la cybersanté est harmonisée à d'autres autres programmes de la DGSPNI, d'autres ministères fédéraux, des provinces et des organisations des Premières Nations 	Obtenu	Le PIC utilise un certain nombre de mécanismes aux fins de la mobilisation multipartite et pour promouvoir davantage la planification concertée et intégrée de la cybersanté. Pour ce qui est de l'harmonisation, les responsables du PIC collaborent avec les représentants des Premières Nations, du gouvernement fédéral et des provinces pour procéder à l'intégration des services de santé en cernant les possibilités et en jouant un rôle actif dans des partenariats plurigouvernementaux.

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Dans quelle mesure les résultats intermédiaires ont-ils été obtenus?			
Les membres des Premières Nations et les professionnels de la santé utilisent les technologies de la cybersanté dans la prestation des services de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de séances cliniques offertes selon le sujet, le mode de prestation, le professionnel de la santé, l'emplacement de la collectivité et la région 	Progrès réalisés; d'autres travaux sont requis.	Des séances cliniques de télésanté sont offertes dans de nombreuses collectivités des Premières Nations et couvrent de nombreux sujets. Le Programme a dépassé son objectif qui consistait à tenir des séances cliniques via la télésanté dans les collectivités des Premières Nations. Ces séances ont couvert une multitude de spécialités cliniques. Une collaboration et une intégration accrues au sein de la famille fédérale (c.-à-d. Santé Canada, AANC, ISDEC) ainsi qu'au sein de Santé Canada pourrait se traduire par une connectivité Internet et une bande passante supérieures et plus stables. L'acceptation et l'utilisation de la télésanté dans certaines collectivités éloignées ou isolées ou les deux pourraient être renforcées par un mécanisme de promotion auprès des membres, des familles et des collectivités des Premières Nations ainsi qu'auprès des professionnels de la santé, ainsi que par un soutien accru sur le terrain (p. ex. coordonnateurs de la télésanté). Un soutien accru en matière de santé mobile grâce à l'aide conférée aux collectivités pour qu'elles puissent relever les défis liés à la connectivité et à la sécurité des communications peut faciliter l'adoption des technologies.
Des technologies de cybersanté interexploitables sont mises en œuvre dans les collectivités des Premières Nations	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de collectivités des Premières Nations ayant accès et recours à un SISP intégré et compatible à avec celui de la province selon le système, l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région Nombre de collectivités des Premières Nations ayant accès et recours à un dossier électronique fonctionnel (p. ex. DSE, DME, registres des clients et autres systèmes d'information sur la santé) et utilisé régulièrement selon l'utilisateur, l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région 	Progrès réalisés; d'autres travaux sont requis.	La mise en œuvre des SISP et des dossiers électroniques a dépassé les objectifs. Les progrès sont entravés par les divers problèmes qu'il faut régler, mais qui ne relèvent pas du seul ressort du PIC, tels que l'harmonisation des dispositions législatives fédérales et provinciales relatives à la vie privée, la connectivité et la largeur de bande disponibles, la prolifération des systèmes de dossiers électroniques incompatibles, la responsabilité relative à la rémunération des médecins attribuable à la prestation des services de cybersanté et le financement approprié et continu.

