



**IRSC CIHR**

Instituts de recherche en santé du Canada Canadian Institutes of Health Research

# L'Institut des services et des politiques de la santé des ISRC

**PLAN STRATÉGIQUE  
2015-19**

**TRANSFORMATION DU SYSTÈME  
DE SANTÉ PAR L'INNOVATION EN  
RECHERCHE**



Instituts de recherche en santé du Canada

Canadian Institutes of Health Research

Canada

## TABLE DES MATIÈRES

1. Message de la directrice scientifique.....	3
2. Notre contexte : les soins de santé au Canada .....	4
3. Notre histoire : la recherche sur les services et les politiques de santé au Canada.....	5
4. Notre contexte : les Instituts de recherche en santé du Canada.....	6
5. Une vision et une orientation stratégique commune pour la recherche sur les services et les politiques de santé : construire une alliance canadienne.....	9
Première étape : inventorier nos actifs .....	9
Deuxième étape : créer une vision et une orientation stratégique commune .....	12
Troisième étape : créer l'Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada .....	13
6. Notre stratégie : les cinq prochaines années.....	14
Priorité stratégique 1 : Création de systèmes de santé apprenants et formation de la prochaine génération de chercheurs ayant les compétences nécessaires pour être partenaires dans l'apprentissage et la transformation du système de santé .....	15
Priorité stratégique 2 : Cybersanté .....	16
Priorité stratégique 3 : Bien vieillir dans la communauté .....	18
Priorité stratégique 4 : Financement et viabilité du système de santé.....	20
7. Notre perspective : conclusion .....	22
8. Remerciements .....	23
9. Références .....	24

### Institut des services et des politiques de la santé des IRSC

3666, rue McTavish  
Montréal (Québec) H3A 1Y2  
Canada  
[www.cihr-irsc.gc.ca/f/13733.html](http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/13733.html)

### Instituts de recherche en santé du Canada

160, rue Elgin, 9e étage  
Indice de l'adresse 4809A  
Ottawa (Ontario) K1A 0W9  
Canada  
[www.irsc-cihr.gc.ca](http://www.irsc-cihr.gc.ca)

Aussi affiché sur le Web en formats PDF et HTML  
© Sa Majesté la Reine du chef du Canada (2016)  
No. de cat. : MR4-47/2016F-PDF  
ISBN : 978-0-660-04063-9

## Liste des figures

Figure 1 : Historique de la recherche sur les services et les politiques de santé au Canada .....	5
Figure 2 : Financement total octroyé pour les demandes de subventions aux concours ouverts et stratégiques pour la recherche sur les services et les politiques de santé par année financière (2001-2011) .....	7
Figure 3 : Nombre de demandes de subvention des IRSC par domaine et par année .....	7
Figure 4 : Nombre de chercheurs dans le domaine des services et des politiques de santé (candidats principaux désignés sur les demandes de subvention des IRSC) par année .....	7
Figure 5 : Initiatives phares des IRSC et recherche sur les services et les politiques de santé.....	7
Figure 6 : Évolution future de la recherche sur les services et les politiques de santé au Canada .....	8
Figure 7 : Total des investissements en recherche sur les services et les politiques de santé au Canada (2007-2011) .....	9
Figure 8 : Principaux bailleurs de fonds de la recherche sur les services et les politiques de santé au Canada .....	10
Figure 9 : Répartition des investissements en recherche sur les services et les politiques de santé par thème de recherche (2007-2011) .....	11
Figure 10 : Priorités de la recherche sur les services et les politiques de santé.....	12
Figure 11 : Priorités de la recherche sur les services et les politiques de santé et orientations stratégiques fondamentales .....	13
Figure 12 : Comparaisons internationales du rendement des systèmes de santé : enquête des Fonds du Commonwealth .....	18
Figure 13 : Répartition passée et future selon l'âge et le sexe de la population canadienne.....	19
Figure 14 : Prévalence de la multimorbidité selon l'âge.....	20

## Liste des annexes

Annexe 1 : Méthodologie de planification stratégique.....	26
Annexe 2 : Organismes ayant collaboré à l'initiative de vision et de stratégie pancanadienne de l'ISPS.....	26
Annexe 3 : Organismes partenaires pour le renouvellement des soins de santé fondés sur des données probantes (RSSDP).....	27
Annexe 4 : Organismes de la table ronde .....	27

# 1. Message de la directrice scientifique

L'INSTITUT DES SERVICES ET DES POLITIQUES DE LA SANTÉ (ISPS) DES IRSC S'EST FIXÉ DES OBJECTIFS AMBITIEUX POUR LES CINQ PROCHAINES ANNÉES.

Il cherchera à mettre en place la direction scientifique nécessaire à l'établissement de systèmes de santé en apprentissage au Canada, à exploiter le potentiel transformateur de la cybersanté pour le système de santé canadien, à mettre sur pied un meilleur système pour soutenir les personnes âgées dans la collectivité et à produire des données de recherche sur la façon de financer le système de santé de demain.

La Feuille de route pour la recherche : exploiter l'innovation au profit de la santé des Canadiens et de l'amélioration des soins (feuille de route) – [www.cihr-irsc.gc.ca/f/48964.html](http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/48964.html) – a donné à l'ISPS les fondements de sa vision et de sa stratégie, avec la création de l'Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada (ARSPSC) comme réseau lui permettant de s'attaquer au défi concret que représente la transformation du système de santé, et de tirer des leçons des expériences naturelles qui ont lieu dans les 13 systèmes de santé provinciaux et territoriaux du Canada.

La Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) des IRSC, une initiative phare des IRSC, est considérée dans tout le plan stratégique comme un investissement complémentaire des IRSC. Au fil du développement de la SRAP, l'ISPS tirera parti des investissements de la SRAP et veillera à ce que ses propres activités demeurent complémentaires à celles de la SRAP et en synergie avec elle. Au fil de la mise en œuvre de son plan, l'ISPS s'efforcera aussi de mettre l'accent sur la prise en considération des directives sur le sexe et le genre, des politiques linguistiques et de

l'inclusion des communautés de langue officielle en situation minoritaire, des populations autochtones et des autres populations importantes des IRSC. S'il y a lieu, l'ISPS encouragera l'inclusion des questions liées aux langues officielles et des Canadiens francophones et anglophones, dont les personnes qui vivent en situation minoritaire, dans la conception et la conduite de la recherche sur la santé afin d'améliorer les résultats cliniques.

L'ISPS doit la sagesse de ses orientations à un éventail d'intervenants : l'ARSPSC et ses 33 premières organisations membres, son conseil consultatif de l'Institut, qui oriente ses domaines prioritaires, et le personnel talentueux et professionnel des IRSC et des instituts virtuels, qui l'aide à réaliser ses rêves pour l'avenir de la recherche sur la santé au Canada.



Robyn Tamblyn  
Directrice scientifique  
Institut des services  
et des politiques de la santé

## 2. Notre contexte : les soins de santé au Canada

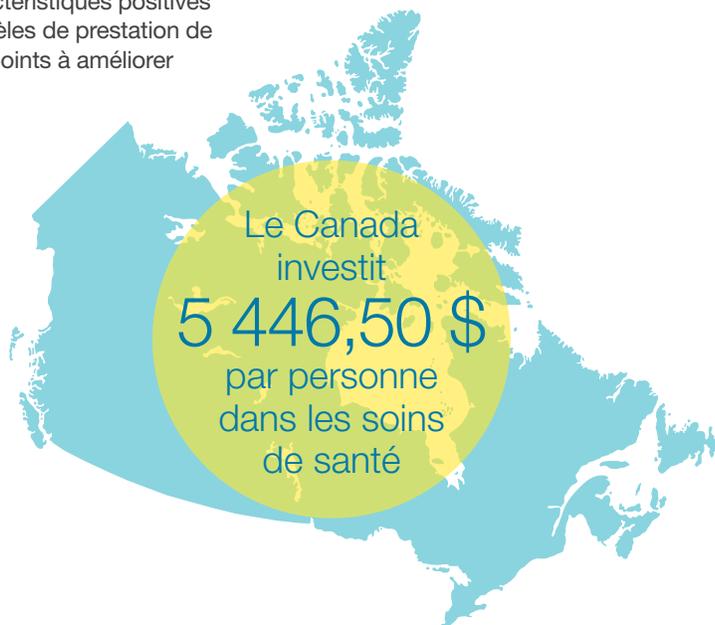
**LES DÉPENSES DE SANTÉ AU CANADA AUGMENTENT À UN RYTHME EFFRÉNÉ, DÉPASSANT 205 MILLIARDS DE DOLLARS EN 2012<sup>1</sup>.**

Le Canada investit 5 446,50 \$<sup>2</sup> par personne dans les soins de santé, soit beaucoup plus que dans les autres pays de L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ce qui n'empêche pas le Canada de se retrouver à l'avant-dernier rang dans les principaux domaines des soins de santé comme l'accès, la sécurité et la qualité des soins<sup>3</sup>.

Les principaux inducteurs de coûts sont la rémunération des fournisseurs, l'utilisation des services et l'émergence de nouveaux dispositifs et de nouvelles technologies<sup>1</sup>. Les dépenses pour la prestation de soins représentent près de 50 % du budget total de plusieurs provinces et territoires, empiétant sur d'autres priorités comme l'éducation et les services sociaux.

L'existence de telles pressions financières stimule l'apparition de changements majeurs et favorise la recherche d'avant-garde permettant de mettre au point des innovations pour la prestation de soins de santé afin de diminuer les coûts et d'améliorer l'expérience des patients, la qualité des soins et la santé des Canadiens. Le « système » de soins de santé canadien offre un environnement unique pour la recherche sur les services et les politiques de santé en raison de l'existence de plus de 13 systèmes distincts – un dans chacun des trois territoires et des dix provinces, en plus de systèmes fédéraux pour certaines

populations (p. ex. Premières Nations et Inuits, militaires et prisonniers). Ce terreau fertile pour l'innovation et l'expérimentation présente des occasions précieuses d'expériences naturelles et d'analyses comparatives intergouvernementales qui permettent de voir les caractéristiques positives des divers modèles de prestation de services et les points à améliorer de chacun.



*L'entreprise canadienne de RSPS a grandement évolué au cours des 20 dernières années.*

# 3. Notre histoire : la recherche sur les services et les politiques de santé au Canada

La recherche sur les services et les politiques de santé (RSPS) est le domaine de la recherche scientifique qui produit des données probantes sur la manière d'investir dans des programmes, des services et des technologies qui optimisent les résultats pour la santé et les systèmes de santé. Diverses disciplines, professions et méthodes sont mises à profit pour relever les défis du système de santé et répondre aux questions hautement prioritaires de façon créative.

Ces questions de recherche portent sur un éventail de sujets, visant à déterminer : si la rémunération au rendement fonctionne; comment rémunérer les fournisseurs et les organismes responsables de la prestation des soins pour obtenir de meilleurs résultats; si les modèles de prestation intégrés améliorent l'expérience des patients et les résultats; comment financer les soins de longue durée pour une population qui vieillit rapidement; et comment mettre en œuvre les innovations en cybersanté pour améliorer l'accès aux services de santé mentale.

Les principales exigences pour une recherche adaptée de calibre mondial sont : un bassin de chercheurs multidisciplinaires qualifiés, des plateformes et une infrastructure accessibles, des utilisateurs de connaissances engagés qui croient à une politique et à une prise de décision fondées sur des données probantes et des programmes de financement durables. L'entreprise canadienne de RSPS a grandement évolué au cours des 20 dernières années (figure 1) et a connu une croissance dans de nombreux domaines, dont le financement et les programmes pour appuyer la recherche innovatrice.

