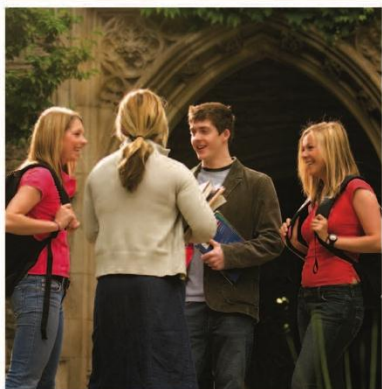
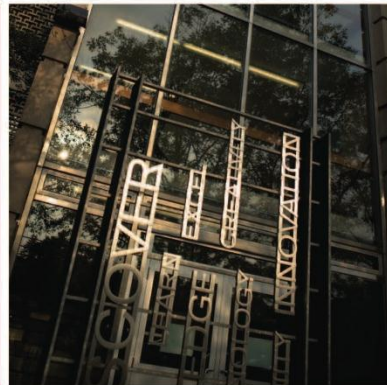




SYNTHÈSE
D'INFORMATION



MESURER L'EFFICIENCE DU
SYSTÈME DE SANTÉ AU
CANADA



7 NOVEMBRE 2011

DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION

Synthèse d'information :
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.

Auteurs

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

Michael G. Wilson, PhD, directeur adjoint, McMaster Health Forum, professeur adjoint (à temps partiel), McMaster University

Michel Grignon, PhD, directeur, Centre for Health Economics and Policy Analysis, professeur, McMaster University, et consultant scientifique, Institut canadien d'information sur la santé

Financement

La présente 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 McMaster University. Les points de vue exprimés dans la synthèse d'information sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement ceux du bailleur de fonds ou du Forum.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt professionnel ou commercial en lien avec la présente synthèse d'information. Le personnel employé par le bailleur de fonds et les chercheurs contractuels travaillant pour le compte du bailleur de fonds ont fourni la majeure partie des données de recherche ciblées dans la présente synthèse d'information. Les auteurs ont exercé un pouvoir décisionnel final quant à la manière dont les données de recherche ont été présentées dans la synthèse d'information.

Examen du mérite

Quelques chercheurs, décideurs et parties prenantes ont examiné la synthèse d'information afin d'en assurer la rigueur scientifique et la pertinence pour le système de santé. Les auteurs ont exercé un pouvoir décisionnel final quant à la manière dont les commentaires et suggestions ont été pris en compte.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les membres du Comité directeur et les examinateurs du mérite pour leurs commentaires concernant les versions précédentes de la présente synthèse d'information. Nous sommes particulièrement reconnaissants à Sara Allin et aux autres membres de l'Institut canadien d'information sur la santé, ainsi qu'à Adalsteinn Brown, Benoît Dervaux et Steven Lewis qui nous ont fourni de précieux commentaires. Les points de vue exprimés dans la synthèse d'information ne doivent pas être considérés comme représentant les points de vue de ces personnes. 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, Wilson MG et Grignon, M. Synthèse d'information : Mesurer l'efficacité du système de santé au Canada. Hamilton, Canada, McMaster Health Forum, 7 novembre 2011.

Numéros d'enregistrement des publications :

ISSN 1929-7963 (imprimé)

ISSN 1929-7971 (en ligne)

Table des matières

MESSAGES CLÉS.....4

RAPPORT.....6

LE PROBLÈME.....7

 Opinions divergentes au sujet de l'objectif du système de santé.....7

 Opinions divergentes et variantes interprovinciales au sujet des limites du système.....8

 Difficultés liées aux données et désaccords au sujet de la méthodologie requise pour mesurer l'efficacité du système de santé.....9

LES TROIS ÉLÉMENTS PROPRES À UN MODÈLE D'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ.....10

 Élément 1 – Établir un objectif clair pour le système de santé.....10

 Élément 2 – Établir des limites claires pour le système de santé.....17

 Élément 3 – Choisir la méthodologie appropriée et recueillir des données pertinentes pour mesurer l'efficacité.....21

RÉFLEXIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN MODÈLE D'EFFICACITÉ.....23

REFERENCES.....25

MESSAGES CLÉS

Quel est l'enjeu?