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Dans quelle mesure les résultats ultimes ont-ils été obtenus?			
L'accès, la qualité et la sécurité des services de soins de santé sont améliorés pour les membres, les familles et les collectivités des Premières Nations	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de collectivités des Premières Nations ayant accès à des composantes de la cybersanté pour lesquelles l'accès aux services, ainsi que la qualité et la sécurité des services se sont améliorés Preuve d'une amélioration de la planification, de la surveillance et de la présentation de données grâce à la mise en œuvre de la cybersanté 	Atteint	À la lumière des données disponibles, l'accès aux services de soins de santé et leur qualité se sont améliorés pour les membres, les familles et les collectivités des Premières Nations au cours des cinq dernières années. Selon les renseignements analysés aux fins de l'évaluation, la planification, la surveillance et la communication des données sur la santé dans les collectivités des Premières Nations se sont également améliorées grâce à la cybersanté, bien qu'il y ait d'autres possibilités d'amélioration dans les collectivités.
Les professionnels de la santé ont accès aux systèmes provinciaux d'information sur la santé	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de collectivités des Premières Nations ayant accès et recours à un SISP intégré et compatible avec celui de la province selon le système, l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région Nombre de collectivités des Premières Nations ayant accès et recours à un dossier électronique fonctionnel (p. ex. DSE, DME, registres des clients et autres systèmes d'information sur la santé) et utilisé régulièrement selon l'utilisateur, l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région 	Progrès réalisés; d'autres travaux sont requis.	Des percées considérables ont été réalisées au niveau du SISP et des DME/DSE. Les utilisateurs de ces systèmes les perçoivent comme étant utiles à la planification et à la gestion des soins de santé dispensés aux membres, aux familles et aux collectivités des Premières Nations.
Démonstration d'efficience et d'économie			
Le programme fait-il une utilisation optimale de ses ressources? Le programme a-t-il produit ses extrants et obtenu ses résultats de la manière la plus économique possible? Comment peut-on améliorer l'économie et la durabilité? Recueille-t-on des données de mesure du rendement et sont-elles utilisées dans la prise de décisions?	<ul style="list-style-type: none"> Total des coûts de transport et des remboursements évités grâce à la prestation de séances éducatives, administratives et cliniques virtuelles selon le type de séance ou le sujet, l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région Nombre de services de télésanté offerts dans les collectivités des Premières Nations à la suite de la mise en œuvre de la composante de la cybersanté selon le domaine de service ou le sujet, l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région 	Progrès réalisés; d'autres travaux sont requis.	Selon l'évaluation des données disponibles, il est possible d'affirmer que l'utilisation des ressources du Programme en ce qui concerne la production des extrants et les progrès accomplis vers l'atteinte des résultats escomptés est efficace et économique. Les objectifs du Programme sont activement communiqués, tandis que l'harmonisation entre les projets, les composantes de la cybersanté et les priorités et besoins régionaux est assurée. Toutefois, compte tenu de l'évolution rapide de l'environnement, il s'avère difficile pour le PIC de suivre le statut régional et la

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des sites de télésanté mis en place dans les collectivités des Premières Nations selon l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région Intervalle de temps passé entre le lancement des projets de cybersanté et leur conclusion selon le volet du programme pertinent, l'emplacement de la collectivité, l'établissement de santé et la région Niveau d'harmonisation entre les projets de cybersanté, les plans ou priorités de financements du volet du programme et les besoins de la région ou de la collectivité Preuve de l'existence de plans de préparation technique des projets élaborés par région Preuve de l'établissement de mesures du rendement (p. ex. stratégies de mesures du rendement), de leur mise en place et du suivi des données 		situation nationale dans son ensemble. Les coûts évités en raison de toutes les séances de télésanté clinique présentées dans quatre régions se sont élevés à environ 11,7 millions de dollars en 2015-2016.

Cote globale

Atteint

Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.

Progrès réalisés; d'autres travaux sont requis

Des progrès marqués ont été faits au regard des buts ou des résultats visés, mais une attention demeure nécessaire.

Peu de progrès; attention prioritaire

Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Annexe 3 Description de l'évaluation

Portée de l'évaluation

L'évaluation porte sur l'ensemble des activités et services offerts par l'AC et les bureaux régionaux du Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC). Le PIC est géré à l'échelle nationale par la Division de la capacité, de l'infrastructure et de l'imputabilité (DCII) de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. Elle ne porte cependant sur aucun des services offerts par la Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique dans le cadre de l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations* et les accords auxiliaires. La période d'activité couverte par l'évaluation va d'avril 2011 à mars 2016. La collecte, l'analyse et la communication des données ont été menées de juin 2016 à mars 2017.

Questions d'évaluation

Les questions utilisées dans le cadre de cette évaluation reposent sur cinq grands enjeux fondamentaux, qui sont présentés dans le tableau ci-dessous. Pour chaque élément fondamental, les questions d'évaluation ont été adaptées au programme et ont orienté le processus d'évaluation.

Tableau 3. Enjeux fondamentaux et questions d'évaluation

Enjeux fondamentaux	Questions d'évaluation
Pertinence	
Enjeu n° 1 : Besoin continu du programme	Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continue de répondre à un besoin manifeste et est adapté aux besoins des Canadiens. Le programme répond-il toujours à un besoin manifeste? • Le programme est-il réceptif aux besoins de sa population cible?
Enjeu n° 2 : Conformité aux priorités du gouvernement	Évaluation des liens entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques de l'organisation. Le programme correspond-il aux priorités du gouvernement fédéral? • Le programme cadre-t-il avec les résultats stratégiques du Ministère?
Enjeu n° 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral relativement à l'exécution du programme. • Le programme cadre-t-il avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?