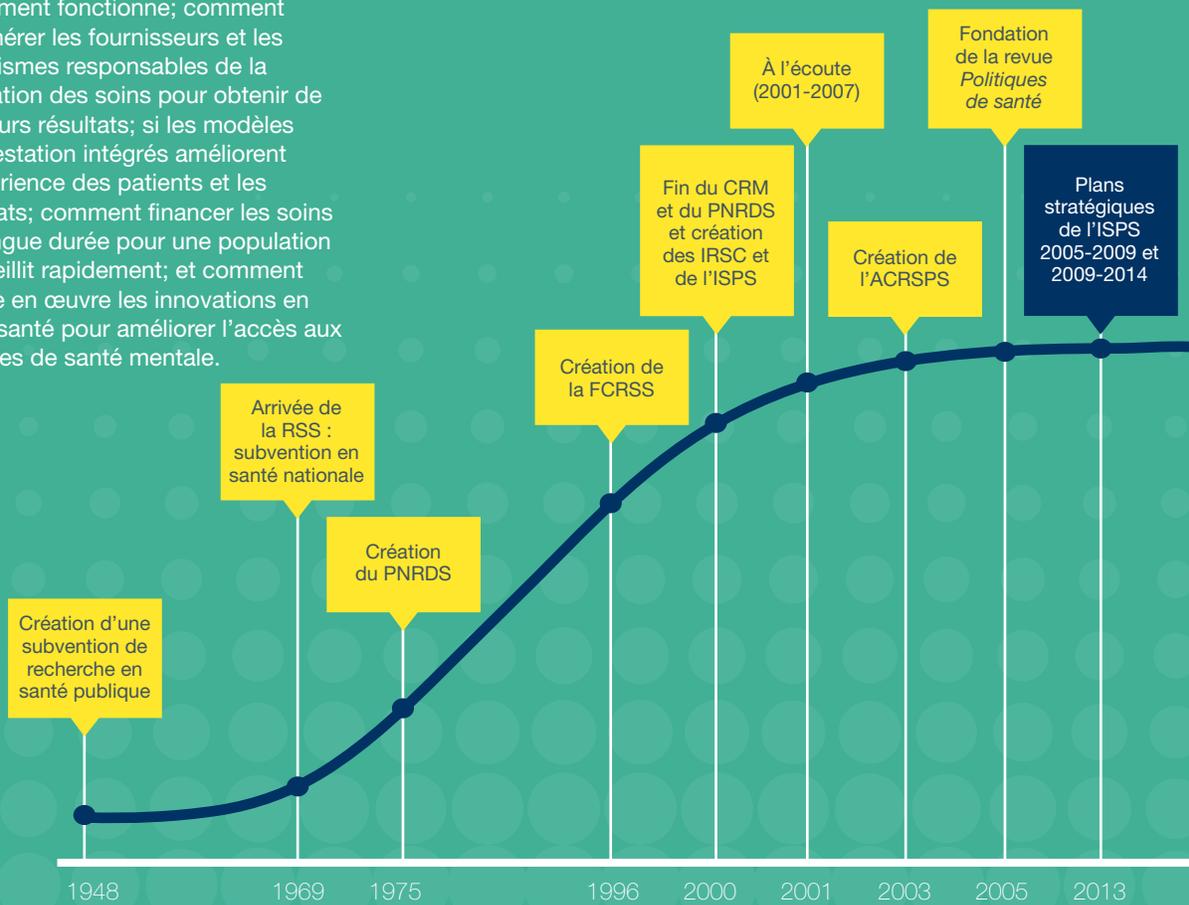


Figure 1: Historique de la recherche sur les services et les politiques de santé au Canada

## 4. Notre contexte : les Instituts de recherche en santé du Canada

**UNE DES RÉALISATIONS DÉTERMINANTES DE L'ENTREPRISE DE RSPS A ÉTÉ LA CRÉATION DE L'ISPS, L'UN DES 13 INSTITUTS QUI COMPOSENT LES IRSC.**

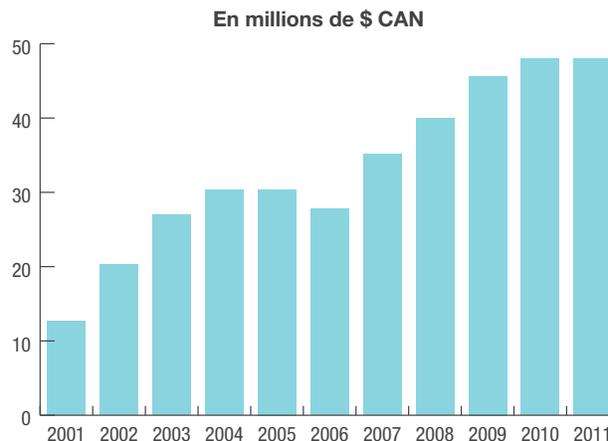
Établis en 2000, l'objectif des IRSC était de créer de nouvelles connaissances scientifiques et de favoriser leur application en vue d'améliorer la santé de la population, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada.

Au cours de la première décennie, d'après les données des demandes aux IRSC, la recherche sur les services et les politiques de santé a augmenté au sein du nouvel organisme. De 2001 à 2011, le financement pour les demandes de subvention en RSPS est passé de 12,6 à 48 millions de dollars (figure 2), le nombre annuel de demandes a augmenté de 327 à 1 137 (figure 3), et le nombre de chercheurs principaux désignés est passé de 290 à 659 (figure 4).

De plus, en tant que champion d'un des quatre domaines principaux des IRSC (systèmes et services de santé), l'ISPS mène des initiatives touchant l'ensemble des IRSC auxquelles participent plusieurs instituts, comme l'initiative Innovations en cybersanté et les initiatives phares Soins de santé communautaires de première ligne (SSCPL), le Réseau pancanadien de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés (ISSPL) et le Renouvellement des soins de santé fondé sur des données probantes (RSSDP) (figure 5).

L'ISPS a aussi travaillé en étroite collaboration avec les autres instituts pour intégrer la RSPS dans leurs programmes de financement stratégique et dans les autres initiatives phares des IRSC (p. ex. Médecine personnalisée et Voies de l'équité en santé).

Figure 2 : Financement total octroyé pour les demandes de subventions aux concours ouverts et stratégiques pour la recherche sur les services et les politiques de santé par année financière (2001-2011)\*



\* Le montant pour chaque année financière représente les dépenses de la première année pour les nouvelles subventions octroyées ainsi que le financement des années subséquentes pour les subventions octroyées les années précédentes. Comme les données n'étaient disponibles pour les nouvelles subventions qu'à partir de l'année financière 2001-2002 (les montants octroyés par les bourses antérieures du CRM et du PNRDS n'ont pu être ajoutés), la somme est artificiellement plus basse pour les années 2001-2002 et 2002-2003.

Figure 3 : Nombre de demandes de subvention des IRSC par domaine et par année

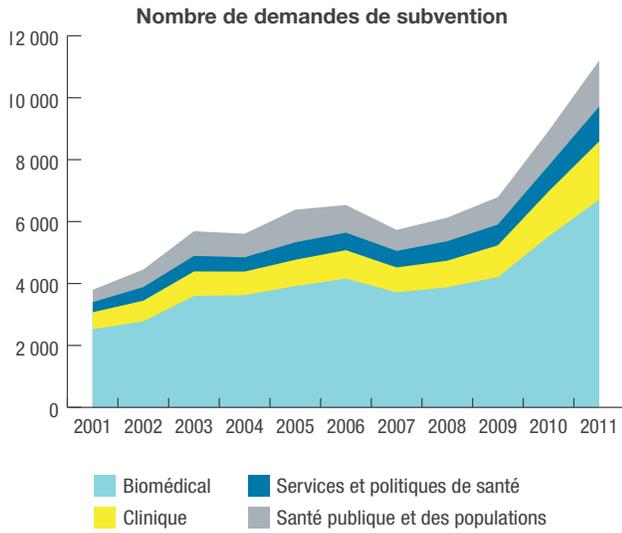


Figure 4 : Nombre de chercheurs dans le domaine des services et des politiques de santé (candidats principaux désignés sur les demandes de subvention des IRSC) par année

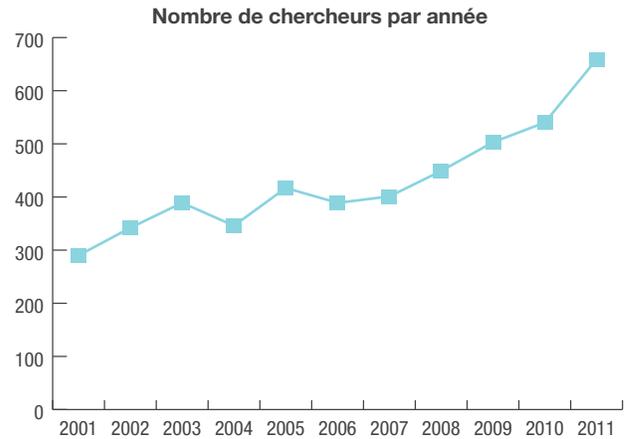


Figure 5 : Initiatives phares des IRSC et recherche sur les services et les politiques de santé

**Appuie des approches des plus novatrices pour améliorer la prestation de SSCPL à la fois adéquats et de grande qualité.**

Contribution des IRSC : 49 M\$  
 Contribution des partenaires : 5 M\$  
 Nombre de subventions : 58

**SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES DE PREMIÈRE LIGNE (SSCPL)**

**Appuie les données probantes en vue d'orienter la transformation et la prestation de soins de santé intégrés pour améliorer la santé et les résultats sur la santé, pour les personnes ayant des besoins complexes sur le plan de la santé ou susceptibles d'en avoir.**

Contribution des IRSC : 13,5 M\$  
 Contribution des partenaires : 13,5 M\$  
 Nombre de subventions : 11

**RÉSEAU PANCANADIEN DE LA SRAP SUR LES INNOVATIONS EN SOINS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE ET INTÉGRÉS**

**Produit des données opportunes et de grande qualité sur les meilleures façons de financer, de soutenir et de gérer les systèmes de soins de santé.**

Contribution des IRSC : 6,5 M\$  
 Contribution des partenaires : 942 k\$  
 Nombre de subventions : 83

**RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ FONDÉ SUR DES DONNÉES PROBANTES (RSSDP)**

**MÉDECINE PERSONNALISÉE ET VOIES DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ**

**Médecine personnalisée**  
 Contribution des IRSC : 85 M\$  
 Contribution des partenaires : 156 M\$  
 Nombre de subventions : 58

**Voies de l'équité en santé**  
 Contribution des IRSC : 26,5 M\$  
 Contribution des partenaires : 100 k\$  
 Nombre de subventions : 5

*De plus, en tant que champion d'un des quatre domaines principaux des IRCS, l'ISPS mène des initiatives touchant l'ensemble des IRSC auxquelles participent plusieurs instituts.*

**Un changement de paradigme est nécessaire si on veut que la recherche sur les services et les politiques de santé oriente la transformation du système de santé.**

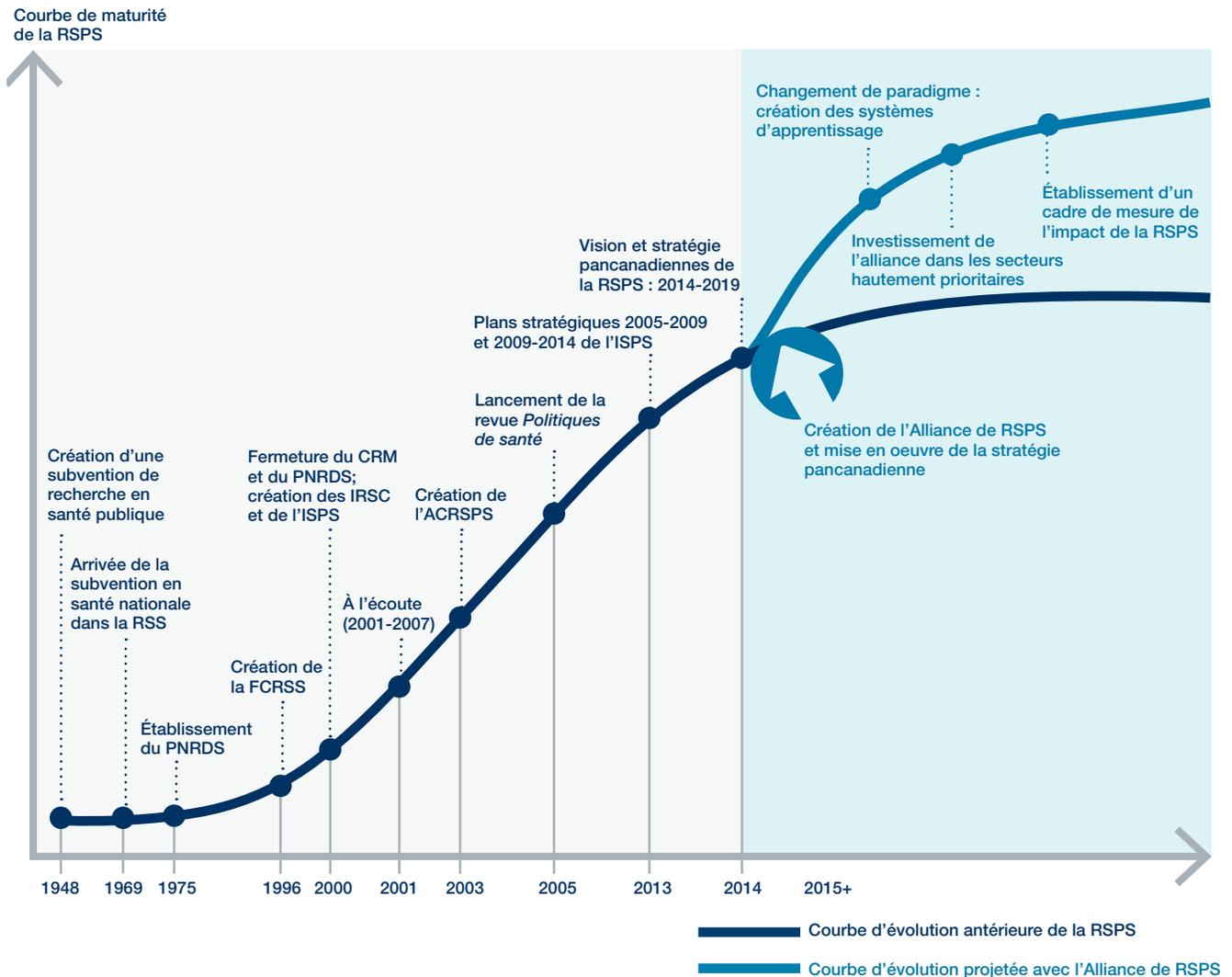
Cependant, la RSPS ne représente encore qu'une très faible proportion du financement octroyé par les IRSC en subventions de fonctionnement aux concours stratégiques et ouverts : 3,2 % du financement total en 2001-2002 et 6,3 % de toutes les demandes financées en 2011-2012. Un changement de paradigme est nécessaire si on veut que la recherche sur les services et les politiques de santé oriente la transformation du système de santé. Nous devons créer un alignement et une synergie chez les commanditaires de la recherche sur les services de santé, les chercheurs et

