



DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION

Résumé du dialogue :
Mesurer l'efficacité du système de santé au Canada

7 novembre 2011

McMaster Health Forum

Pour les citoyens intéressés, de même que les penseurs et les acteurs influents, le McMaster Health Forum s'efforce de jouer un rôle de pivot de l'amélioration des résultats de santé grâce à la résolution collective des problèmes. En agissant au niveau régional/provincial et au niveau national, le Forum met en valeur l'information, réunit les parties prenantes et prépare les dirigeants prêts à mettre en œuvre des actions pour surmonter de façon créative les problèmes de santé urgents. Le Forum agit comme un agent de changement en donnant aux parties prenantes la possibilité d'influencer les agendas gouvernementaux, de mettre en œuvre des mesures mûrement réfléchies et de communiquer efficacement les raisons sous-jacentes à ces mesures.

Auteur

John N. Lavis, MD, PhD, directeur, McMaster Health Forum, et professeur, McMaster University

Financement

La synthèse d'information et le résumé du dialogue avec les parties prenantes ont été financés par l'Institut canadien d'information sur la santé. Le McMaster Health Forum reçoit un soutien financier et non financier de la part de McMaster University. Les points de vue exprimés dans le résumé du dialogue sont ceux des participants (tels que compris par l'auteur du résumé) et ne représentent pas nécessairement les points de vue du bailleur de fonds ou du Forum.

Conflit d'intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun intérêt professionnel ou commercial en lien avec le résumé du dialogue. Le bailleur de fonds a passé en revue une version préliminaire du résumé du dialogue, mais l'auteur avait le dernier mot quant au contenu du résumé du dialogue.

Remerciements

L'auteur souhaite remercier Ileana Ciurea et le personnel du McMaster Health Forum de leur précieuse aide dans l'organisation du dialogue avec les parties prenantes. La traduction a été rendue possible grâce à l'Institut canadien d'information sur la santé. La traduction a été révisée par François-Pierre Gauvin du McMaster Health Forum.

Référence

Lavis JN. Résumé du dialogue : Mesurer l'efficacité du système de santé au Canada. Hamilton, Canada, McMaster Health Forum, 7 novembre 2011.

Dialogue

Le dialogue avec les parties prenantes portant sur la mesure de l'efficacité du système de santé au Canada a eu lieu le 7 novembre 2011, au McMaster Health Forum, à Hamilton (Ontario), Canada.

Numéros d'enregistrement des publications :

ISSN 1929-7947 (imprimé)
ISSN 1929-7955 (en ligne)

Table des matières

RÉSUMÉ DU DIALOGUE.....5

RÉSUMÉS DES QUATRE DÉLIBÉRATIONS.....6

 DÉLIBÉRATION AU SUJET DU PROBLÈME.....6

 DÉLIBÉRATION AU SUJET DES ÉLÉMENTS D’UN MODÈLE D’EFFICIENCE
DU SYSTÈME DE SANTÉ.....8

 Élément 1 – Établir un objectif clair pour le système de santé8

 Élément 2 – Établir des limites claires pour le système de santé9

 Élément 3 – Choisir la méthodologie appropriée et recueillir des données pertinentes pour
mesurer l’efficacité 10

 Examen de l’ensemble des éléments du modèle 11

 DÉLIBÉRATION SUR LES IMPLICATIONS DE MISE EN ŒUVRE D’UN
MODÈLE D’EFFICIENCE 12

 DÉLIBÉRATION AU SUJET DES PROCHAINES ÉTAPES POUR MESURER
L’EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU CANADA 13

RÉSUMÉ DU DIALOGUE

La plupart des participants au dialogue avec les parties prenantes (« le dialogue ») ont accordé une grande valeur aux efforts visant à mesurer l'efficacité du système de santé au Canada, en soulignant qu'une telle mesure pourrait être utilisée pour : 1) apporter un complément aux efforts axés sur les services, les programmes et les institutions au niveau « micro » afin d'établir les possibilités de gains en efficacité; 2) stimuler les discussions intraprovinciales, interprovinciales, intraterritoriales et interterritoriales, ainsi que l'apprentissage entourant la question des points de repère auxquels les systèmes de santé doivent aspirer et des facteurs du système; et 3) rectifier de nombreuses comparaisons internationales qui décrivent le système de santé canadien comme un système unique et monolithique, et non comme un ensemble de systèmes de santé provinciaux et territoriaux distincts, chacun possédant des sous-ensembles et des régions ou des autorités régionales de la santé semi-autonomes. La plupart des participants au dialogue se sont dits d'accord avec la description des difficultés liées à une mesure de l'efficacité du système de santé : 1) les opinions divergentes au sujet de l'objectif du système de santé; 2) les opinions divergentes et les variantes interprovinciales au sujet des limites du système; et 3) les difficultés liées aux données et les désaccords au sujet de la méthodologie requise pour mesurer l'efficacité du système de santé.