Rendement (efficacité, efficience et économie)	
Enjeu n° 4 : Obtention des résultats escomptés (efficacité)	<p>Évaluation des progrès accomplis dans le sens des résultats escomptés (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) en tenant compte des cibles de rendement, de la portée et de la conception du programme, y compris le lien entre les extrants et les résultats, et la contribution des extrants aux résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure les collectivités des Premières Nations et les professionnels de la santé ont-ils accès et recours aux technologies de cybersanté? • Dans quelle mesure les membres des Premières Nations, le personnel de la DGSPNI et les professionnels de la santé ont-ils amélioré leurs compétences et leurs connaissances en lien avec ces technologies? • Dans quelle mesure les partenaires et les intervenants ont-ils participé à la planification intégrée et concertée des technologies de cybersanté? • Dans quelle mesure les membres des Premières Nations et les professionnels de la santé utilisent-ils les technologies de cybersanté pour la prestation des services de santé? • Dans quelle mesure les technologies interopérables de cybersanté ont-elles été mises en œuvre dans les collectivités des Premières Nations? • Dans quelle mesure l'accès aux services de santé et la qualité et la sécurité de ces services ont-ils été améliorés pour les membres, les familles et les collectivités des Premières Nations? • Dans quelle mesure les professionnels de la santé ont-ils accès aux systèmes d'information provinciaux sur la santé? • A-t-on remarqué des conséquences imprévues ou des problèmes liés à la prestation du Programme?
Enjeu n° 5 : Démonstration d'efficience et d'économie	<p>Évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le programme fait-il une utilisation optimale de ses ressources? • Le programme a-t-il produit ses extrants et obtenu ses résultats de la manière la plus économique possible? • Comment peut-on améliorer l'économie et la durabilité? • Recueille-t-on des données de mesure du rendement et sont-elles utilisées dans la prise de décisions?

Méthodes de collecte et d'analyse de données

La méthode d'évaluation repose sur plusieurs sources de données. Elle comprend une analyse de la littérature et de la documentation, des entrevues auprès d'informateurs clés, des études de cas, ainsi qu'un examen et une analyse des approches en matière de cybersanté à l'étranger. Les données ont été analysées par la triangulation de l'information recueillie selon ces diverses méthodes, notamment :

- la compilation, l'examen et la synthèse systématiques des données afin d'illustrer les principales constatations;
- la compilation des données quantitatives obtenues des rapports annuels du PIC dans une base de données, suivie d'une analyse et de la validation avec des représentants du PIC;
- une analyse thématique des données qualitatives.

Un résumé des méthodes de collecte des données et de leur contribution prévue au processus d'évaluation est fourni dans les sous-sections qui suivent.

Analyse de la littérature et de la documentation

Détails de la méthode

- Examen des documents, dossiers et bases de données (y compris des données administratives et financières) fournis par le PIC et cernés durant l'évaluation par d'autres méthodes (p. ex. entrevues auprès d'informateurs clés), ainsi qu'analyse continue de la conjoncture des sources en ligne.
- Plus de 500 documents examinés.

Sources

- Revues scientifiques; littérature grise; documents gouvernementaux officiels; rapports d'enquête sur l'opinion publique; rapports sur le rendement et rapports d'évaluation et de vérification précédents; documents stratégiques; données sur les budgets et les dépenses; rapports de données sur la mesure du rendement; rapports d'étape annuels, et dossiers administratifs portant particulièrement sur les questions d'évaluation.

Utilisation prévue

- Fournir des renseignements généraux sur l'historique et les objectifs du PIC, ainsi que sur les progrès accomplis vers l'obtention des résultats attendus; source principale de données qualitatives et quantitatives; donner un aperçu de tout changement ou virage important survenu au cours de la vie du PIC.

Entrevues auprès d'informateurs clés

Détails de la méthode

- Entrevues guidées individuelles et de groupe menées en personne ou au téléphone.
- Guides d'entrevue adaptés aux divers publics cibles.
- Trente-trois entrevues menées.

Cibles

- Représentants du PIC (Administration centrale et bureaux régionaux) : une entrevue individuelle et sept entrevues de groupe (32 participants en tout).
- Partenaires du PIC (Direction générale des services de gestion de Santé Canada, Innovation, Sciences et Développement économique Canada, Inforoute Santé du Canada, Affaires autochtones et du Nord Canada, etc.) : sept entrevues individuelles, trois entrevues de groupe (18 participants en tout) et un refus.
- Intervenants du PIC (organisations régionales des Premières Nations, directeurs de la santé des Premières Nations, autres programmes de la DGSPNI, etc.) : sept entrevues individuelles et sept entrevues de groupe (24 participants en tout).
- Experts en cybersanté : une entrevue individuelle.