les utilisateurs finaux, établir une vision de ce que nous voulons accomplir, déterminer ce que nous devons faire et mettre en place une stratégie pour atteindre nos objectifs.

L'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer a surmonté un défi semblable<sup>4</sup> et créé un modèle qui pourrait servir à accomplir la transformation de la RSPS. Nous avons utilisé ce modèle pour mettre en place l'Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada (ARSPSC), dont les objectifs sont de favoriser

la collaboration, la coordination et l'investissement stratégique dans les organismes de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada, d'accélérer l'innovation et la découverte scientifiques, d'optimiser l'influence de la recherche sur les résultats pour la santé et les systèmes de santé et de renforcer l'entreprise de recherche. L'ARSPSC fournira les fondements pour propulser le milieu de la recherche sur les services et les politiques de santé vers la prochaine étape de son évolution – une étape à laquelle l'ISPS jouera un rôle fondamental de leadership (figure 6).

Figure 6 : Évolution future de la recherche sur les services et les politiques de santé au Canada



# 5. Une vision et une orientation stratégiques communes pour la recherche sur les services et les politiques de santé : construire une alliance canadienne

## LA CRÉATION DE L'ARSPSC EST LE RÉSULTAT D'UN PROCESSUS EN TROIS ÉTAPES ENTAMÉ ET DIRIGÉ PAR L'ISPS.

### Première étape : inventorer nos actifs

L'ISPS a collaboré avec des organismes de bienfaisance et des commanditaires de la recherche en santé provinciaux pour créer un inventaire des actifs des investissements collectifs en recherche

sur les services et les politiques de santé faits par les organismes canadiens. L'inventaire indique la source ainsi que l'emplacement géographique des investissements sur une période de cinq ans (de 2007 à 2012). Vingt-sept organismes ont fourni des données pour l'inventaire.

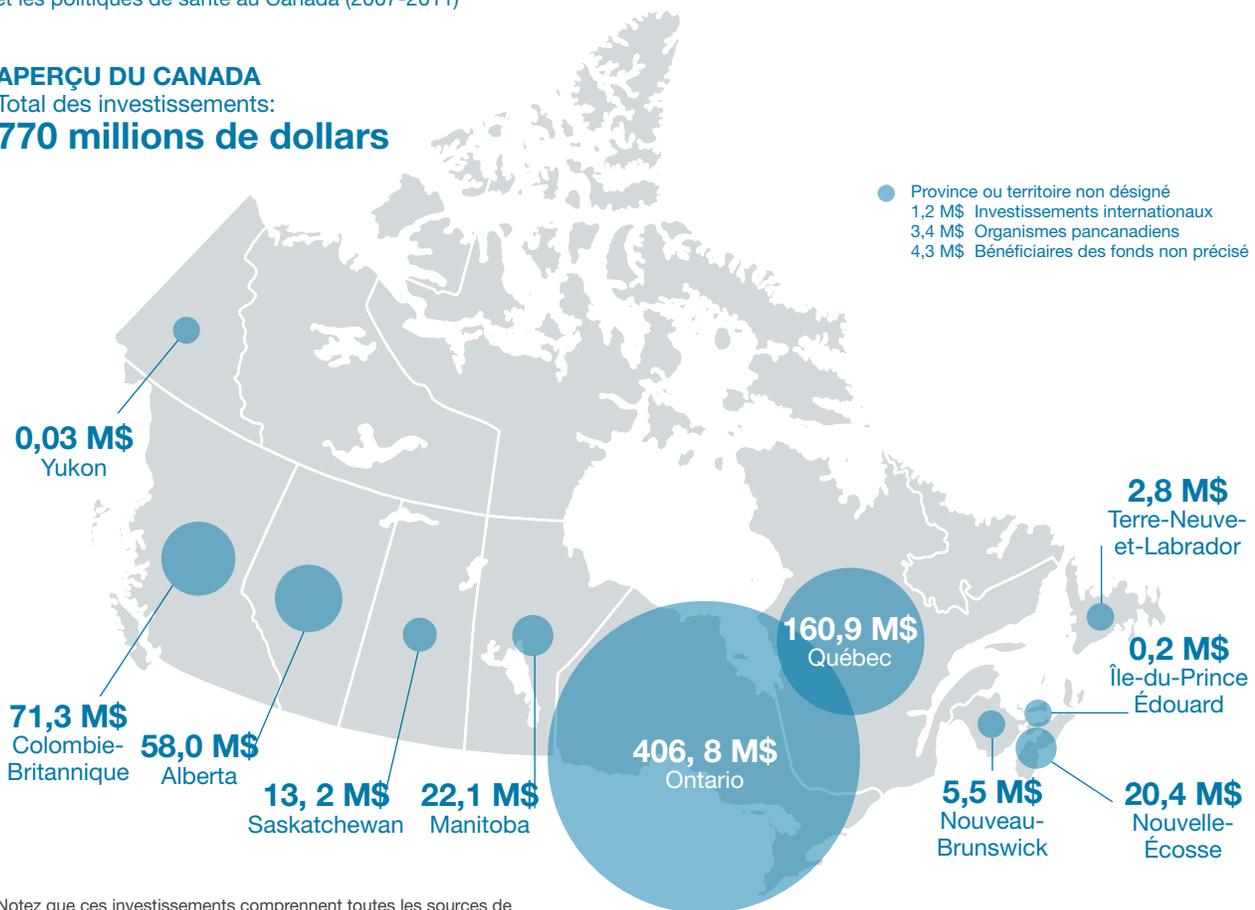
Nous avons déterminé que 770 millions de dollars ont été dépensés en recherche sur les services et les politiques de santé au cours de cette période (figure 7). Ces fonds ont été octroyés à 225 organismes actifs dans l'entreprise canadienne de RSPS.

Figure 7 : Total des investissements en recherche sur les services et les politiques de santé au Canada (2007-2011)

### APERÇU DU CANADA

Total des investissements:

**770 millions de dollars**

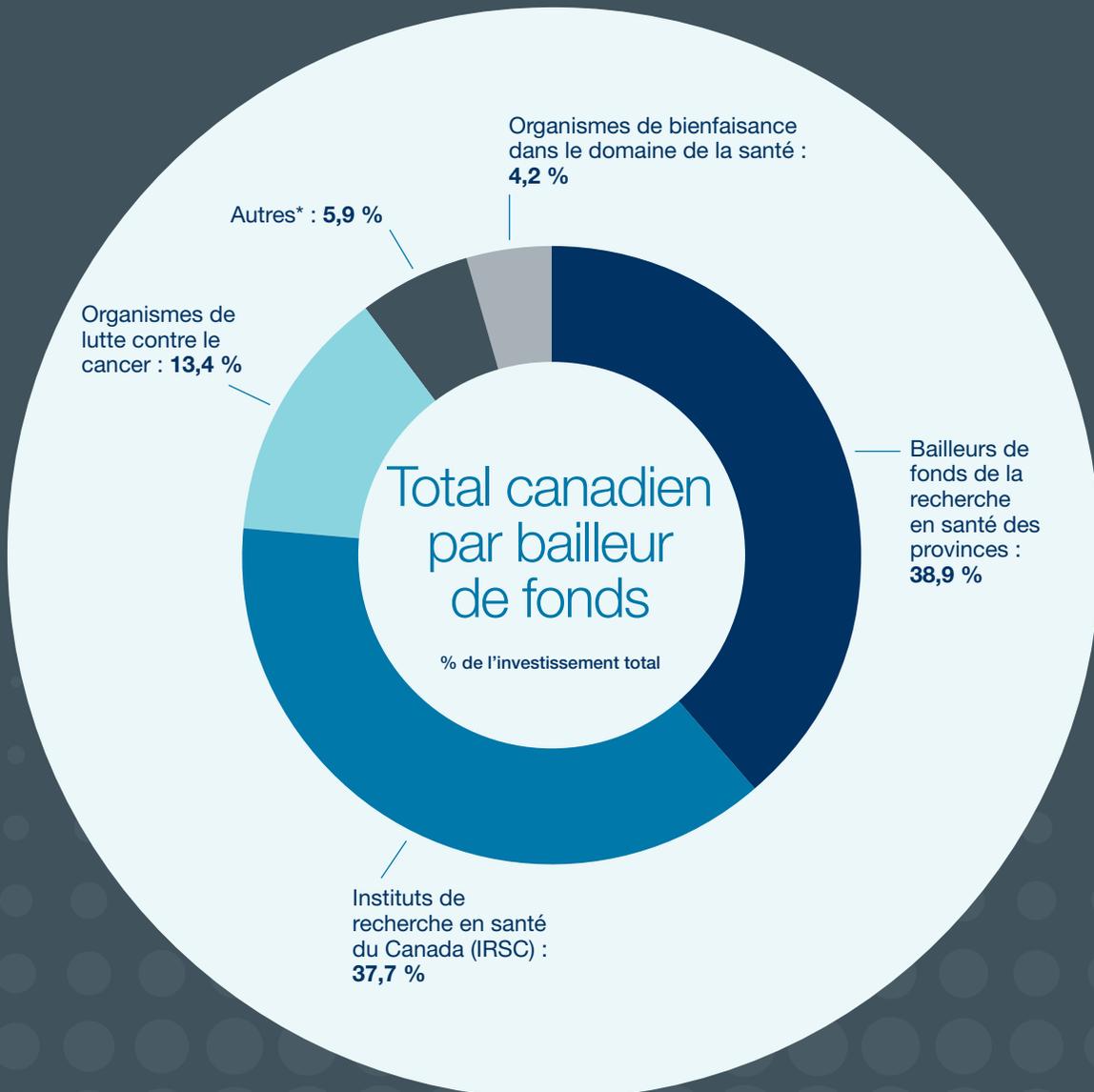


Notez que ces investissements comprennent toutes les sources de financement internes ou externes de la province ou du territoire au cours de la période déterminée. Aucune donnée concernant les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut n'a été reçue.

Il est intéressant de constater que le financement des IRSC ne représentait que 37,7 % du total pour la recherche sur les services de santé, ce qui signifie qu'il existe des possibilités d'accroître la synergie

par des partenariats sur les priorités communes avec les commanditaires de la recherche en santé provinciaux, les organismes de bienfaisance en santé et les autres bailleurs de fonds (figure 8).