La plupart des participants au dialogue ont soutenu un processus itératif d'élaboration d'une mesure (et de mesures ultérieures) de l'efficacité du système de santé, et ce, dans un avenir rapproché, ce qui signifie : 1) prioriser l'amélioration du rendement du système en tant qu'objectif (et, donc, des mesures liées aux extrants, comme le nombre d'années potentielles de vie perdues); 2) prioriser les dépenses de santé ou la valeur en dollars des ressources utilisées dans le système comme principal intrant; et 3) déléguer les décisions relatives à des méthodologies ou à des approches particulières en matière de collecte de données à des experts techniques qui doivent être guidés par un certain nombre de principes, dont ceux-ci : a) les méthodologies doivent convenir à toutes les régions; b) la collecte des données au niveau régional, là où se trouvent les principales lacunes, ne doit pas se faire au détriment de la prestation des services; et c) le processus itératif consistant à élaborer une ou des mesures de l'efficacité du système de santé et à démontrer leurs utilisations potentielles ne doit pas être ralenti ou interrompu pendant la collecte de « données parfaites ».

La plupart des participants ont appuyé l'idée selon laquelle l'Institut canadien d'information sur la santé devra accélérer son travail sur la mesure de l'efficacité du système de santé, après avoir reçu les commentaires résultant du dialogue. Ce faisant, ils ont confirmé l'adoption d'une approche itérative, puis l'utilisation des leçons apprises. Certains participants ont plaidé en faveur de l'adoption d'une vision sur une période de dix ans en vue de l'élaboration de nombreux modèles visant à stimuler le discours public sur les différents aspects de l'efficacité du système de santé. D'autres participants au dialogue ont souligné que beaucoup de travail reste à faire avant que nous puissions disposer d'exemples concrets de types de problèmes qui pourraient être résolus par une mesure de l'efficacité du système de santé, ainsi que de types de répercussions qui pourraient résulter de débats plus larges sur les constatations relatives à l'efficacité du système de santé.

RÉSUMÉS DES QUATRE DÉLIBÉRATIONS

DÉLIBÉRATION AU SUJET DU PROBLÈME

La plupart des participants au dialogue ont accordé une grande valeur aux efforts visant à mesurer l'efficacité du système de santé au Canada, en soulignant qu'une telle mesure pourrait être utilisée pour :

- 1) apporter un complément aux efforts axés sur les services, les programmes et les institutions au niveau « micro » afin d'établir les possibilités de gains en efficacité (p. ex. en adoptant les pratiques « frugales » utilisées dans d'autres systèmes de santé);
- 2) stimuler les discussions intraprovinciales, interprovinciales, intraterritoriales et interterritoriales, ainsi que l'apprentissage entourant la question des points de repère auxquels les systèmes de santé doivent aspirer (même si les processus qu'ils adoptent pour atteindre de telles balises semblent très différents) et au sujet des facteurs du système (p. ex. le pourcentage des fonds dépensés pour les soins primaires, les grands utilisateurs de soins de santé, les soins en fin de vie ou les coûts indirects, le mécanisme de rémunération utilisé dans le secteur des soins primaires, les écarts dans les coûts et la géographie), ou à la fois les points de repère et les facteurs du système (p. ex. y a-t-il un niveau de dépenses au-delà duquel peu d'économies sont réalisées?) et dans des régions en particulier (p. ex. des régions rurales éloignées); et
- 3) rectifier de nombreuses comparaisons internationales qui décrivent le système de santé canadien comme un système unique et monolithique, et non comme un ensemble de systèmes de santé provinciaux et territoriaux distincts.

Un autre participant a mentionné que les parties prenantes demandent une mesure de l'efficacité du système de santé depuis un certain temps déjà.

Plusieurs participants ont souhaité faire des mises en garde si les efforts visant à mesurer l'efficacité du système de santé étaient utilisés pour :

- 1) les décisions liées au financement au niveau fédéral, provincial ou territorial (du moins sans en faire un objectif explicite des efforts dès le départ); et
- 2) le classement des provinces et des régions d'une manière qui conduit à dévaloriser les efforts déployés par les provinces et les régions qui sont arrivées au bas de l'échelle (ce qui pourrait signifier soit fournir des rapports confidentiels aux individus occupant des postes de leadership dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux, soit les préparer en vue d'une couverture médiatique à venir,

Encadré 1 : Contexte du dialogue avec les parties prenantes

Le dialogue avec les parties prenantes devait appuyer une discussion complète sur les facteurs pertinents (y compris les données de recherche) relatifs à un enjeu hautement prioritaire afin d'éclairer l'action. Les caractéristiques clés du dialogue étaient les suivantes :

- 1) il portait sur un enjeu auquel le Canada fait face actuellement;
- 2) il mettait l'accent sur différentes caractéristiques du problème, notamment (lorsque possible) la manière dont celui-ci affecte des groupes particuliers;
- 3) il portait sur trois éléments d'une approche (parmi de nombreux éléments) pour faire face à cet enjeu de politique publique;
- 4) il était éclairé par une synthèse d'information qui a été préalablement transmise aux participants, et celle-ci faisait état de données de recherches locales et internationales sur le problème, les trois éléments d'une approche globale pour faire face au problème et les implications liées à la mise en œuvre de ces éléments;
- 5) il était éclairé par une discussion sur l'ensemble des facteurs permettant de cerner le problème et les éléments d'une approche pour le résoudre;
- 6) il a réuni de nombreux acteurs pouvant être impliqués ou touchés par les décisions futures liées à l'enjeu;
- 7) il a assuré une représentation équitable des décideurs, des parties prenantes et des chercheurs;
- 8) il a fait appel à un facilitateur dont le rôle était de guider les délibérations;
- 9) il a permis de tenir des délibérations franches et confidentielles en suivant la règle de Chatham House : « Les participants sont libres d'utiliser les informations collectées à cette occasion, mais ils ne doivent révéler ni l'identité, ni l'affiliation des personnes à l'origine de ces informations, de même qu'ils ne doivent pas révéler l'identité des autres participants »; et
- 10) il ne visait pas l'atteinte d'un consensus.