- Mesurer l'efficacité du système de santé au Canada comporte de nombreuses difficultés, dont les principales sont les suivantes :
 - Il n'existe aucun consensus quant à la manière de définir l'objectif ou les objectifs du système de santé. Les choix relatifs aux objectifs et les mesures liées aux extrants semblent reposer souvent sur la disponibilité de données comparatives.
 - Il ne semble pas non plus y avoir de consensus quant à la manière de définir les intrants du système de santé (p. ex. le nombre de médecins) et les contraintes propres au milieu de la santé qui peuvent influencer l'efficacité du système (p. ex. le niveau d'éducation).
 - Alors que les analystes du système de santé au Canada ont accès à des données comparables à celles utilisées dans des études antérieures, le manque de disponibilité des mêmes données au niveau régional représente un obstacle important afin de mesurer l'efficacité du système de santé au pays.
 - Par ailleurs, il y a une absence de consensus relativement à l'approche méthodologique qui doit être adoptée pour mesurer les intrants et les extrants, ainsi que pour établir des liens entre ceux-ci.

Que savons-nous au sujet de trois éléments propres à un modèle d'efficacité du système de santé?

- Élément 1 – Établir un objectif clair pour le système de santé
 - La maximisation de l'état de santé moyen de la population, fondée sur l'espérance de vie ajustée sur l'incapacité (EVAI) comme mesure liée aux extrants, est axée sur la mortalité et l'incapacité. Toutefois, elle tend à attribuer la mortalité et l'incapacité à un échec du système de santé. Elle suppose également que les individus définissent leurs attentes à l'égard du système de santé avant de recevoir le diagnostic d'une maladie ou d'une condition particulière.
 - L'amélioration du rendement du système, fondée sur le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) comme mesure liée aux extrants, peut être axée 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 condition particulière. Cet objectif est souvent mentionné dans les entrevues auprès de fonctionnaires, mais il est axé seulement sur la mortalité, et non pas sur la mortalité et l'incapacité.
 - La réduction des inégalités, qui peut être combinée à l'un ou l'autre des deux objectifs, est rarement mentionnée dans les documents gouvernementaux en tant qu'objectif du système de santé. L'objectif de la réduction des inégalités requiert un compromis entre la maximisation de la santé et la réduction des inégalités, si des individus plus malades ou plus pauvres ont une capacité moindre de bénéficier de soins de santé, ou s'ils utilisent plus de ressources pour un même niveau de besoins.
- Élément 2 – Établir des limites claires pour le système de santé
 - Les intrants inhérents au système de santé, c'est-à-dire les facteurs sur lesquels les décideurs du système peuvent exercer un contrôle, incluent habituellement l'un ou l'autre des éléments suivants, ou les deux : 1) les intrants physiques dénombrables ou liés aux immobilisations telles que les hôpitaux, ainsi que les facteurs liés à la main-d'œuvre (p. ex. les médecins) – un intrant qui aide à répondre aux questions relatives à l'efficacité technique; et 2) les dépenses de santé – un intrant qui aide à répondre aux questions relatives au rapport coût-efficacité.
 - Les contraintes propres au milieu dans lequel le système doit fonctionner, c'est-à-dire les facteurs qui échappent au contrôle des décideurs du système, incluent habituellement d'autres caractéristiques « non contrôlables » inhérentes aux citoyens qui reçoivent des services (p. ex. le niveau d'éducation), des caractéristiques de l'environnement externe (p. ex. les inégalités de revenu), des activités dans d'autres organisations connexes (comme des organisations de logement), des efforts déployés précédemment par des organisations en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé, ainsi que la qualité des ressources utilisées.
- Élément 3 – Choisir la méthodologie appropriée et recueillir des données pertinentes pour mesurer l'efficacité
 - Deux approches méthodologiques servent à évaluer un niveau optimal de rendement : l'une ne requiert aucune hypothèse robuste au sujet de la nature de la relation entre les intrants et les extrants, alors que l'autre n'est pas aussi sensible aux valeurs extrêmes et peut davantage distinguer les vraies et les fausses valeurs d'inefficacité.
 - La plupart des principales lacunes en matière de données requises pour mesurer l'efficacité du système de santé sont au niveau régional.

Quelles sont les utilisations potentielles d'une mesure de l'efficacité du système de santé et comment peuvent-elles être soutenues?

- Il est possible de surmonter certains obstacles à l'élaboration et à l'utilisation d'un modèle permettant de mesurer l'efficacité du système de santé en ayant recours à: 1) un processus itératif permettant d'établir un objectif, des intrants, des contraintes propres au milieu de la santé et des méthodologies; et 2) un plan de communication rigoureusement élaboré qui permet de transmettre des messages clés qui sont clairs et qui permet de préparer les principaux décideurs du système avant la diffusion de ces messages clés.