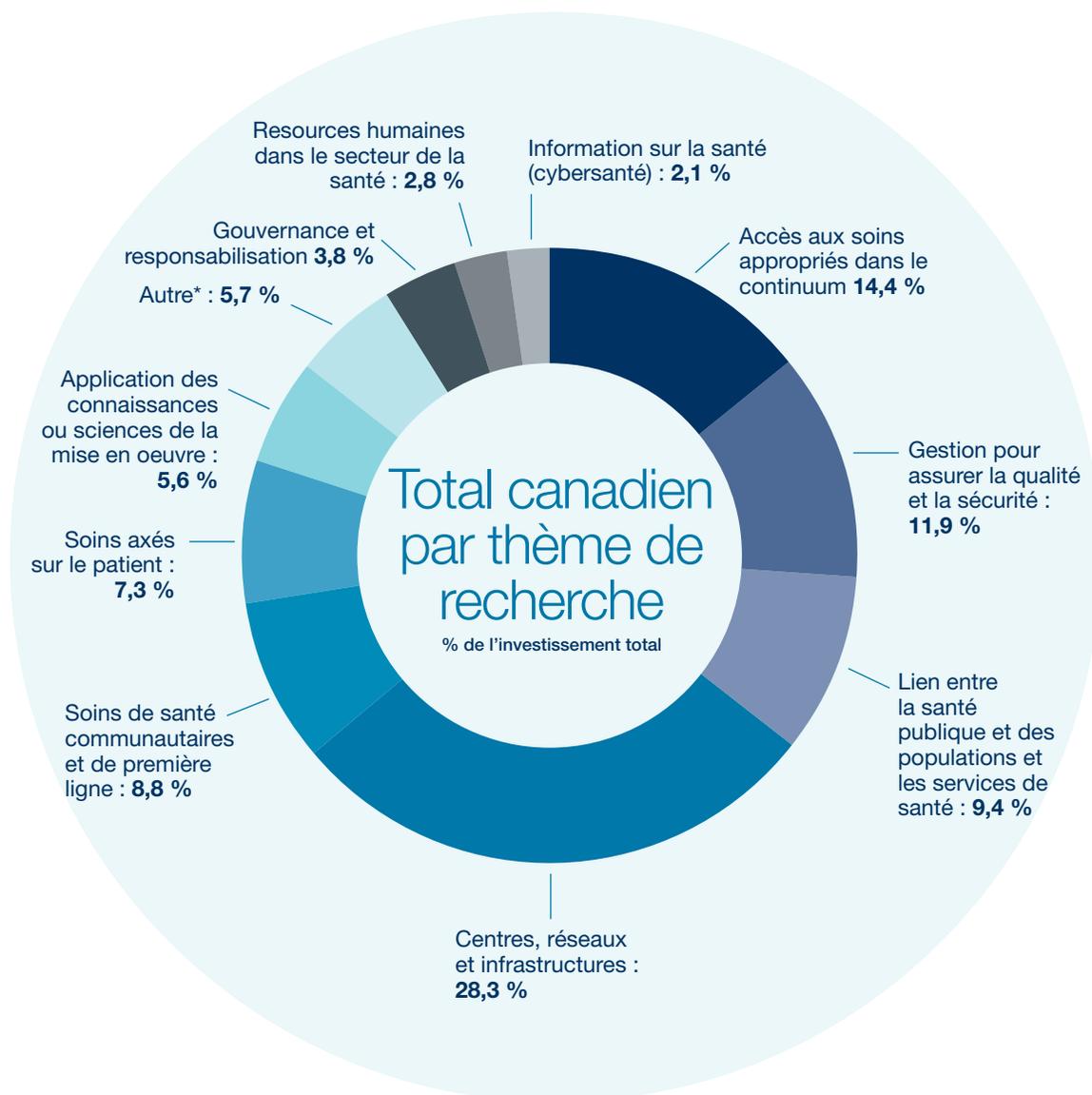
Figure 8 : Principaux bailleurs de fonds de la recherche sur les services et les politiques de santé au Canada



\* "Autres" inclut la Fondation Canadienne pour l'innovation, les Chaires de recherche du Canada, la Fondation Canadienne sur l'amélioration des services de santé et le Ministère de la santé de la Colombie-Britannique.

*Nous avons constaté un intérêt immédiat pour une collaboration sur deux orientations stratégiques où les ressources étaient déjà disponibles et utilisées.*

Figure 9 : Répartition des investissements en recherche sur les services et les politiques de santé par thème de recherche (2007-2011)



\* Veuillez noter 'autre' inclut :

- Politique sur les médicaments : 1,7 %
- Information sur la santé : utilisation de bases de données administratives : 1,6 %
- Financement des soins de santé ou économie de la santé : 1,6 %
- Nouvelles technologies et nouveaux médicaments (évaluation des technologies) : 0,5 %
- Gestion du changement et promotion de l'innovation : 0,3 %

## Deuxième étape : créer une vision et une orientation stratégique communes

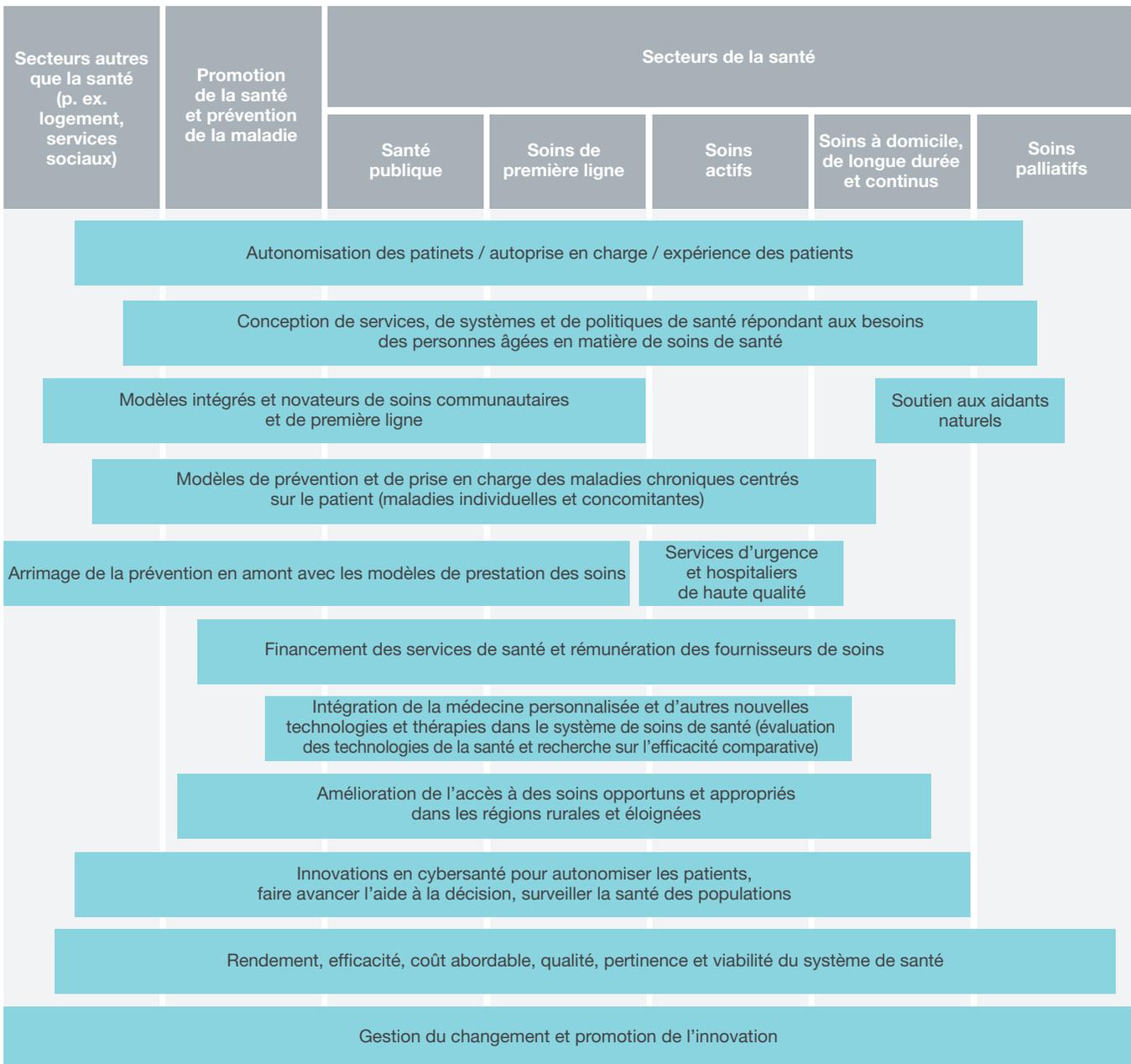
Pour élaborer une vision et une orientation stratégique communes pour l'avenir, nous avons d'abord évalué ce qui avait été financé dans le domaine de la recherche sur les services et les politiques de santé. Les thèmes les plus financés étaient l'accès à des services appropriés dans le continuum des soins de santé (14,4 %), la gestion

pour assurer la qualité et la sécurité (11,9 %) et l'établissement de liens entre la santé de la population ou la santé publique et les services de santé (9,4 %). Très peu d'investissements ont été faits dans le financement des soins de santé et l'économie de la santé (1,6 %) et dans la gestion du changement et la promotion de l'innovation (0,3 %), même s'il s'agit actuellement de priorités selon de nombreux groupes de réflexion sur les politiques<sup>5-8</sup>.

La deuxième étape consistait à utiliser ces thèmes, ainsi que d'autres thèmes désignés par les IRSC lors de l'analyse du contexte, pour établir les priorités d'investissement de la SRAP et à consulter notre communauté au sujet des priorités et des orientations pour les investissements futurs dans la recherche sur les services et les politiques de santé au Canada (figure 10).

Figure 10 : Priorités de la recherche sur les services et les politiques de santé

**Dénominateurs communs : Ressources humaines en santé compétentes et utilisées à leur plein potentiel; accès rapide aux données, y compris à l'information médicale électronique; soins centrés sur le patient**



Pour obtenir de nombreux points de vue variés, nous avons mené un sondage en ligne auprès de plus de 400 chercheurs canadiens, consulté plus de 55 informateurs régionaux, dont des chercheurs et des responsables des politiques, tenu un café scientifique pour le grand public (117 participants), et demandé l'avis de chefs de file de renommée internationale par l'intermédiaire d'un groupe d'experts à la rencontre annuelle de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé (ACRSPS). Nous avons également assemblé un forum sur les priorités de plus de 100 bailleurs de fonds, responsables des politiques, décideurs, chercheurs et utilisateurs finaux en avril 2014 pour

délibérer sur les résultats et choisir une vision et une orientation pour les cinq prochaines années. Les participants au forum ont déterminé sept orientations stratégiques fondamentales et cinq priorités d'investissement (figure 11).

Nous avons constaté un intérêt immédiat pour une collaboration sur deux orientations stratégiques où les ressources étaient déjà disponibles et utilisées : 1) évaluer l'impact de la RSPS; 2) accélérer la création d'un bassin de scientifiques qui peuvent travailler dans le contexte d'un système de santé en apprentissage.

### Troisième étape : créer l'Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada

Le forum a mené à la mise en candidature d'un directeur général par intérim, qui devra établir le mandat, la gouvernance et la composition de l'ARSFSC, convoquer les deux premiers groupes de travail pour étudier l'incidence de la recherche et la formation, et organiser la première rencontre annuelle des membres pour choisir les priorités d'investissement collectif. À ce jour, de nombreux organismes canadiens importants de financement des services et des politiques de santé se sont joints, et les deux groupes de travail ont été mis en place.

Figure 11 : Priorités de la recherche sur les services et les politiques de santé et orientations stratégiques fondamentales



## 6. Notre stratégie : les cinq prochaines années

**LA NOUVELLE STRATÉGIE DE CINQ ANS DE L'ISPS S'HARMONISE DÉLIBÉRÉMENT AVEC LA VISION ET LA STRATÉGIE PANCANADIENNES DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES ET LES POLITIQUES DE SANTÉ<sup>9</sup>.**

Elles prévoient toutes deux un avenir où les données de recherche orienteront une transformation du système de santé qui améliorera les résultats pour la santé et les systèmes de santé des Canadiens.

Elles voient également les partenariats et la collaboration comme des ingrédients nécessaires à la réussite. Notre stratégie met à profit la renommée d'excellence de l'ISPS dans la recherche, en étant le catalyseur d'initiatives et de programmes novateurs, et en établissant des partenariats pour avoir un plus grand impact. Le conseil consultatif de l'ISPS a passé en revue les sept orientations stratégiques et les cinq domaines de recherche prioritaires pancanadiens, et a sélectionné ceux que l'ISPS était bien placé pour faire progresser efficacement, d'après une évaluation : 1) des forces et des faiblesses; 2) du potentiel de leadership international; 3) du potentiel de partenariat; 4) de l'alignement avec la Feuille de route pour la recherche des IRSC<sup>10</sup> et des synergies avec la SRAP; et 5) des possibilités de collaboration entre instituts.