Les opinions et les expériences des participants, de même que leurs connaissances tacites, ont permis de nourrir le dialogue. Le dialogue a été conçu pour susciter des réflexions uniques – réflexions qui ne sont possibles que lorsque toutes les personnes impliquées dans la prise de décisions sur un problème, ou affectées par ces décisions, peuvent collaborer. Il a également été conçu pour encourager les participants à agir pour résoudre le problème, mais aussi pour influencer d'autres personnes, notamment ceux qui prendront connaissance du résumé du dialogue et des entrevues vidéo avec les participants du dialogue.

comme ce fut le cas lors de la publication des données sur les ratios standardisés de mortalité).

Un petit nombre de participants ont remis en question la nécessité de mesurer l'efficacité du système de santé au niveau national. Un participant, qui a constaté pendant des années que les décideurs utilisent rarement les évaluations, s'est dit particulièrement sceptique en ce qui concerne la mesure de l'efficacité du système de santé. En réaction à cette affirmation, un participant a souligné que la plupart des politiciens veulent faire de leur mieux, mais qu'ils ont besoin d'aide. Un autre a dit que, même si les politiciens n'utilisent pas les évaluations, les personnes qui relèvent d'eux et celles qui cherchent à les influencer les utilisent. Un autre participant a ajouté que ce que les politiciens veulent vraiment, c'est une mesure de la confiance du public à l'égard du système de santé, et non une mesure de son efficacité. Un participant a mentionné qu'une mesure de l'efficacité du système de santé aurait une grande influence sur les politiciens. Un participant a plaidé en faveur de mesures de qualité en tant que prochaine grande priorité (devant la ou les mesures de l'efficacité du système de santé). Un autre participant a mentionné que les véritables gains en efficacité ont beaucoup plus de chances de se produire au niveau « micro », en référence au niveau des services et des programmes, où des questions très particulières peuvent être posées au sujet du meilleur modèle de prestation de services ou de programmes, et à la manière dont ceux et celles qui n'utilisent pas ce modèle sont incités à le faire en regard des individus, de l'organisation et du système. Le même participant a ajouté que les gains en efficacité dans l'ensemble du système ont plus de chances de provenir des gains en efficacité au niveau micro que des mesures réalisées au niveau macro. Un autre participant a souligné que, puisqu'on ne retrouve pas des conseils de la qualité des services dans toutes les provinces et les trois territoires, la poursuite de gains en efficacité au niveau micro ne se produit pas partout à l'heure actuelle. Un participant a mentionné que la difficulté liée au regroupement des évaluations effectuées au niveau micro est telle que nous ne pouvons jamais avoir des débats aux niveaux fédéral et provincial ou territorial sur la manière dont nos systèmes fonctionnent, à moins que nous complétions lesdites évaluations au niveau micro avec une évaluation au niveau macro, comme celle dont il est question dans le présent dialogue.

Après avoir pris part à la discussion sur le niveau micro par opposition au niveau macro, ou entendu ce que certains avaient à dire à ce sujet, la plupart des participants au dialogue ont insisté fortement sur l'importance d'avoir les deux types de mesures. Comme l'a souligné un participant, une mesure de l'efficacité du système de santé au niveau macro n'est pas le seul outil dans le coffre à outils, mais elle doit y être. Ce participant a souligné l'importance de se poser des questions comme celle-ci : « Pourquoi la Colombie-Britannique a-t-elle de bonnes statistiques, c'est-à-dire de bons indicateurs des résultats en matière de santé, mais des dépenses de santé peu élevées? ». Un participant a affirmé qu'il existe un besoin pour un discours public documenté par une mesure de l'efficacité du niveau macro (qui influera sur les décisions politiques de haut niveau au sujet des orientations générales des systèmes de santé et qui suscitera la réflexion parmi les décideurs quant à savoir si des changements sont nécessaires dans le contexte de la prestation) et pour un discours des professionnels documenté par un éventail de mesures de l'efficacité du niveau micro (qui influera sur les décisions relatives aux services, aux programmes et aux institutions). Un autre participant a mentionné que, les systèmes de santé représentant un pourcentage élevé des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux, la recherche de l'efficacité est hautement prioritaire et que les deux types de discours seront nécessaires pour s'assurer que des ressources sont consacrées aux autres secteurs. Un participant a souligné que de nombreux décideurs et de nombreuses équipes se rendent dans d'autres pays pour étudier leurs systèmes de santé, tout simplement parce que nous ne disposons pas de mesures qui leur permettraient de reconnaître les composantes des systèmes de santé affichant un rendement élevé au Canada, où des leçons importantes pourraient être apprises.