Utilisation prévue

- Aider à mieux comprendre les renseignements recueillis auprès d'autres sources de données probantes et mettre davantage en contexte.

Études de cas

Détails de la méthode

- Combinaison de groupes de discussion (visites sur place) et d'examen des documents. Des études de cas ont été menées dans cinq des six régions du PIC (Atlantique, Ontario, Manitoba, Saskatchewan et Alberta); elles ont porté sur toutes les composantes de la cybersanté (soit la connectivité à large bande, les dossiers électroniques, les systèmes d'information de santé publique – SISP, la télésanté et la santé mobile – m-santé) et cherchaient surtout à cerner les défis et les pratiques exemplaires ou les approches novatrices.
- Toutes les composantes de la cybersanté ont été examinées en portant une attention particulière à la définition des problèmes, des solutions et des pratiques exemplaires.
- La sélection des études de cas s'est fondée sur le type de collectivité (p. ex. éloignée et isolée, isolée, etc.), en mettant l'accent sur la région et les progrès liés aux diverses composantes de la cybersanté. Les collectivités candidates étaient validées auprès des représentants du PIC pour en déterminer la pertinence.
- Quatre des cinq études de cas comportaient des visites sur place, soit deux groupes de discussion ou plus animés avec les décideurs stratégiques (représentants des bandes des Premières Nations et des organisations régionales) et le personnel opérationnel (personnel des établissements de santé, comme les infirmières, les coordonnateurs de la télésanté, etc.).
- Une étude de cas a consisté à examiner la documentation.
- Deux guides de groupe de discussion ont été élaborés pour cibler les deux principaux publics.

Sources

- Documents du PIC, données disponibles de chacune des collectivités retenues, discussions avec les représentants dans le cadre de groupes de discussion.

Utilisation prévue

- Évaluer et documenter l'incidence des technologies de la cybersanté, cerner les obstacles et les pratiques exemplaires, ainsi que les facteurs de succès pour la mise en place de ces technologies.

Examen et analyse des approches en matière de cybersanté à l'étranger

Détails de la méthode

- Examen ciblé de la littérature et de la documentation, analyse de la conjoncture des sources en ligne et entrevues auprès de personnes connaissant chacun des pays retenus pour l'examen.
- Quatre pays étrangers ont été retenus : le Brésil, les États-Unis (en particulier l'Alaska), l'Australie (en particulier la Nouvelle-Galles-du-Sud) et la Finlande, en vue d'un examen à partir d'un certain nombre de critères, comme la disponibilité

de l'information sur les principales composantes de la cybersanté (p. ex. la connectivité à large bande, les dossiers médicaux et de santé électroniques, les SISP, la télésanté), ainsi que la nécessité d'aborder la question des populations autochtones ou des populations vivant en région éloignée, etc.

Sources

- Données mises à la disposition du public sur chacune des administrations retenues et entrevues auprès d'experts sur ces administrations.

Utilisation prévue

- Mener un exercice pour examiner et analyser les approches de la cybersanté dans quatre autres pays afin de cerner les leçons apprises qui pourraient s'appliquer au contexte canadien.