Le conseil a sélectionné quatre priorités complémentaires qui nécessitent de l'innovation et de nouvelles données probantes pour assurer la transformation et la viabilité du système de santé afin de répondre aux besoins d'une société vieillissante.



Création de systèmes de santé en apprentissage et formation de la prochaine génération de chercheurs ayant les compétences nécessaires pour être partenaires dans l'apprentissage et la transformation du système de santé

Cybersanté

Bien vieillir dans la communauté

Financement et viabilité du système de santé

## Priorité stratégique 1 : Création de systèmes de santé en apprentissage et formation de la prochaine génération de chercheurs ayant les compétences nécessaires pour être partenaires dans l'apprentissage et la transformation du système de santé

Chaque jour, des millions de Canadiens utilisent le système de soins de santé, et des billions d'éléments d'information sont produits. Les renseignements d'utilisation quotidienne des services sociaux et de santé sont de plus en plus consignés numériquement au point d'intervention. Ces renseignements pourraient être exploités pour comparer l'efficacité de divers traitements, étudier les causes d'incidents thérapeutiques potentiellement évitables, les coûts inutiles et les occasions manquées de prévention, et recueillir les connaissances collectives sur les façons d'améliorer l'expérience des patients. Toutefois, dans la majorité des cas, nous n'avons pas utilisé ces renseignements pour produire des connaissances sur des améliorations potentielles<sup>11</sup>. Une initiative importante qui prend son élan aux États-Unis est la création de « systèmes de santé en apprentissage », des organisations de soins responsables qui utilisent intelligemment leurs données pour guider l'amélioration des soins de façon dynamique<sup>12</sup>. Les systèmes de santé en apprentissage mettent l'accent sur la collaboration dans tout le milieu de la santé pour conduire à un système efficient et efficace<sup>13-15</sup>.

**Faiblesses :** Beaucoup de défis devront être relevés pour passer du système de santé d'aujourd'hui au système en apprentissage de demain. Une exigence essentielle à la réussite est cependant l'établissement d'une direction scientifique, clinique et politique efficace qui alimentera

la capacité du système de santé d'innover, d'apprendre de ses erreurs et d'accroître la réussite. Les scientifiques dans les systèmes de santé en apprentissage ont besoin de compétences différentes de celles qui sont acquises dans la formation traditionnelle. Ils doivent pouvoir travailler en partenariat avec la direction clinique et politique pour déterminer les priorités de recherche pertinentes, élaborer de nouvelles méthodes de recherche scientifique rapide utilisant l'expérience des patients au point d'intervention et les données numériques sur la santé et les conditions sociales, collaborer à l'utilisation efficace des nouvelles connaissances pour la prise de décisions cliniques et politiques, et mettre en œuvre et évaluer les solutions novatrices.

**Objectif :** Former et financer une nouvelle génération de scientifiques pouvant assurer la direction scientifique des systèmes de santé en apprentissage.

**Potentiel de leadership international :** Les scientifiques canadiens jouent déjà un rôle de leadership international dans l'application des connaissances, et surtout dans l'application des connaissances intégrées<sup>16,17</sup>. Les IRSC ont été parmi les premiers à réussir à bâtir des programmes de partenariats entre les décideurs et les chercheurs (p. ex. Partenariats pour l'amélioration du système de santé, Synthèse accélérée des connaissances, rencontres politiques, équipes de soins de santé communautaires de première ligne), ce qui a créé une culture où les modèles de partenariat sont la « nouvelle norme » pour la recherche sur les services et les politiques de santé. La possibilité de leadership international dans les systèmes de santé en apprentissage sera augmentée par la SRAP, qui offrira à la fois un modèle de relations durables entre les décideurs et les chercheurs

et une plateforme pour accéder aux données sur la santé et les conditions sociales par les unités de soutien.

**Alignement avec la Feuille de route et synergies avec la SRAP :** Un système de santé en apprentissage offre une plateforme de mobilisation pour assurer la transformation et les retombées de la recherche, particulièrement en améliorant les résultats et l'expérience des patients, ainsi que la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Ces deux éléments sont des priorités de la Feuille de route des IRSC. L'accent mis sur la prochaine génération de leaders scientifiques pour le système de santé en apprentissage représente également un créneau important pour le Réseau de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés. Ce réseau national unit les systèmes de santé en apprentissage embryonnaires, financés dans chaque province ou territoire, derrière l'objectif commun d'améliorer les résultats et l'expérience des patients ayant des besoins complexes.

La Feuille de route des IRSC comprend aussi la priorité de « bâtir des assises solides pour l'avenir », qui vise à procurer aux étudiants et aux stagiaires le bon mélange d'expertise et de compétences pour réussir dans les carrières universitaires et professionnelles de l'avenir liées à la santé. L'ISPS participera à la création d'un large cadre national des IRSC pour l'excellence de la formation dans la recherche en santé, et du plan d'action stratégique de formation des IRSC qui en découlera. L'ISPS communiquera la perspective du milieu de la RSPS, en plus de s'assurer que ses activités s'harmonisent avec les orientations de formation du cadre national des IRSC et soutiennent leur plan d'action stratégique en la matière.

*Chaque jour, des millions de Canadiens utilisent le système de soins de santé, et des billions d'éléments d'information sont produits.*

*Dans cinq ans, nous aurons créé un nouveau bassin de scientifiques dans le domaine des systèmes de santé.*

**Potentiel de partenariat :** La création d'une nouvelle génération de scientifiques dans les systèmes de santé en apprentissage touchera l'ensemble des postes, des cliniciens-chercheurs de première ligne aux scientifiques qui travaillent au sein des autorités régionales de la santé, des conseils sur la qualité, des groupes de réflexion sur les politiques et des firmes de conseil. Nous nous attendons à ce que ces organisations financent ou cofinancent des étudiants des cycles supérieurs, des boursiers postdoctoraux et des chercheurs de carrière en se servant des modèles de recherche intégrée sur les services de santé dont l'efficacité a été démontrée par MITACS, les cliniciens-chercheurs du Québec, et plus récemment, AcademyHealth aux États-Unis.

**Possibilités de collaboration entre instituts :** Cinq instituts des IRSC collaborent actuellement à la création du premier système de santé en apprentissage national par le réseau de la SRAP sur les ISSPLI, soit l'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS), l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP), l'Institut du vieillissement (IV), l'Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents (IDSEA) et l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète (INMD).

**Effet attendu :** Dans cinq ans, nous aurons créé un nouveau bassin de scientifiques dans le domaine des systèmes de santé. Ce groupe aura mis au point des méthodes d'utilisation des données numériques prises au point d'intervention pour répondre rapidement aux questions de priorités dans les politiques et la pratique par des approches à la fois expérimentales et observationnelles. Nous verrons une augmentation correspondante dans l'adoption de nouvelles innovations et un désinvestissement dans les interventions et les modèles de soins sous-optimaux.

## **Priorité stratégique 2 : Cybersanté**

Au cours des 10 prochaines années, les plateformes numériques formeront la base d'une révolution stratégique de la façon dont les services de santé sont donnés, ce qui touchera les fournisseurs de soins et les patients<sup>18</sup>. Les innovations en cybersanté sont désormais présentes dans la plupart des secteurs de la prestation de soins, depuis la prévention et le diagnostic jusqu'aux soins de courte ou de longue durée et à la surveillance de la santé des populations. De plus en plus de données probantes montrent sa contribution à l'efficacité (p. ex. réduction des temps d'attente, accélération des processus de recommandation et de prise de décision), à l'efficacité (p. ex. cliniques de télésanté pour les évaluations et les consultations en dermatologie et en psychiatrie), à l'éducation et à l'autonomisation des patients (p. ex. portails sur l'expérience thérapeutique) et à la sécurité des soins (p. ex. distribution des médicaments sur ordonnance)<sup>19</sup>.

Le potentiel émergent de la cybersanté et son impact sur la recherche en santé sont reconnus mondialement, et de nombreux organismes de financement la placent parmi leurs cinq priorités d'investissement futur<sup>20</sup>.

**Faiblesses :** Le Canada tire de l'arrière dans les initiatives pour profiter pleinement des tendances mondiales vers la numérisation qui peuvent transformer ces connaissances novatrices en avantages réels pour les patients et les systèmes de santé<sup>21</sup>. L'analyse des problèmes du Canada a fait ressortir des défis multiples<sup>22</sup> qui entravent l'élaboration de solutions pratiques et l'adoption d'interventions de cybersanté éprouvées sur le plan des soins cliniques, de l'administration et des politiques. Les contraintes majeures comprennent : la faiblesse des investissements dans l'évaluation

officielle des nouvelles technologies, surtout des études comparatives sur les avantages cliniques, l'efficacité et le coût; la discordance entre l'évolution des technologies de l'information et des communications (TIC) et les besoins de ceux qui travaillent à la résolution de problèmes de santé importants; et l'accès limité des entreprises de TIC à des établissements de soins de santé où leurs produits et solutions peuvent être mis à l'essai dans le monde réel avec des patients et des fournisseurs de soins. Les futures innovations en cybersanté devront s'intégrer à des solutions axées sur le client pouvant influencer les résultats cliniques en améliorant l'accès, la sécurité, la qualité et l'équité des soins, à un coût égal ou moindre.

**Objectif :** Mettre au point, introduire et évaluer des innovations en cybersanté qui augmenteront l'efficacité et l'efficacité des soins axés sur les patients et les populations, et améliorer la position concurrentielle du Canada dans l'industrie de l'information et des communications appliquées à la santé afin d'appuyer l'innovation constante dans les soins de santé au Canada.

**Potentiel de leadership international :** Pour faire progresser la cybersanté au Canada, nous devons créer des communautés innovatrices qui associent l'industrie avec le système de santé afin de mettre au point ensemble la prochaine génération de solutions à valeur ajoutée. Le Programme de partenariats pour l'innovation en cybersanté (lancé en octobre 2014) a été conçu pour créer des communautés innovatrices en cybersanté en partenariat avec l'industrie et commencer à harmoniser les investissements de développement économique fédéraux et provinciaux dans les petites et moyennes entreprises avec les investissements dans les soins et la recherche en santé pour favoriser les occasions

nationales et internationales. Le nombre d'installations « incubatrices d'innovation » a récemment augmenté : par exemple, MaRS à Toronto (Ontario), et Innovation Boulevard à Surrey (Colombie-Britannique) sont la preuve que le Canada est en mesure de créer des conditions favorables au leadership international.

Nous devons également changer notre approche de choix des nouvelles technologies dans les soins de santé en passant du plus bas prix à la plus grande valeur en ce qui concerne les données probantes, éliminer les obstacles à l'adoption comme les modèles de financement non axés sur la valeur, et créer des voies internationales d'échange et de commercialisation des innovations. Les rapports des comités d'innovation provinciaux et fédéraux appuient tous deux ces changements à l'approche de choix<sup>22</sup>, et nous nous attendons à une action concertée sur les plans réglementaire et politique. L'établissement de partenariats d'échange international est déjà en cours avec des partenaires européens, australiens et israéliens.

**Alignement avec la Feuille de route et synergies avec la SRAP :** L'innovation en cybersanté est un thème important de la Feuille de route et correspond à l'orientation stratégique des IRSC qui consiste à mobiliser les acteurs concernés pour assurer la transformation et les retombées de la recherche. La priorité de cybersanté de l'ISPS se concentre sur l'intégration de technologies novatrices dans la prestation des soins de santé pour en évaluer la valeur et le rapport coût-efficacité. La cybersanté est un facteur transversal qui permettra d'atteindre les quatre priorités pour la santé et le système de santé de la Feuille de route, à savoir : l'amélioration des résultats et de l'expérience des patients grâce à l'innovation en santé, la santé et le bien-être des Autochtones, un

avenir sain grâce à la prévention et l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique.