Un participant s'est demandé s'il ne valait pas mieux mettre l'accent sur la qualité plutôt que sur l'efficacité, en soulignant qu'on peut fort bien faire les choses de manière efficace, mais ne pas faire nécessairement les bonnes choses. Ce participant a posé la question suivante : « L'accent ne devrait-il pas être mis sur les soins primaires, les soins hospitaliers, les soins dans les maisons de soins infirmiers, les soins à domicile, les soins communautaires, etc. plutôt que sur l'efficacité? ». Un autre participant a mentionné ceci : 1) la qualité peut être perçue comme une composante de la plupart des modèles d'efficacité des systèmes de santé (comme c'est le cas ici), comme un intérêt pour un ensemble complémentaire d'indicateurs ou comme un concept à

l'intérieur duquel l'efficacité est nichée; et 2) la synthèse d'information et le dialogue sont orientés sur l'efficacité du système de santé pris dans son ensemble, et non pas sur ses composantes.

La plupart des participants au dialogue se sont dits en accord avec la description des difficultés liées à la mesure de l'efficacité du système de santé, contenue dans la synthèse d'information :

- 1) les opinions divergentes au sujet de l'objectif du système de santé;
- 2) les opinions divergentes et les variantes interprovinciales au sujet des limites du système; et
- 3) les difficultés liées aux données et les désaccords au sujet de la méthodologie requise pour mesurer l'efficacité du système de santé.

Les opinions des participants au dialogue au sujet de la meilleure façon de surmonter ces difficultés sont présentées à la section suivante.

DÉLIBÉRATION AU SUJET DES ÉLÉMENTS D'UN MODÈLE D'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les participants ont discuté des éléments clés d'un modèle d'efficacité du système de santé en se posant les questions suivantes :

- quel est l'objectif du système de santé?
- quelles sont les limites pour le système de santé?
- quelles sont les méthodologies et les données requises?

Élément 1 – Établir un objectif clair pour le système de santé

Tous les participants au dialogue, sauf un, se sont dits d'accord avec l'idée selon laquelle il est important d'établir l'amélioration du rendement du système de santé en tant qu'objectif (ainsi que les mesures liées aux extrants, comme les années potentielles de vie perdues) dans tout processus itératif visant à élaborer une mesure (et des mesures ultérieures) de l'efficacité du système de santé. Comme un participant l'a souligné, « nous devons nous attaquer d'abord au rendement », qu'un autre participant a défini comme la manière dont nous répondons aux besoins en matière de soins de santé. Un participant a mentionné que, alors que nous avons des débats interminables quant à savoir si nous sommes dans le secteur de la prestation des soins de santé ou dans le secteur de la santé, en dernier ressort, les systèmes de santé sont jugés en bonne partie par les citoyens en fonction de leur capacité de fournir un accès à des traitements efficaces au moment opportun. Un autre participant a souligné qu'un accent mis sur le rendement du système de santé est également compatible avec le fait que les ministres provinciaux et territoriaux responsables de la santé se perçoivent de plus en plus comme les gardiens de leur propre système de santé respectif et que, pour cette raison, il y a un auditoire naturel disposé à considérer une mesure de l'efficacité axée sur l'amélioration du rendement. En s'inspirant du contenu de la synthèse d'information, certains participants ont affirmé que l'établissement de l'amélioration du rendement du système de santé en tant qu'objectif peut être axé sur des diagnostics qui conduisent à des soins de santé, tout en répondant aux besoins des individus qui définissent leurs attentes à l'égard du système de santé après avoir reçu le diagnostic d'une maladie ou d'une affection particulière. Un participant a mis en garde le groupe quant à l'utilisation du terme « diagnostic » parce qu'il sous-tend l'idée selon laquelle les services de prévention ne contribuent pas à la réalisation de cet objectif. Divers participants ont aussi mentionné que la mesure généralement utilisée dans le cadre de l'objectif, soit le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP), est axée seulement sur la mortalité, et non pas sur la mortalité et l'incapacité. Néanmoins, une telle lacune n'a pas dissuadé le groupe de prioriser l'amélioration du rendement en tant que principal objectif visant à mesurer l'efficacité du système de santé.

Tout en reconnaissant l'importance d'avoir de nombreuses mesures de l'efficacité du système de santé afin de résoudre différents types de problèmes, certains participants ont affirmé qu'un accent complémentaire mis sur la maximisation de l'état de santé moyen de la population en tant qu'objectif (ainsi que l'espérance de vie

ajustée en fonction de l'incapacité comme mesure liée aux extrants) pourrait être utile, lorsque des progrès auront été accomplis dans l'utilisation du rendement amélioré du système de santé en tant que premier objectif. Un participant a plaidé en faveur de l'établissement de la maximisation de l'état de santé moyen de la population en tant qu'objectif, tout en admettant par ailleurs que la mesure d'un tel objectif tend à attribuer la mortalité et l'incapacité à un échec du système de santé, en référence au fait que ce type de mesure est susceptible d'orienter la discussion sur des problèmes plus larges, comme les déterminants de la santé. Un autre participant a mentionné qu'une combinaison de la maximisation de l'état de santé moyen de la population et de la réduction des inégalités serait idéale, en ce sens qu'elle favoriserait un débat public plus large sur la nécessité de considérer « en amont » les déterminants sociaux de la santé et d'encourager plus d'activités interministérielles et intergouvernementales. Toutefois, le même participant a ajouté que nous nous penchons sur les déterminants de la santé depuis un certain temps déjà et que les gens se sont habitués à entendre ce discours, mais que les données ne semblent pas se rendre jusqu'au système. Il en a profité pour dire que nous ne vivons pas dans un monde idéal, étant donné la conjoncture économique (et compte tenu de l'état pitoyable de certains systèmes de santé européens) et que, pour cette raison, il convient d'établir l'amélioration du rendement du système de santé comme le premier objectif, du moins dans l'immédiat. Un autre participant a mentionné que des sous-questions (comme « Dans quelle mesure les grands utilisateurs des soins de santé contribuent-ils à l'inefficacité du système? ») accorderaient une attention appropriée au logement et aux autres déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire aux facteurs extérieurs au système de santé qui contribuent à l'utilisation des soins de santé en grande quantité.