Annexe 4 Notes de bas de page

1. A. (2011). Mandat - Partenariat régional de télésanté des Premières Nations du Manitoba, le 23 août 2011, ÉBAUCHE - V2.2.
2. A. (2016). Trousse de réunion pour le 18 mai 2016 - HD/NIC.
3. Alaska eHealth Network. (29 juin 2012). *Security Awareness and Training Procedure*. Consulté à l'adresse <http://www.ak-ehealth.org/wp-content/uploads/2.214-Security-Awareness-and-Training-Procedure.pdf>
4. Alaska Native Tribal Health Consortium. (2015). Aperçu. Consulté à l'adresse <http://anthc.org/who-we-are/overview/>
5. AMC eHealth Unit. (2014). AMC eHealth Update, juillet 2014.
6. AMC eHealth Unit. (2015). AMC eHealth Update, 2015-01, 1-6.
7. Assemblée des Premières Nations. (2012). APN – Cadre stratégique en cybersanté des Premières Nations, ébauche.
8. Assembly of Manitoba Chiefs Secretariat. (2012). *Manitoba First Nations eHealth Long Term Strategy - A 10 Year Plan for Action 2012-2022*.
9. Assembly of Manitoba Chiefs, Manitoba eHealth et Santé Canada. (2014). *eHealth Overview*.
10. Australian College of Rural and Remote Medicine. (2012). *ACRRM Telehealth latest news & updates*. Consulté à l'adresse <http://www.ehealth.acrrm.org.au/acrrm-telehealth-latest-news-updates>
11. Australian College of Rural and Remote Medicine. (2015). *Overview of training with the College*. Consulté à l'adresse <http://www.acrrm.org.au/training-towards-fellowship/overview-of-training-with-the-college>
12. Australian College of Rural and Remote Medicine. (2015). *Regional telecommunications independent review 2015*.
13. Gouvernement de l'Australie. (2012). *PCEHR Rules 2012. Federal Register of Legislation*. Consulté à l'adresse <https://www.legislation.gov.au/Details/F2012L01703>
14. Battcock, A. (2015). *Enhanced access to provincial public health information systems for First Nations in Atlantic Canada project - Mushuau First Nation (Natuashish) report*.
15. Battcock, A. (2016). *Enhanced access to provincial public health information systems for First Nations in Atlantic Canada project - Abegweit report (ÉBAUCHE)*.
16. Battcock, A. (2016). *Enhanced access to provincial public health information systems for First Nations in Atlantic Canada project - Eel Ground (Natoaganeg) report*.
17. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2011). *Evaluating the Benefits, Telehealth – TeleOphthalmology Inter Tribal Health Authority and the Ministry of Health Services*.
18. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2013). *Panorama Vaccine Inventory Module, Benefits Evaluation Report*.
19. Inforoute Santé du Canada. (2009). *Experiences from the forefront of EMR use, 20 Canadian physician case studies*.

20. Inforoute Santé du Canada. (2014). *Mobile Health Computing Between Clinicians and Patients*.
21. Inforoute Santé du Canada. (2016). *Understanding the Current State of Patient-Provided Digital Health Information (Know Me)*
22. Canada. (2010). Discours du Trône ouvrant la troisième session de la 40^e législature du Canada.
23. Institut canadien d'information sur la santé et Inforoute Santé du Canada. (2013). *Une meilleure information pour une meilleure santé : vision de l'utilisation des données pour les besoins du système de santé au Canada*.
24. Chiefs of Ontario. (2013). *Knowledge Management*. Consulté à l'adresse <http://health.chiefs-of-ontario.org/node/592>
25. COACH. (2012). *First Nations and the Jurisdictions eHealth Convergence Forum Summary Report*.
26. COACH (Association canadienne d'informatique de la santé). (2015). *2015 Canadian Telehealth Report*.
27. Fédération canadienne des municipalités. (2014). *L'accès aux services à large bande en milieu rural au Canada : La connectivité, source de dynamisme pour les collectivités*.
28. FinnTelemedicum et National Institute for Health and Welfare. (2015). *E-health and e-welfare of Finland: Check point. THL*. Consulté le 17 octobre 2016 à l'adresse https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129709/URN_ISBN_978-952-302-563-9.pdf?sequence=1
29. Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits. (2016). Aperçu des projets de PI de la DGSPNI à l'intention des SMA (présentation).
30. First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba. (n.d.). *eHealth Unit, Narrative Year-End Report, Manitoba First Nations, eHealth - Panorama*, du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015.
31. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2014). Rapport annuel 2013-2014.
32. Gartner Consulting Inc. (2013). *British Columbia eHealth Benefits Estimates: Executive Overview*.
33. Gouvernement du Canada. (2015). *Lettre de mandat du Premier ministre à la ministre de la Santé*.
34. Santé Canada, DGSPNI. (2012). *Lignes directrices pour le Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC) de la DGSPNI*.
35. Santé Canada, DGSPNI. (2012). *Plan d'action stratégique sur l'infrastructure de la santé*.
36. Santé Canada, DGSPNI. (2014). *Rapport sur la surveillance accrue de l'incidence des investissements en cybersanté dans les collectivités des Premières Nations*.
37. Santé Canada, DGSPNI. (2015). *Second rapport annuel sur la surveillance accrue de l'incidence des investissements en cybersanté dans les collectivités des Premières Nations*, ébauche.
38. Santé Canada. (2005). Cartographie des programmes et des services de santé.
39. Santé Canada. (2012). Guide sur la protection des renseignements personnels à l'intention des collectivités des Premières Nations.