**Potentiel de partenariat :** L'ISPS et l'IV ont déjà établi de nouveaux alignements et formé des partenariats avec les candidats en cybersanté avec le Programme d'aide à la recherche industrielle (PARI-CNRC) du Conseil national de recherches du Canada, les organismes provinciaux de développement économique (p. ex. les Centres d'excellence de l'Ontario, MaRS et Health Technology Exchange-HTX) et les entreprises de technologies de l'information en santé (p. ex. IBM, McKesson). Par ailleurs, des commanditaires provinciaux de la recherche en santé collaborent avec les IRSC à la fois en tant que candidats et partenaires financiers. À l'échelle internationale, une intention de partenariat a été exprimée par le programme commun d'assistance à l'autonomie à domicile de la Commission européenne, le Young and Well Cooperative Research Centre en Australie et le Gertner Institute en Israël.

**Possibilités de collaboration entre instituts :** L'ISPS, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT) et l'IDSEA collaborent déjà au Programme de partenariats pour l'innovation en santé dans deux domaines prioritaires : la santé mentale des jeunes et le soutien dans la communauté aux personnes âgées ayant des besoins complexes. Des solutions de cybersanté sont mises au point par des scientifiques canadiens et internationaux pour appuyer d'autres grandes initiatives des IRSC, notamment Médecine personnalisée<sup>23</sup>, Environnements et santé<sup>24,25</sup>, Voies de l'équité en santé pour les Autochtones<sup>26,27</sup> et Santé et productivité au travail, et la plupart des instituts des IRSC souhaitent faire progresser la cybersanté dans leur communauté.

**Effet attendu :** Dans cinq ans, on trouvera au Canada plus de communautés innovatrices en santé (environnements de soins de santé locaux et régionaux dirigés par des chercheurs, des cliniciens, des patients et des décideurs) qui intègrent les innovations en cybersanté à la prestation de services en situation réelle. Ces communautés auront un nombre grandissant et dynamique de partenaires de l'industrie des technologies qui créent et adaptent des technologies de cybersanté permettant de réduire le coût des soins tout en améliorant l'accès et la qualité. De nouveaux partenariats internationaux seront établis et les innovateurs technologiques canadiens verront leurs produits et leurs connaissances être utilisés à l'échelle internationale.

### Priorité stratégique 3 : Bien vieillir dans la communauté

Le système de soins de santé canadien n'est pas bien adapté à la prise en charge des maladies chroniques, surtout des cas de multimorbidité qui sont plus fréquents chez les personnes âgées. Le Canada dépense 5 446,50 \$ par personne en soins de santé, le cinquième investissement le plus élevé parmi les pays de l'OCDE<sup>2</sup>, à l'exception des États-Unis, qui ont le pire rendement des comparaisons internationales (figure 12).

En raison du changement démographique attendu qui nous mènera vers une proportion grandissante de personnes âgées (figure 13), il nous faut absolument créer des communautés qui peuvent appuyer le vieillissement en santé et qui comprennent des systèmes de santé en mesure de prendre en charge proactivement les cas de multimorbidité tout au long du continuum des soins (figure 14).

*Ces communautés auront un nombre grandissant et dynamique de partenaires de l'industrie des technologies qui créent et adaptent des technologies de cybersanté permettant de réduire le coût des soins tout en améliorant l'accès et la qualité.*

**Faiblesses :** Le Danemark, les Pays-Bas et le Japon sont des chefs de file en matière de modèles de soins novateurs pour soutenir les personnes âgées<sup>28</sup>. Les systèmes de soins intégrés comprenant des soins communautaires de première ligne et des soins à domicile sont une caractéristique importante de ces systèmes novateurs.

Cependant, les nouveaux modèles de soins sont allés au-delà de la reconfiguration des services de santé traditionnels pour encourager les communautés à offrir des environnements et des services qui soutiennent les personnes âgées grâce à des innovations sociales comme des logements adaptés à l'âge (p. ex. Apartments for Life, Dementia Village) et des réseaux de bénévoles (Amis de la santé cognitive, SOS Wanderers Network). Les autorités régionales de la santé au Canada commencent à peine l'expérimentation des nouveaux modèles de soins communautaires pour les personnes âgées à la santé fragile<sup>31-33</sup>.

**Objectif :** Accélérer l'expérimentation et l'évaluation des systèmes de soins communautaires intégrés et des innovations sociales pour aider les personnes âgées à bien vieillir dans la communauté.

**Potentiel de leadership international :**

Le Canada a le potentiel de jouer un rôle de plus en plus important dans la communauté internationale des systèmes novateurs de soins aux personnes âgées : l'Institut du vieillissement fait déjà partie de l'initiative de programmation conjointe européenne Vivre plus longtemps, et mieux; deux Réseaux de centres d'excellence canadiens ont été financés pour appuyer des innovations dans les soins aux personnes âgées, AGE-WELL (36 millions de dollars) et le Technology Evaluation in the Elderly Network (TVN) (24 millions de dollars); les initiatives Innovations en cybersanté et Travail et santé comprennent toutes deux des domaines axés sur les personnes âgées; et tous les ministères de la

Santé provinciaux et territoriaux du Canada se concentrent sur les innovations dans les soins aux personnes âgées.

**Alignement avec la Feuille de route et synergies avec la SRAP :** Le réseau de la SRAP sur les ISSPL se concentre d'abord sur des modèles qui amélioreront les soins et la prévention en amont pour les principaux usagers du système ayant des besoins complexes, dont les personnes âgées forment une grande proportion. Ce réseau de systèmes de santé en apprentissage vise à favoriser la recherche intergouvernementale et à renforcer la capacité du Canada à tirer des résultats scientifiques des expériences naturelles qui se déroulent régulièrement au Canada, alors que les provinces et les territoires tentent différentes approches pour surmonter les mêmes difficultés. Cette priorité s'harmonise également avec les quatre domaines de recherche prioritaires de la Feuille de route des IRSC.

Figure 12 : Comparaisons internationales du rendement des systèmes de soins de santé : enquête des Fonds du Commonwealth

Classement des pays						
	1.0-2.66		2.67-4.33		4.34-6.0	
	Australie	Canada	Allemagne	Nouvelle-Zélande	Royaume-Uni	États-Unis
<b>CLASSEMENT GLOBAL (2007)</b>	<b>3,5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3,5</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
Qualité des soins	4	6	2,5	2,5	1	5
Bons soins	5	6	3	4	2	1
Soins sécuritaires	4	5	1	3	2	6
Soins coordonnés	3	6	4	2	1	5
Soins axés sur le patient	3	6	2	1	4	5
Accès	3	5	1	2	4	6
Efficience	4	5	3	2	1	6
Équité	2	5	4	3	1	6
Vie longue, saine et productive	1	3	2	4,5	4,5	6
Dépenses en santé par habitant, 2004	2 876 \$*	3 165 \$	3 005 \$*	2 083 \$	2 546 \$	6 102 \$

\* Données de 2003

Source : Selon le calcul du Fonds du Commonwealth, et d'après l'International Health Policy Survey de 2004, l'International Health Policy Survey of Sicker Adults de 2005, l'International Health Policy Survey of Primary Care Physicians de 2006 et la Commission on a High Performance Health System National Scorecard du Fonds du Commonwealth.

**Potentiel de partenariat :** En plus de la possibilité de partenariat de l'initiative de programmation conjointe « Vivre plus longtemps, et mieux », nous croyons que d'autres organisations seront intéressées, notamment certains organismes de bienfaisance en santé (p. ex. la Société Alzheimer), des bailleurs de fonds provinciaux de la recherche en santé, ainsi que des partenaires non traditionnels comme des fonds de pension, des promoteurs (communautés de vieillissement en santé) et des municipalités.

**Possibilités de collaboration entre instituts :** L'IV participera pleinement à la concrétisation des activités de l'ISPS liées à cet objectif en tant que collaborateur majeur. Cette collaboration s'ajoute au travail productif existant avec l'IV. Notamment, l'ISPS collabore actuellement avec l'IV à l'initiative Innovations en cybersanté.

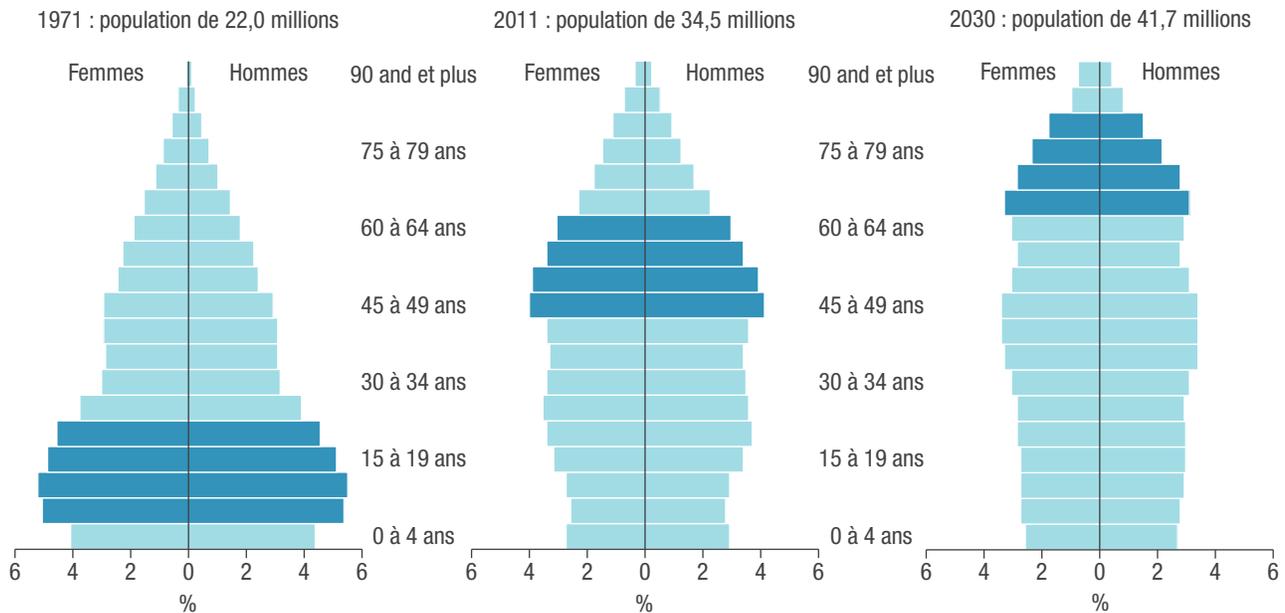
Le travail dans ce domaine prioritaire complètera également l'initiative du Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement (CCNV). Comme la plupart des maladies chroniques sont liées à l'âge, nous nous attendons à voir la plupart des autres instituts des IRSC s'intéresser à ce domaine.

**Effet attendu :** Dans cinq ans, nous aurons synthétisé les données probantes permettant d'appuyer les options en matière de politiques et les actions associées aux soins pharmaceutiques, à domicile et de longue durée, et obtenu et validé les données permettant d'appuyer de nouveaux modèles de soins pour bien vieillir dans la communauté qui retardent le placement en établissement de soins de longue durée et réduisent les recours évitables aux services d'urgence et les hospitalisations.

**Priorité stratégique 4 :  
Financement et viabilité  
du système de santé**

Comme les soins de santé représentent près de la moitié des dépenses provinciales et territoriales, et qu'ils offrent une faible valeur par rapport aux autres pays à l'investissement comparable, il devient essentiel d'examiner d'autres mécanismes de financement et de comparer leur efficacité. Plus précisément, le Canada devra déterminer comment financer les services communautaires qui seront nécessaires à la gestion efficace des maladies chroniques, mais qui ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*. En outre, les cloisons budgétaires entre les domaines des services de santé tout au long du continuum de soins (p. ex. hôpitaux, centres de réadaptation, cliniques de soins de première ligne, soins à domicile) sont des obstacles à l'innovation et à la transformation du système.

Figure 13 : Répartition passée et future selon l'âge et le sexe de la population canadienne



Source : [www.fin.gc.ca/pub/eficap-rebvpvc/images/Chap1\\_3f.jpg](http://www.fin.gc.ca/pub/eficap-rebvpvc/images/Chap1_3f.jpg)<sup>29</sup>

*Il nous faut absolument créer des communautés qui peuvent appuyer le vieillissement en santé et qui comprennent des systèmes de santé en mesure de prendre en charge proactivement les cas de multimorbidité tout au long du continuum des soins.*

*Plusieurs pays, dont le Canada, essaient diverses approches de financement des soins de santé.*

Les mécanismes actuels de financement des soins de santé au Canada n'encouragent pas la prestation de meilleurs soins à moindre coût, l'amélioration de l'expérience des patients ou l'utilisation la plus efficace de ressources limitées.