Élément 2 – Établir des limites claires pour le système de santé

La plupart des participants au dialogue ont soutenu que les dépenses de santé (ou la valeur en dollars des ressources utilisées) doivent constituer le principal intrant. Un participant a mentionné que le choix des dépenses de santé en tant que principal intrant ouvre la voie à un débat autour de questions comme celle-ci : « Les Canadiens veulent-ils des formes de traitements agressifs dans les trois derniers mois de vie, alors que de tels traitements représentent un pourcentage élevé des dépenses de santé totales? ». Un autre participant a orienté son commentaire sur le fait que l'utilisation des dépenses de santé comme principal intrant favorise une plus grande souplesse et une perspective davantage tournée vers l'avenir, puisque de nouveaux types ou de nouvelles configurations de fournisseurs de soins de santé pourraient voir le jour et être facilement pris en compte à même les dépenses. Certains participants ont plaidé en faveur d'une interprétation plus large des types de dépenses de santé devant être inclus. Par exemple, des participants ont insisté sur l'importance d'inclure les dépenses associées à la prévention des maladies et à la promotion de la santé. Cependant, un participant a soutenu l'inclusion des coûts de substitution associés au temps fourni par les soignants. Un participant a réagi à cette suggestion en affirmant que le temps fourni par les soignants ne constitue pas un facteur sur lequel les décideurs à l'intérieur du système de santé exercent un contrôle.

Un participant s'est dit en désaccord avec l'idée d'utiliser les dépenses de santé en tant que principal intrant parce qu'elles ne fournissent pas la particularité requise pour aider les décideurs à prendre des décisions relatives aux intrants physiques dénombrables ou liés aux immobilisations et aux intrants liés à la main-d'œuvre dont ils ont le plus ou le moins besoin. Il a ajouté ce sont les renseignements les plus pointus utilisés dans le secteur de l'éducation qui ont suscité les débats dont ce dernier avait le plus besoin. Deux participants ont accepté l'idée de l'utilisation des dépenses de santé en tant que principal intrant, mais en apportant des réserves. Le premier a mentionné que, si la décision d'aller de l'avant avec les intrants physiques dénombrables et les intrants liés à la main-d'œuvre était prise, alors il faudrait accorder une plus grande attention aux intrants technologiques. L'autre participant s'est dit inquiet en affirmant que l'utilisation des dépenses de santé en tant que principal intrant pourrait créer des difficultés liées à la comparabilité des données (par exemple, les organismes de soins communautaires seraient considérés comme faisant partie du système de santé au Québec, mais peut-être pas dans d'autres ressorts territoriaux) et aux messages transmis au public (par exemple, les salaires des médecins échappent au contrôle des décideurs régionaux et sont difficiles à ajuster au niveau provincial ou territorial). Un troisième participant a souligné la complexité associée aux transferts de

patients d'un ressort territorial à un autre (par exemple, des transferts depuis des régions rurales et éloignées vers d'autres régions, provinces ou territoires).

Des participants au dialogue ont estimé qu'il est difficile d'établir les contraintes propres au milieu dans lequel le système doit fonctionner, c'est-à-dire les facteurs qui échappent au contrôle des décideurs à l'intérieur du système. Par exemple, un participant s'est demandé si le pourcentage de nouveaux immigrants doit être considéré comme une caractéristique « non contrôlable » des citoyens servis ou plutôt comme une caractéristique du milieu externe. Un autre participant s'est posé la même question au sujet d'un indice de privation (bien que les données relatives à cet indice ne soient pas recueillies au Canada). Un participant s'est demandé si la qualité des routes à certains moments de l'année devait être considérée comme une caractéristique du milieu externe, étant donné les répercussions qu'elle a sur l'utilisation des soins de santé. Un autre participant a soutenu que la qualité des ressources utilisées (comme le capital social, y compris les hôpitaux) est un facteur sur lequel les décideurs à l'intérieur du système exercent un contrôle au fil du temps. Selon un autre participant, les gouvernements provinciaux et territoriaux exercent un contrôle plus important sur la qualité des ressources utilisées que les régions ou les autorités régionales de la santé.