40. Santé Canada. (2012). Analyse de rentabilisation en vue du financement renouvelé du PIC, ébauche.
41. Santé Canada. (2012). Unité des solutions de cybersanté, Santé des Premières nations et des Inuits (Ontario), examen régional de fin d'année 2011-2012.
42. Santé Canada. (2012). *Évaluation du Programme d'infrastructure de la cybersanté (PIC) pour les Premières Nations et les Inuits*.
43. Santé Canada. (2012). *Plan stratégique sur la Santé des Premières nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*.
44. Santé Canada. (2012). Santé des Premières nations et des Inuits, Analyse de l'information sur la santé et solutions de cybersanté, examen régional de fin d'exercice 2011-2012.
45. Santé Canada. (2012). Charte de projet – Essai pilote du dossier médical électronique dans les postes infirmiers fédéraux.
46. Santé Canada. (2012). *Reconnaître les forces, bâtir pour l'avenir, Modèles de prestation des soins de santé primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations*, rapport final et recommandations.
47. Santé Canada. (2013). Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Alberta, Plan régional des programmes de cybersanté 2013-2014.
48. Santé Canada. (2013). Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, région du Manitoba, projet de plan des des programmes de cybersanté 2013-2014.
49. Santé Canada. (2013). Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, région du Québec, projet de plan des des programmes de cybersanté 2013-2014.
50. Santé Canada. (2013). Santé des Premières nations et des Inuits, Analyse de l'information sur la santé et solutions de cybersanté, région de l'Atlantique, examen régional de fin d'année 2012-2013, version finale.
51. Santé Canada. (2013). DGSPNI (Santé Canada) Mandat du Comité consultatif ministériel sur la connectivité à large bande de la cybersanté.
52. Santé Canada. (2014). Outil d'évaluation de l'état de préparation actuel.
53. Santé Canada. (2014). Santé des Premières nations et des Inuits, Analyse de l'information sur la santé et solutions de cybersanté, région de l'Atlantique, examen régional de fin d'exercice 2013-2014, version finale
54. Santé Canada. (2014). Région du Québec, plan des programmes de cybersanté 2014-2015, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
55. Santé Canada. (2015). Région de l'Alberta, plan des programmes de cybersanté 2015-2016, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
56. Santé Canada. (2015). Forum annuel sur la santé de Chiefs of Ontario, les 24, 25 et 26 février 2015.
57. Santé Canada. (2015). Ébauche du rapport de vérification des accords de contribution : Pour (accord de contribution) SK1100039 entre Santé Canada Saskatchewan et la Première Nation de Fishing Lake.

58. Santé Canada. (2015). Accord de services internes entre la DGSPNI – Unité des solutions de cybersanté (eHSU) de la région du Manitoba et la Direction générale des services de gestion (DGSG) - DGIS), Division de la prestation des services de TI - Distributed Computing Services (DCS) Central - Manitoba, le 4 mai 2015, pour la prestation de services de coordination de l'infrastructure de cybersanté et des services de soutien GI-TI.
59. Santé Canada. (2015). Région du Manitoba, plan des programmes de cybersanté 2014-2015, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
60. Santé Canada. (2015). Région du Manitoba, examen régional de fin d'exercice 2013-2014, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
61. Santé Canada. (2015). Ontario, plan des programmes de cybersanté 2015-2016, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
62. Santé Canada. (2015). *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada*, rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé.
63. Santé Canada. (2016). Région de l'Atlantique, examen de fin d'exercice - ÉBAUCHE 2014-2015, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
64. Santé Canada. (2016). État de la connectivité dans les collectivités des Premières Nations - ébauche v4.
65. Santé Canada. (2016). Approche de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits pour mettre en œuvre les DME.
66. Santé Canada. (2016). Région du Manitoba, plan des programmes de cybersanté 2015-2016, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
67. Santé Canada. (2016). Région du Manitoba, plan des programmes de cybersanté 2016-2017, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
68. Santé Canada. (2016). Région du Manitoba, examen régional de fin d'exercice 2014-2015, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
69. Santé Canada. (2016). Région de la Saskatchewan, examen régional de fin d'exercice 2014-2015, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
70. Santé Canada. (n.d.). Région de l'Alberta, plan des programmes de cybersanté 2014-2015, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
71. Santé Canada. (n.d.). Région de l'Alberta, examen régional de fin d'exercice 2013-2014, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
72. Santé Canada. (n.d.). Région de l'Alberta, examen régional de fin d'exercice 2014-2015, PIC, DGSPNI.