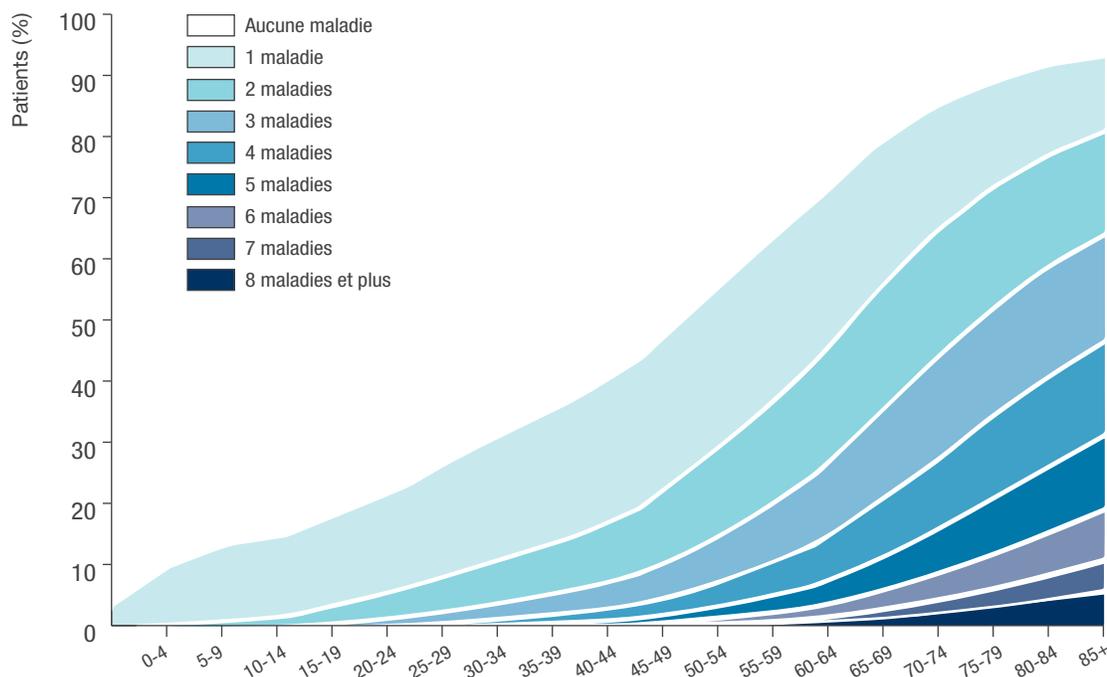
**Faiblesses :** Plusieurs pays, dont le Canada, essaient diverses approches de financement des soins de santé. La combinaison d'un financement privé et public des services (p. ex. assurance-médicaments au Québec) et de l'infrastructure (p. ex. nouveaux hôpitaux en Grande-Bretagne) est utilisée pour augmenter l'accès et réduire le coût pour les contribuables, mais son efficacité, son efficience et sa commodité réelles demeurent incertaines<sup>34</sup>. Certaines personnes craignent que les systèmes privés et

publics mènent à une augmentation des coûts et à des personnes malades et pauvres laissées sans traitement.

Les approches de financement fondé sur les activités pour les hôpitaux visent à améliorer l'efficience, mais les résultats varient grandement d'une étude à l'autre : elles pourraient offrir des avantages importants ou entraîner des conséquences néfastes<sup>35</sup>. L'incidence sur la qualité des soins et la qualité du travail des praticiens rémunérés au rendement plutôt que pour les services demeure en grande partie incertaine, surtout en ce qui concerne les conséquences involontaires<sup>36</sup>. Les expériences récentes au sujet des organismes de soins responsables (OSR) aux États-Unis intéressent particulièrement le Canada.

Dans ce modèle, les organismes sont récompensés lorsque leurs résultats s'améliorent et pénalisés pour les morbidités évitables, ce qui donne une motivation pour l'innovation de première ligne servant à améliorer la prestation des services de santé. L'efficacité de ces nouveaux modèles de financement n'est pas encore connue. Une approche émergente pour augmenter la valeur des investissements dans les soins de santé passe par le leadership et l'engagement professionnels à réduire l'usage inutile de ressources. Menée par l'American Board of Internal Medicine, la campagne Choosing Wisely [Choisir avec soin] englobe maintenant presque toutes les sociétés médicales des États-Unis et du Canada ainsi que *Consumer Reports*.

Figure 14 : Prévalence de la multimorbidité selon l'âge



Source : Barnett et coll. « Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study », *The Lancet*, 2012.<sup>30</sup>

L'influence de cette campagne sur la diminution des morbidités et des coûts évitables découlant de l'usage de médicaments, de diagnostics et de procédures inutiles n'a pas encore été évaluée.

**Objectif :** Évaluer d'autres approches que le financement selon le rendement qui optimisent la qualité et les résultats pour la santé, et réduisent les coûts; les modèles de financement public et privé pour fournir des produits et des services communautaires (p. ex. soins pharmaceutiques, à domicile et de longue durée, professionnels paramédicaux); et les nouveaux mécanismes de contrôle de coûts par le leadership et l'engagement professionnels.

**Potentiel de leadership international :** Peu d'études empiriques ont été réalisées sur le financement des soins de santé, et peu d'études ont pu évaluer rigoureusement l'influence sur les résultats, les coûts et les effets involontaires. L'initiative phare Renouveau des soins de santé fondé sur des données probantes a accéléré l'engagement des chercheurs canadiens sur les services et les politiques de santé et des responsables des politiques en matière de synthèse des données probantes, d'analyse comparative des politiques et de rencontres politiques sur les questions liées au financement et à la viabilité du système de santé. Ce réseau d'intervenants est maintenant prêt à mener l'évaluation prospective comparative des expériences naturelles de financement dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux du Canada et d'autres pays. En outre, le réseau international de pays participant à Choisir avec soin est dirigé par un scientifique canadien.

**Alignement avec la Feuille de route et synergies avec la SRAP :** Le réseau de la SRAP sur les ISSPLI et les unités de soutien de la SRAP fourniront la plateforme pour les comparaisons intergouvernementales des diverses approches de financement provinciales et territoriales, particulièrement en ce qui concerne leur influence sur le groupe des principaux usagers ayant des besoins complexes. Pour augmenter la vitesse et le volume de la production scientifique, les IRSC collaborent avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour produire une cohorte dynamique de principaux usagers ayant des besoins complexes qui sera accessible aux chercheurs et aux responsables des politiques de chaque province ou territoire pour faciliter les comparaisons intergouvernementales des coûts et des résultats de diverses approches de financement. La façon dont les systèmes de santé sont financés exerce une influence fondamentale sur toutes les priorités de la Feuille de route pour la recherche des IRSC.

**Potentiel de partenariat :** L'ISPS a établi un partenariat avec l'ICIS et le Fonds du Commonwealth des États-Unis pour héberger la base de données de l'Enquête internationale sur les politiques de santé du Fonds au Canada. Cela augmentera énormément l'accès aux données générées par cette enquête annuelle et la capacité des scientifiques canadiens de mener des recherches comparatives internationales. Le Fonds du Commonwealth aidera les scientifiques canadiens à utiliser son vaste réseau international de responsables des politiques et de chercheurs pour comprendre et évaluer les raisons derrière les différences de rendement internationales. L'ISPS collaborera aussi avec la campagne Choisir avec soin, les groupes de réflexion canadiens, les ministères provinciaux et Santé Canada pour faire avancer cette priorité.

**Possibilités de collaboration entre instituts :** L'ISPS collaborera avec l'Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH), l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires (IMII) et l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT) pour favoriser le leadership des professionnels dans l'amélioration de la pertinence. L'Institut du vieillissement (IV) s'intéressera aux approches de financement des médicaments, des services des professionnels paramédicaux et des soins à domicile, puisque ces questions influencent grandement le bien-être des personnes âgées. De son côté, l'INSMT s'intéressera aux moyens efficaces de financer les services de santé mentale communautaires qui sont pratiquement inaccessibles sauf pour les personnes atteintes de maladies mentales graves.

**Effet attendu :** Dans cinq ans, il y aura une augmentation de la recherche comparative intergouvernementale et internationale, qui fournit des données probantes au sujet des caractéristiques importantes du financement qui entraînent des effets positifs et négatifs. Des interventions pratiques et politiques à petite échelle pour réduire l'usage inutile auront été déterminées, et seront de plus en plus utilisées dans certaines provinces et certains territoires pour réduire les effets indésirables et les coûts inutiles.

*Le Fonds du Commonwealth aidera les scientifiques canadiens à utiliser son vaste réseau international de responsables des politiques et de chercheurs pour comprendre et évaluer les raisons derrière les différences de rendement internationales.*

## 7. Notre perspective : conclusion

### **LE CANADA EST UN PIONNIER À L'ÉCHELLE MONDIALE DANS LA CRÉATION DE SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ NOVATEURS ET EFFICIENTS.**

Le programme de recherche de notre Institut pour les cinq prochaines années se concentrera sur les éléments clés qui seront nécessaires à la transition des systèmes de santé canadiens pour relever le défi de la prise en charge efficace d'une population vieillissante – surtout en ce qui concerne les décisions importantes de financement qui seront soit un tremplin, soit un obstacle pour l'innovation et l'appui d'une nouvelle catégorie de scientifiques qui collaboreront avec les intervenants des systèmes de santé. L'ISPS n'est pas seul dans ce paysage et, afin de réussir pour le pays, nous devons harmoniser notre vision et notre orientation.

La création de l'ARSPSC nous donne le véhicule et les liens nécessaires pour bien nous organiser afin d'être à la hauteur dans ce mandat ambitieux. L'initiative nationale de la SRAP donne l'infrastructure de base nécessaire pour atteindre cet objectif, et elle accroît sa capacité pour exploiter les expériences naturelles des soins de santé au Canada.

## 8. Remerciements

L'élaboration du plan stratégique de l'ISPS a été rendue possible grâce à l'engagement et l'apport des membres du conseil consultatif de l'Institut et de notre communauté diversifiée de chercheurs, d'utilisateurs des connaissances et de partenaires. Merci de partager notre vision pour la transformation du système de santé au Canada.

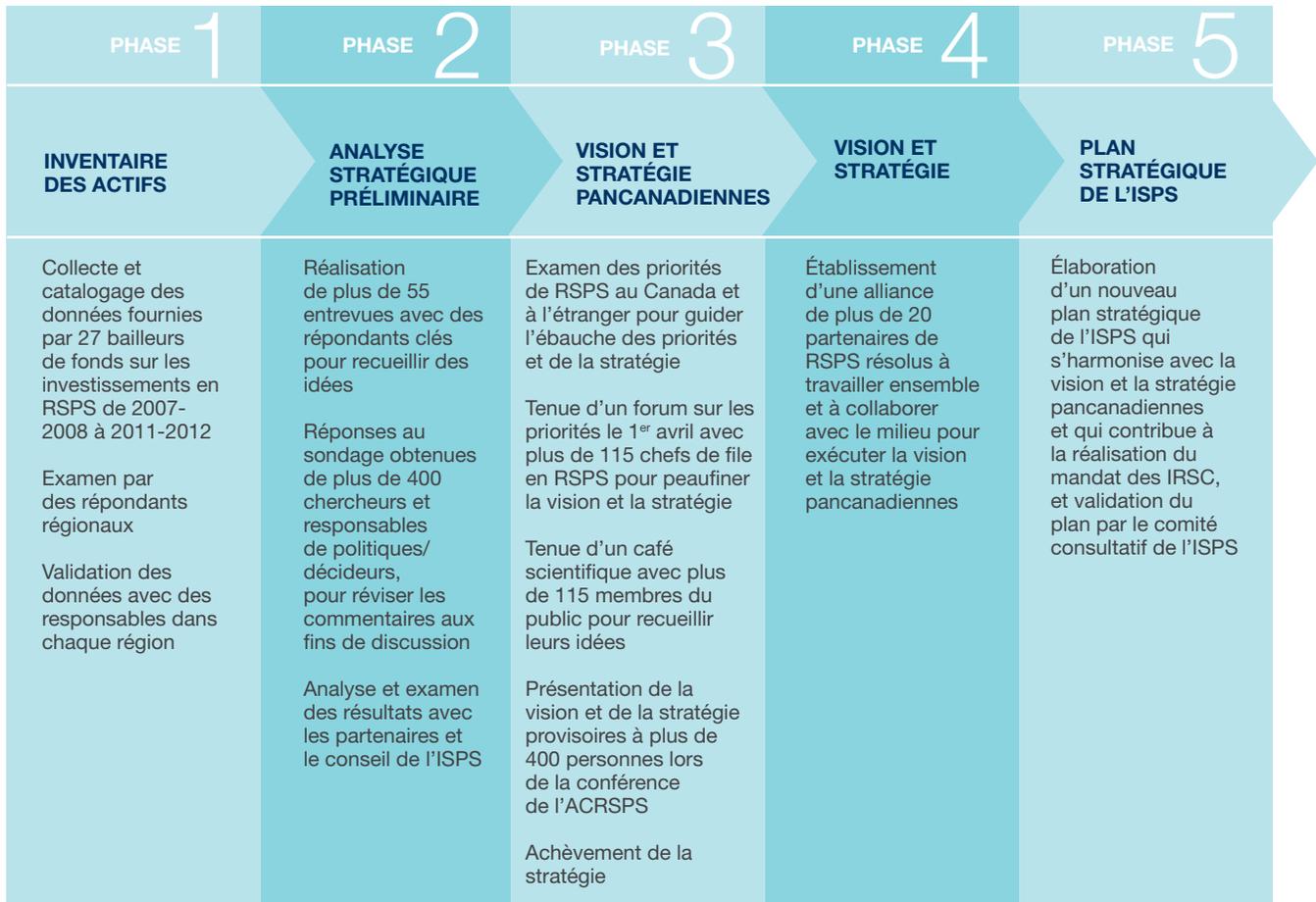
Nous aimerions également remercier le Dr Terrence Sullivan pour son soutien exceptionnel et tous les organismes (plus de 25) qui ont collaboré pour créer la vision et la stratégie pancanadiennes de la recherche sur les services et les politiques de santé. Cette vision et cette stratégie ont fourni des données précieuses pour le processus de planification stratégique de notre institut et se sont étroitement harmonisées avec le plan qui a été créé.