Un participant s'est demandé si un contrôle statistique d'une mesure de l'efficacité de certains de ces facteurs (comme le pourcentage de la population ayant un statut de Premières nations) « ne repousse pas le problème en réalité », dans la mesure où l'efficacité est « ce qui reste », une fois qu'on a contrôlé les nombreux facteurs auxquels un système doit réagir, même si ce dernier ne peut pas tous les contrôler par lui-même (p. ex. le statut socioéconomique et la géographie). Cependant, le même participant a également fait référence à d'autres facteurs parmi les citoyens servis, plus exactement à des paramètres casuistiques tels que les comportements en matière de santé et la gravité des maladies. Il a aussi abordé la question des choix délibérés au sujet des services à offrir et des pratiques exemplaires à adopter – des facteurs sur lesquels, de toute évidence, selon un autre participant, les décideurs à l'intérieur du système de santé exercent un contrôle.

Élément 3 – Choisir la méthodologie appropriée et recueillir des données pertinentes pour mesurer l'efficacité

Les participants au dialogue ne se sont pas prononcés fortement en accord ou en désaccord avec l'adoption de méthodologies ou d'approches particulières en matière de collecte de données. Ils ont plutôt choisi de mettre de l'avant certains principes : 1) les méthodologies doivent convenir à toutes les régions (p. ex. les populations de certaines régions rurales et éloignées ne sont pas assez imposantes pour qu'on puisse tirer des conclusions raisonnables, et les conclusions auxquelles on arrive sont parfois compliquées en raison des transferts de patients d'un ressort territorial à un autre); 2) la collecte des données au niveau régional, là où se trouvent les principales lacunes, ne doit pas se faire au détriment de la prestation des services (comme un participant l'a souligné, « nous dépensons parfois beaucoup d'argent pour obtenir des données inutilisables »); et 3) le processus itératif consistant à élaborer une ou des mesures de l'efficacité du système de santé et à démontrer leurs utilisations potentielles ne doit être ralenti ou interrompu pendant la collecte de « données parfaites ». Divers participants ont dit apprécier la spécification des lacunes relatives aux données contenues dans la synthèse d'information parce qu'elle peut contribuer à y remédier à l'avenir.

Seulement quelques participants ont émis des commentaires au sujet des deux approches visant à évaluer un niveau optimal de rendement. Ils ont surtout suggéré la mise à l'essai de différentes approches au fil du temps, plutôt que l'adoption d'une approche unique, peu importe celle utilisée à un moment donné, ainsi que l'établissement des forces et des faiblesses de chaque approche, comme cela a été fait dans la synthèse d'information. Un participant a souligné que la plupart des conseils de la qualité des soins de santé cherchent à établir un niveau maximal ou optimal de rendement (par opposition à la relation moyenne entre les intrants et les extrants), à un niveau micro et non à un niveau macro, et qu'ils ont une affinité naturelle avec les méthodologies qui ont déjà servi à établir un niveau maximal ou optimal de rendement. Un autre participant a

mentionné que, peu importe l'approche retenue, elle créera l'illusion que nous comprenons « la boîte noire » dans laquelle les dépenses de santé se transforment en répercussions sur la santé des Canadiens.

Divers participants au dialogue ont soutenu ce qui suit : 1) il sera plus facile de remédier aux lacunes relatives aux données dans certaines provinces et certains territoires que dans d'autres; 2) certains types de données ont plus de chances d'être disponibles, même au niveau provincial et territorial (p. ex. les données sur les dépenses en médicaments, dans les maisons de soins infirmiers et les établissements de soins pour les bénéficiaires internes parce que beaucoup de ces dépenses sont faites dans le secteur privé, où il peut s'avérer difficile, voire impossible, d'obtenir des données); 3) certains types de données sont disponibles au niveau provincial et territorial, au niveau municipal ou aux deux niveaux (comme les données sur les dépenses en santé publique en Ontario), mais non au niveau régional (bien que, dans certaines provinces comme l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard, on retrouve maintenant une seule autorité régionale de la santé, et que, dans d'autres provinces, on peut transférer des dépenses au niveau régional en utilisant le géocodage ou d'autres méthodes). En ce qui concerne le dernier point soulevé, un participant a souligné que, parfois, des données provinciales ou territoriales proviennent du niveau régional, mais que des efforts additionnels seront nécessaires pour obtenir les données additionnelles partagées entre les niveaux. Le même participant a ajouté que, parfois, la prise de décisions a lieu au niveau provincial et territorial et que, dans de telles conditions, l'obtention ou l'imputation de données régionales n'a pas de sens. Un autre participant a mentionné que ce serait vraiment dommage si le Québec n'était pas disposé à partager ses données, parce que cela signifierait que d'autres provinces ne pourraient s'inspirer de l'expérience québécoise acquise en matière de mesure de l'efficacité du système de santé. Un autre participant a souligné que de meilleures données seraient disponibles si les dossiers électroniques de santé étaient de plus en plus mis en place et interreliés. Un participant a plaidé en faveur de l'inclusion d'une 14^e autorité compétente, soit l'ensemble des systèmes de santé du gouvernement du Canada axés sur les forces armées et les Premières nations, ce à quoi un autre participant a répliqué en disant qu'il ne s'agissait pas de « systèmes » comparables pour une foule de raisons et qu'une telle inclusion apporterait son lot de complications et une faible valeur ajoutée.