73. Santé Canada. (n.d.). Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Région de l'Alberta, examen régional de fin d'exercice 2012-2013.
74. Santé Canada. (n.d.). Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Région du Manitoba, examen régional de fin d'exercice 2012-2013.
75. Santé Canada. (n.d.). Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Région du Québec, examen régional de fin d'exercice 2012-2013.
76. Santé Canada. (n.d.). Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Région de la Saskatchewan, examen régional de fin d'exercice 2012-2013.
77. Santé Canada. (n.d.). Unité des solutions de cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, région de l'Alberta, examen régional de fin d'exercice 2011-2012.
78. Santé Canada. (n.d.). Unité des solutions de cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Région de la Saskatchewan, examen régional de fin d'exercice 2011-2012.
79. Santé Canada. (n.d.). Unité des solutions de cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Région du Manitoba, examen de fin d'exercice 2011-2012.
80. Santé Canada. (n.d.). *Rapport sur les plans et les priorités 2011-2012.*
81. Santé Canada. (n.d.). *Rapport sur les plans et les priorités 2012-2013.*
82. Santé Canada. (n.d.). *Rapport sur les plans et les priorités 2013-2014.*
83. Santé Canada. (n.d.). *Rapport sur les plans et les priorités 2014-2015.*
84. Santé Canada. (n.d.). *Rapport sur les plans et les priorités 2015-2016.*
85. Santé Canada. (n.d.). Ontario, examen régional de fin d'exercice 2014-2015, PIC, DGSPNI.
86. Santé Canada. (n.d.). Région du Québec, examen régional de fin d'exercice 2013-2014, PIC, DGSPNI.
87. Santé Canada. (n.d.). Région du Québec, examen de fin d'exercice 2014-2015, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
88. Santé Canada. (n.d.). Région de la Saskatchewan, plan des programmes de cybersanté 2015-2016, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
89. Santé Canada. (n.d.). Région de la Saskatchewan, examen de fin d'exercice 2013-2014, Programme d'infrastructure de la cybersanté, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
90. Affaires autochtones et du Nord Canada. (2012). *Glossaire de la méthodologie des données et de la connectivité*. Consulté à l'adresse <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1343671152692/1343671215545>
91. Industrie Canada. (2016). Ensemble de données sur la connectivité des Premières Nations - MFN.3.0.

92. JRAssociates. (2012). *Accessibility, Acceptance & Financial Impact, an evaluation of KOeHealth Telemedicine Services - Performance Metrics: 2007-08 to 2011-12*.
93. Keewaytinook Okimakanak Tele-Mushkiki. (n.d.). *KO Telemedicine*.
94. KO eHealth Telemedicine. (2012). *2011 – 2012 Annual Activity Report*, 30 juin 2012.
95. KO eHealth Telemedicine. (2015). Rapport annuel de KOeHealth Telemedicine Services (KOeTS) rédigé pour la DGSPNI, région de l'Ontario.
96. KOeHealth Telemedicine Services. (2013). Rapport annuel de KOeHealth Telemedicine Services (KOeTS) rédigé pour la DGSPNI, région de l'Ontario.
97. KOeHealth Telemedicine Services. (2014). Rapport annuel de KOeHealth Telemedicine Services (KOeTS) rédigé pour la DGSPNI, région de l'Ontario.
98. KOeHealth Telemedicine Services. (2016). Rapport annuel de KOeHealth Telemedicine Services (KOeTS) rédigé pour la DGSPNI, région de l'Ontario.
99. Manitoba Adolescent Treatment Centre. (n.d.). Services de télésanté offerts par MATC aux régions rurales et nordiques – Description des services.
100. Manitoba Adolescent Treatment Centre. (n.d.). Programmes de télésanté mentale pour les collectivités des Premières Nations éloignées.
101. Manitoba eHealth. (2014). *Panorama Bulletin*, numéro 3, mai 2014.
102. Manitoba eHealth. (2014). *Panorama Bulletin*, numéro 4, octobre 2014.
103. Manitoba eHealth. (2015). *eHealth Advisory Partnership - Manitoba eHealth Update*.
104. Manitoba eHealth. (n.d.). *First Nations and Inuit Health Activity Report - exercice 2014-2015 de terminant le 31 mars 2015*.
105. Santé Manitoba. (2015). Lettre aux membres du Comité directeur de Manitoba Panorama, le 22 octobre 2015.
106. Santé Manitoba. (2016). Rapport de la DGSPNI sur le projet Panorama, période allant du 04/01/2015 au 03/31/2016.
107. Télésanté Manitoba et Manitoba eHealth. (2011). *MBTelehealth Benefit Evaluation Report*.
108. Télésanté Manitoba. (n.d.). *First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) MBTelehealth Utilization Report*, exercice 2014-2015 : du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015.
109. Télésanté Manitoba. (n.d.). *First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) MBTelehealth Utilization Report*, exercice 2015 2016 : du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016.
110. Mikkola, E. et M. Puustinen. (3 mars 2014). *Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States - National report for Finland*. Bruxelles (Belgique).
111. Nanaandawewigamig - Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba. (2016). *Building the Manitoba First Nations network of the future initiative*. Presentation to First Nations Health Managers Association, « Celebrating and Sharing our Inherent Knowledge in Health Leadership and Management », le 17 novembre 2016, Vancouver (C.-B.).
112. National Rural Health Alliance Inc. (Août 2013). *eHealth and Telehealth in Rural and Remote Australia*. Consulté à l'adresse