## 9. Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, Ottawa, 2013.
2. OECD.Stat. Health expenditure and financing. [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH\\_STAT&Lang=fr](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT&Lang=fr) (Accédé le 30 juillet, 2015).
3. Schoen, C., R. Osborn, D. Squires et M. M. Doty. « Access, Affordability, and Insurance Complexity Are Often Worse in the United States Compared to Ten Other Countries », *Health Affairs*, vol. 32, n° 12, 2013, p. 2205-2215.
4. Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer. *Stratégie pancanadienne de recherche sur le cancer : Un plan de collaboration entre les bailleurs de fonds de la recherche sur le cancer au Canada*, 2010.
5. Klein, D. J., A. D. Brown, T. M. Huynh et coll. *Dépenses en immobilisations dans les services de santé : une occasion manquée d'amélioration?*, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2013.
6. Health Services Research Europe. *Health services research: helping tackle Europe's health care challenges* (dossier de politique), 2011.
7. Organisation mondiale de la santé. *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013*, 2013.
8. Organisation mondiale de la santé. « Scaling up health services: challenges and choices », *WHO Technical Brief No.3.*, 12 juin 2008.
9. Institut des services et des politiques de la santé des IRSC en collaboration avec Terrence Sullivan et associés. *Recherche sur les services et les politiques de la santé : Vision et stratégie pour l'ensemble du Canada 2014-2019*, 2015.
10. Instituts de recherche en santé du Canada. *Feuille de route pour la recherche : exploiter l'innovation au profit de la santé des Canadiens et de l'amélioration des soins*, 2015. En ligne : [www.cihr-irsc.gc.ca/f/48964.html](http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/48964.html).
11. Gawande, A. *Better: A surgeon's notes on performance*, Picador, 2007.
12. Committee on the Learning Health Care System in America, Institute of Medicine, Smith, M., R. Saunders, L. Stuckhardt et coll. *Best care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America*. Washington, National Academies Press, 2013.
13. James, B. C., L. A. Savitz. « How Intermountain Trimmed Health Care Costs Through Robust Quality Improvement Efforts », *Health Affairs*, vol. 30, n° 6, 2011, p. 1185-1191.
14. Backus, L. I., S. Gavrillov, T. P. Loomis et coll. « Clinical Case Registries: Simultaneous Local and National Disease Registries for Population Quality Management », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 16, n° 6, 2009, p. 775-783.
15. Gooch, K., D. A. Marshall, P. D. Faris et coll. « Comparative effectiveness of alternative clinical pathways for primary hip and knee joint replacement patients: a pragmatic randomized, controlled trial », *Osteoarthritis and Cartilage*, vol. 20, n° 10, 2012, p. 1086-1094.
16. Graham, I. D., J. Logan, M. B. Harrison et coll. « Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 26, n° 1, 2006, p. 13-24.
17. McLean, R., et W. Tucker. *Évaluation du programme de financement de l'application des connaissances des IRSC* (rapport d'évaluation), Instituts de recherche en santé du Canada, 2013.
18. Bahagon, Y., et O. Jacobson. « e-Health, m-Health and healthier social media reform: the big scale view », *International Journal of Integrated Care*, International Congress on Telehealth and Telecare, Londres (Royaume-Uni), 2012.
19. Elbert, N. J., H. van Os-Medendorp, W. van Renselaar et coll. « Effectiveness and Cost-Effectiveness of eHealth Interventions in Somatic Diseases: A Systematic Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 16, n° 4, 2014, p. e110.
20. Viergever, R. *Health research prioritization at WHO : An overview of methodology and high level analysis of WHO led health research priority setting exercises*, révisé par R. Terry et M. P. Matsoso, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.

21. Schoen, C., R. Osborn, D. Squires et coll. « A survey of Primary Care Doctors in Ten Countries Shows Progress in Use of Health Information Technology, Less in Other Areas », *Health Affairs*, vol. 31, n° 12, 2012, p. 2805-2816.
22. Conseil ontarien de l'innovation en santé. *Le catalyseur : vers une stratégie ontarienne pour l'innovation en santé*, 2014.
23. Instituts de recherche en santé du Canada. *Aperçu de la médecine personnalisée*, 2013.
24. Brownstein, J. S., C. C. Freifeld et L. C. Madoff. « Digital Disease Detection – Harnessing the Web for Public Health Surveillance », *New England Journal of Medicine*, vol. 360, n° 21, 2009, p. 2153-2157.
25. Quach, S., J. S. Hamid, J. A. Pereira et coll. « Influenza vaccination coverage across ethnic groups in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 184, n° 15, 2012, p. 1673-1681.
26. Mendez, I., M. Jong, D. Keays-White et G. Turner. « The use of remote presence for health care delivery in a northern Inuit community: a feasibility study », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 72, 2013.
27. Jong, M., et M. Kraishi. « A comparative study on the utility of telehealth in the provision of rheumatology services to rural and northern communities », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 63, n° 4, 2004, p. 415-421.
28. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé. *Best Practices in Home Care for Seniors: Synthesis Report from the 2014 International Forum*, Colombie-Britannique, 2014.
29. Ministère des Finances Canada. « Chapitre 1 – Le défi démographique », *Répercussions économiques et budgétaires du vieillissement de la population canadienne*, 2012.
30. Barnett, K., S. W. Mercer, M. Norbury, G. Watt, S. Wyke et B. Guthrie. « Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study », *The Lancet*, vol. 380, n° 9836, 2012, p. 37-43.
31. Park, G., D. Miller, G. Tien, I. Sheppard et M. Bernard. « Supporting frail seniors through a family physician and Home Health integrated care model in Fraser Health », *International Journal of Integrated Care*, vol. 14, 2014, p. e001.
32. Ville de Surrey. *Innovation Boulevard*, Surrey (Colombie-Britannique), 2014.
33. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Transformation du système de soins de santé : Les maillons santé communautaires fournissent des soins coordonnés, efficaces et efficaces aux aînés et aux personnes ayant des besoins complexes*, 2015.
34. Torchia, M., A. Calabro et M. Morner. « Public-Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the littérature », *Public Management Review*, vol. 17, n° 2, 2015, p. 236-261.
35. Palmer, K. S., T. Agoritsas, D. Martin et coll. « Activity-Based Funding of Hospitals and Its Impact on Mortality, Readmission, Discharge Destination, Severity of Illness, and Volume of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis », *PLOS ONE*, vol. 9, n° 10, 2014, p. e109975.
36. Houle, S. K., F. A. McAlister, C. A. Jackevicius, A. W. Chuck et R. T. Tsuyuki. « Does Performance-Based Remuneration for Individual Health Care Practitioners Affect Patient Care?: A Systematic Review », *Annals of Internal Medicine*, vol. 157, n° 12, 2012, p. 889-899.

## Annexe 1 : Méthodologie de planification stratégique



## Annexe 2 : Organismes ayant collaboré à l'initiative de vision et de stratégie pancanadiennes de l'ISPS

### NOM DE L'ORGANISME

- Instituts de recherche en santé du Canada
- Fondation canadienne pour l'innovation
- Chaires de recherche du Canada
- Réseaux de centres d'excellence du Canada
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (anciennement la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé)
- Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein

### Partenaires de la NAPHRO

- Alberta Innovates Health Solutions
- Fonds de recherche du Québec – Santé
- Conseil manitobain de la recherche en santé
- Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé – C.-B.
- Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick
- Centre de recherche en santé appliquée de Terre-Neuve-et-Labrador
- Fondation de la recherche en santé de la Nouvelle-Écosse
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Fondation de la recherche en santé de la Saskatchewan (FRSS)

### Organismes de bienfaisance

- Fondation des maladies du cœur du Canada
- Association canadienne du diabète
- Société Alzheimer du Canada
- Société Parkinson Canada
- Société de l'arthrite
- Fibrose kystique Canada
- Groupe d'oncologie pédiatrique de l'Ontario

### Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC)

- Société canadienne du cancer
- Fondation du cancer de l'Alberta
- Fondation canadienne du cancer du sein
- Action Cancer Ontario
- Institut ontarien de recherche sur le cancer

### Annexe 3 : Organismes partenaires de l'initiative Renouveau des soins de santé fondé sur des données probantes (RSSDP)

1. Alberta Innovates – Health Solutions
2. Association canadienne des institutions de santé universitaires
3. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
4. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
5. Association canadienne des soins de santé
6. Institut canadien d'information sur la santé
7. Instituts de recherche en santé du Canada
8. Association médicale canadienne
9. Association des infirmières et infirmiers du Canada
10. Institut canadien pour la sécurité des patients
11. Santé Canada
12. Conseil canadien de la santé
13. Institut de l'économie de la santé
14. Santé Manitoba
15. Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé
16. Centre de recherche en santé appliquée de Terre-Neuve-et-Labrador
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest
18. Ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse
19. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

### Annexe 4 : Organismes de la table ronde

1. Alberta Innovates – Health Solutions
2. Ministère de la Santé de l'Alberta
3. Association canadienne des institutions de santé universitaires
4. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
5. Institut C.D. Howe
6. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
7. Académie canadienne des sciences de la santé
8. Conseil canadien des chefs d'entreprise
9. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
10. Association canadienne des soins de santé
11. Institut canadien d'information sur la santé
12. Instituts de recherche en santé du Canada
13. Association médicale canadienne
14. Association des infirmières et infirmiers du Canada
15. Institut canadien pour la sécurité des patients
16. Conference Board du Canada
17. Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS)
18. Groupe d'intervention action santé
19. Santé Canada
20. Conseil canadien de la santé
21. Institut de l'économie de la santé
22. Institute for Health System Transformation and Sustainability
23. Conseil manitobain de la recherche en santé
24. Ministère de la Santé du Manitoba
25. Commission de la santé mentale du Canada
26. Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé
27. Ministère de la Santé et des Services sociaux
28. Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick
29. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
30. Centre de recherche en santé appliquée de Terre-Neuve-et-Labrador
31. Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve
32. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest
33. Fondation de la recherche en santé de la Nouvelle-Écosse
34. Ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse
35. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut
36. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
37. Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Île-du-Prince-Édouard
38. Fondation de la recherche en santé de la Saskatchewan
39. Ministère de la Santé de la Saskatchewan
40. Fondation Trudeau
41. Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon



**IRSC CIHR**

Instituts de recherche en santé du Canada Canadian Institutes of Health Research

**Institut des services et des politiques  
de la santé des IRSC**

3666, rue McTavish  
Montréal (Québec) H3A 1Y2 Canada  
[www.cihr-irsc.gc.ca/f/13733.html](http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/13733.html)

**Instituts de recherche en santé du Canada**

160, rue Elgin, 9e étage  
Indice de l'adresse 4809A  
Ottawa (Ontario) K1A 0W9 Canada  
[www.irsc-cihr.gc.ca](http://www.irsc-cihr.gc.ca)