Un participant a souligné que la situation idéale serait de pouvoir mesurer l'efficacité au niveau des régions qui partagent des caractéristiques clés plutôt que seulement au niveau provincial et territorial. Il a donné l'exemple de régions rurales et éloignées qui peuvent présenter plus de similarités avec des provinces ou des territoires qu'avec d'autres régions à l'intérieur de la même province ou du même territoire. Un autre participant a soutenu que la situation idéale serait de pouvoir mesurer l'efficacité de manière longitudinale, ce qui permettrait de savoir si le système devient plus efficace ou non au fil du temps. Un troisième participant a mentionné que les négociations entourant le renouvellement des ententes sur la santé, en 2014, pourraient être l'occasion d'instaurer des responsabilités à l'égard du partage des données.

Examen de l'ensemble des éléments du modèle

Après avoir discuté de tous les éléments du modèle d'efficacité, la majorité des participants au dialogue se sont dits très à l'aise avec l'idée de soutenir un processus itératif d'élaboration d'une mesure (et de mesures ultérieures) de l'efficacité du système de santé, et ce, dans un avenir rapproché, ce qui signifie : 1) prioriser l'amélioration du rendement du système en tant qu'objectif (et, donc, des mesures liées aux extrants, comme le nombre d'années potentielles de vie perdues); 2) prioriser les dépenses de santé ou la valeur en dollars des ressources utilisées dans le système comme principal intrant; et 3) déléguer les décisions à prendre relativement à des méthodologies ou à des approches particulières en matière de collecte de données à des experts techniques qui doivent être guidés par un certain nombre de principes qui ont émergé durant la discussion.

DÉLIBÉRATION SUR LES IMPLICATIONS DE MISE EN ŒUVRE D'UN MODÈLE D'EFFICACITÉ

Un participant a ouvert la discussion au sujet des réflexions sur la mise en œuvre d'un modèle d'efficacité du système de santé, plus exactement sur l'élaboration et l'utilisation d'un tel modèle, en soulignant que le Canada en a besoin plus tôt que plus tard afin de démontrer sa capacité de faire les trois choses énumérées dans la première section du présent résumé, à savoir : 1) apporter un complément aux efforts axés sur les services, les programmes et les institutions au niveau « micro » afin d'établir les possibilités de gains en efficacité; 2) stimuler les discussions intraprovinciales, interprovinciales, intraterritoriales et interterritoriales, ainsi que l'apprentissage entourant la question des points de repère auxquels les systèmes de santé doivent aspirer et des facteurs du système; et 3) rectifier de nombreuses comparaisons internationales qui décrivent le système de santé canadien comme un système unique et monolithique, et non comme un ensemble de systèmes de santé provinciaux et territoriaux distincts, chacun possédant des sous-ensembles et des régions ou des autorités régionales de la santé semi-autonomes. Le même participant a ajouté qu'il s'agit d'un projet ou d'un rêve dont la réalisation s'échelonne sur une période de 10 ans, et non sur 18 mois, mais qui ne pourra pas voir le jour si nous ne commençons pas le travail maintenant et si nous ne mettons pas de l'avant des améliorations itératives, y compris de nouvelles approches, de meilleures données, une pléiade d'outils qui en découleront et des utilisations réfléchies des résultats. Le même participant a également mentionné que les politiciens continueront de préconiser une plus grande efficacité et que leurs efforts contribueront à s'assurer que les réactions aux pressions exercées sont aussi rigoureuses que possible. Un deuxième participant s'est dit d'accord avec l'idée, en ajoutant par ailleurs que le Canada a besoin de certaines mesures de l'efficacité et d'efforts concertés, afin d'inciter les ministres responsables de la santé à utiliser de telles mesures à court terme, et que les améliorations pourront venir plus tard sous la forme d'études spéciales. Un troisième participant a dit que la véritable valeur résultera d'études spéciales portant sur les facteurs associés à l'efficacité du système de santé, qui pourront fournir des éléments de réponse aux grandes questions que les politiciens se posent, comme celles-ci : « Où les ressources doivent-elles être affectées? » (p. ex. davantage aux soins de santé primaires et moins aux grands utilisateurs de soins de santé, ou aux soins de santé en fin de vie) et « Où les rendements sur le capital investi prévus doivent-ils être atteints? »

En confirmant l'adoption d'une approche itérative, un certain nombre de participants au dialogue ont préconisé le choix d'un seul objectif, ainsi que l'utilisation d'un petit nombre d'indicateurs associés aux intrants et aux contraintes propres au milieu de la santé, des données existantes et d'un modèle compréhensible afin d'entamer le processus, puis de tirer avantage des leçons apprises. Divers participants ont plaidé en faveur de l'adoption d'une vision sur une période de dix ans en vue de l'élaboration de nombreux modèles visant à stimuler le discours public sur les différents aspects de l'efficacité du système de santé. Un participant a souligné que la mesure de l'efficacité est « à la mode » et que les efforts déployés par les Canadiens doivent être à l'avant-plan, mais pas trop pour éviter de « s'arrêter après la première tentative et d'avoir de la difficulté à s'en remettre ».