- <http://ruralhealth.org.au/sites/default/files/publications/nrha-factsheet-ehealth.pdf>
113. National Rural Health Alliance. (2013). *Connectivity for rural and remote health*. Consulté à l'adresse <http://ruralhealth.org.au/sites/default/files/publications/nrha-factsheet-connectivity.pdf>
114. Gouvernement de la Nouvelle-Galles du Sud. (n.d.). *Rural eHealth Strategy*. Consulté sur le site d'eHealth NSW, à l'adresse <http://www.ehealth.nsw.gov.au/programs/clinical/rural>
115. Bureau du vérificateur général du Canada. (2010). *Les dossiers de santé électroniques au Canada*.
116. Office of the Australian Information Commissioner. (2014). *Mobile privacy: a better practice guide for mobile app developers*. Consulté à l'adresse <https://www.oaic.gov.au/agencies-and-organisations/guides/guide-for-mobile-app-developers>
117. Réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario. (2013). *eHealth Services Plan 2013-2016: Building an Integrated eHealth Framework*.
118. Parlement du Canada. (2013). *Innovation technologique dans les soins de santé*. Rapport du Comité permanent de la santé.
119. Paterson, G.I., N. Shaw, A.M. Grant, E. Delisle, K. Leonard, S. Mitchell Corley, M. McCarrey, B. Pascal et N. Kraetschmer. (2011). « Cross-Canada EMR Case Studies: Analysis of Physicians' Perspectives on Benefits and Barriers ». *Electronic Journal of Health Informatics*.
120. Sherry, P. (2009). *Deploying a Health Information Exchange for Alaskans*. Alaska eHealth Network.
121. État de l'Alaska. (2016). *Meaningful use*. Consulté sur le site de l'Alaska Department of Health and Social Services, à l'adresse <http://dhss.alaska.gov/HIT/Meaningfuluse/Pages/Default.aspx>
122. The Barrington Consulting Group Inc. (2013). *Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat - Fit / Gap Analysis of Electronic Medical Records Systems in Nova Scotia First Nations Communities*.
123. Conseil du Trésor du Canada. (2016). *Politique sur les résultats*.
124. Université de la Colombie-Britannique et Université de Calgary. (2013). *eHealth Evaluation, Phase 2: National Report*.
125. Université de la Colombie-Britannique. (2014). « *Connected, Informed, Healthier* »: *Health care Human Factors in Remote and Isolated First Nations Nursing Stations*.
126. Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Management of patient information: Trends and challenges in Member States*.
127. Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Atlas of eHealth country profiles: The use of eHealth in support of universal health coverage*. Genève, WHO Document Production Services. Consulté le 17 octobre 2016 à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204523/1/9789241565219_eng.pdf
128. Council for Intellectual Disability. (n.d.). *My Health Record - opt out trials*. Consulté à l'adresse <http://www.nswcid.org.au/blog/my-health-record-opt-out-trials.html>

129. Santé Canada. (2015). Charte de projet – Améliorer le soutien en TI pour les employés de la DGSPNI dans les postes infirmiers et les centres de santé, version finale, version 6.1.
130. Alaska eHealth Network. (2016). Regional Extension Center (REC). Consulté à l'adresse <http://www.ak-ehealth.org/regional-extension-center-rec/>