Un participant au dialogue a souligné la nécessité d'inciter les gouvernements provinciaux (ou à la seule autorité régionale de la santé dans des provinces comme l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard) à élaborer un modèle d'efficacité du système de santé, à déterminer comment il pourrait être le mieux utilisé dans leur système de santé respectif, puis à mobiliser leurs propres régions ou autorités régionales de la santé. Un deuxième participant a soutenu qu'il faut inciter les citoyens et les fournisseurs de services (et non seulement les autorités provinciales) à prendre part à l'élaboration d'une mesure de l'efficacité du système de santé et à soutenir son utilisation. Un troisième participant a fortement soutenu l'utilisation d'une mesure d'efficacité du système de santé en tant que « porte d'entrée à un débat plus large ». Un quatrième participant a soutenu tout aussi fortement l'idée de mobiliser les chefs de file cliniques plus tôt que plus tard dans le cadre du processus afin d'amorcer des discussions sur la manière dont l'efficacité peut devenir une composante dans le cadre de leurs propres débats.

Les participants au dialogue se sont montrés divisés quant à savoir si l'initiative nationale en matière de temps d'attente est un bon exemple à suivre ou un mauvais exemple à éviter. Parmi les participants qui voient positivement une telle initiative, certains ont mentionné qu'elle rallie bon nombre de politiciens, qu'elle a fourni au public un aperçu de la façon dont les systèmes de santé provinciaux et territoriaux fonctionnent et qu'elle a réalisé des améliorations mesurables dans certains domaines liés au rendement des systèmes de santé. Deux des participants qui estiment que l'initiative nationale en matière de temps d'attente est un exemple à ne pas suivre ont souligné qu'elle a parfois conduit à des « réactions perverses ». L'un d'eux a ajouté qu'elle n'a pas incité efficacement les patients à prendre part à un débat public plus large.

Certains participants au dialogue ont souligné que beaucoup de travail reste à faire avant que nous puissions disposer d'exemples concrets de types de problèmes qui pourraient être résolus par une mesure de l'efficacité du système de santé, ainsi que de types de répercussions qui pourraient résulter de débats plus larges sur les constatations relatives à l'efficacité du système de santé. Des participants sont revenus sur les discussions entourant la question des points de repère auxquels les systèmes de santé doivent aspirer, et en particulier sur les « facteurs du système », dont il a été question précédemment. Un exemple de facteur du système (le pourcentage des fonds dépensés dans les soins de fin de vie) a été largement discuté quant à son utilité si les Canadiens ont un débat plus large sur la manière dont ils souhaitent être traités à la fin de leur vie. Comme un participant l'a souligné, la question n'est pas de fournir aux individus en fin de vie des interventions chirurgicales, mais plutôt de normaliser le fait de mourir en dehors d'un modèle médical, c'est-à-dire à l'extérieur d'un hôpital et selon un modèle orienté sur les patients en fin de vie et leurs familles plutôt que sur les soins médicaux. Un participant a dit que ce type de débat est susceptible d'apporter un changement de culture au fil du temps. Un autre participant a abordé d'autres questions qu'une discussion entourant la mesure de l'efficacité pourrait mettre en lumière, dont celles-ci : « Qui, entre les patients et les fournisseurs de soins, peut déterminer ce qu'est un *gaspillage de ressources*? »; « Comment pourrait-on mettre davantage l'accent sur l'autogestion, ainsi que sur les rôles des patients et de leurs familles? »; « Comment les personnes âgées peuvent-elles être traitées ailleurs que dans des salles d'urgence ou sur des étages d'hôpitaux pour éviter de les rendre encore *plus âgées*? ». Un autre participant au dialogue s'est dit sceptique au sujet de la nécessité de déployer des efforts et préoccupé par les ressources qu'ils nécessiteront, de même que par ce qui en ressortira. Il a soutenu qu'il fallait d'abord mettre l'accent sur une question en particulier, comme la gestion des maladies chroniques, afin de vérifier l'utilité de l'approche. Toutefois, divers participants ont fait valoir que l'unique valeur ajoutée est l'accent mis sur l'efficacité de l'ensemble du système, et non pas sur celle de certaines de ses composantes.

DÉLIBÉRATION AU SUJET DES PROCHAINES ÉTAPES POUR MESURER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU CANADA

La plupart des participants ont appuyé l'idée selon laquelle l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) devra accélérer son travail sur la mesure de l'efficacité du système de santé, après avoir reçu les commentaires résultant du dialogue. Ils ont souligné que l'ICIS a ou pourrait avoir accès aux données et aux décideurs qui devront être bien préparés chaque fois que des constatations seront diffusées. Les participants ont aussi mentionné que le mandat de l'ICIS a été un complément à celui d'autres organisations, comme le Conseil canadien de la santé au niveau national et les conseils de la qualité des services au niveau provincial, ou du moins dans certaines provinces. Des participants ont insisté pour dire qu'il y a une valeur intrinsèque aux efforts déployés seulement dans la mesure où les décideurs y ont recours pour remplir leurs mandats. À cet égard, ils ont recommandé fortement que l'ICIS réfléchisse à une façon de soutenir l'utilisation d'une ou de mesures de l'efficacité du système de santé, tout en élaborant d'autres types de mesures. Comme un participant l'a dit, il faut être prêt à dire « Voici comment vous devez utiliser les données et tenir des débats provinciaux et territoriaux ou régionaux sur les étapes à venir ». Un autre participant a souligné que, si l'ICIS ne peut pas faire de tels énoncés ni même aller, peut-être, de l'avant en formulant des recommandations sur ce que les prochaines étapes pourraient être, il devra créer un partenariat avec une organisation qui pourra le faire.