RAPPORT

La présente synthèse d'information aborde la manière dont nous devons mesurer l'efficacité du système de santé au Canada. La synthèse d'information et le résumé du dialogue avec les parties prenantes ont été conçus pour fournir des informations aux fins de la préparation d'un rapport et d'un cadre d'analyse sur l'efficacité du système de santé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) – une organisation bien placée pour mesurer l'efficacité du système de santé au Canada en raison des données nationales, provinciales, territoriales et régionales qu'elle gère et celle de sa capacité analytique interne (voir l'Encadré 1).

Quand il s'agit de discuter de la mesure de l'efficacité du système de santé, il importe de garder à l'esprit deux aspects fondamentaux du contexte plus large de la politique en matière de santé et du système de santé au Canada :

- le système de santé canadien se compose de 13 systèmes de soins de santé financés par l'État (10 systèmes provinciaux et 3 systèmes territoriaux); et
- chaque province a délégué son pouvoir décisionnel concernant la planification, le financement et l'intégration des soins de santé à des régies régionales de la santé (ou à des autorités régionales de la santé); et le nombre de ces organisations et le type de décisions qu'elles peuvent prendre varient d'une province à l'autre, bien que certaines provinces, comme l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard aient « recentralisé » la prise de décisions.

Absence d'un modèle d'efficacité du système de santé

De nombreux rapports ont été publiés au sujet des intrants et des extrants du système de santé canadien aux niveaux national, provincial ou territorial et régional. En outre, le Canada a été cité dans des études transnationales qui ont mesuré l'efficacité de systèmes de santé, y compris l'étude probablement la plus reconnue, publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2000, appelée « étude de l'OMS réalisée en 2000 » dans la présente synthèse d'information.⁽²⁾ Cependant, aucune étude n'a mesuré l'efficacité des systèmes de santé provinciaux ou territoriaux du Canada.

Conséquences de l'absence d'un modèle d'efficacité du système de santé

En l'absence d'une étude pancanadienne portant sur l'efficacité du système de santé, les décideurs et des organisations indépendantes (comme des conseils de la

Encadré 1 : Contexte de la synthèse d'information

La présente synthèse d'information regroupe des données probantes locales et mondiales sur la question relative à la mesure de l'efficacité du système de santé au Canada, les trois éléments d'un modèle propre à une telle mesure et les principales implications liées à la mise en œuvre d'un modèle d'efficacité (en particulier les utilisations potentielles du modèle et la manière dont elles peuvent être soutenues). Dans la mesure du possible, la synthèse d'information résume des données probantes extraites d'études empiriques menées au Canada; elle ne contient aucune recommandation.

La préparation du présent document comprend cinq étapes :

- 1) réunir un Comité directeur composé de représentants de l'organisme partenaire, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et du McMaster Health Forum;
- 2) définir et améliorer le cadre de référence de la synthèse d'information, en particulier le cadrage de la synthèse et des trois éléments clés du modèle, en consultation avec le Comité directeur et à partir de divers rapports écrits ou produits pour le compte de l'ICIS, qui structurent la pensée quant à la manière d'aborder la synthèse d'information;
- 3) identifier, choisir, évaluer et résumer les données de recherche pertinentes à la synthèse, les éléments du modèle et les implications liées à la mise en œuvre;
- 4) rédiger la synthèse d'information de façon à présenter les données de recherches mondiales et locales de manière concise et dans un langage accessible; et
- 5) rédiger la version finale de la synthèse d'information en tenant compte des commentaires de plusieurs examinateurs.

Contrairement à une synthèse fondée sur les données probantes, une synthèse d'information du Forum n'est pas influencée par des entrevues menées par le personnel du Forum auprès d'informateurs clés et n'implique pas un examen exhaustif des données probantes par le personnel du Forum. Toutefois, l'un des rapports commandés par l'ICIS a inclus des entrevues menées auprès d'informateurs clés, et d'autres rapports ont inclus des revues exhaustives de la littérature et une analyse documentaire.

La synthèse d'information visait à éclairer un dialogue avec les parties prenantes au cours duquel les données de recherche font partie des nombreux facteurs dont il faut tenir compte. Les opinions et les expériences des participants, de même que leurs connaissances tacites, ont permis de nourrir le dialogue. L'un des objectifs du dialogue est de 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. Le second objectif du dialogue avec les parties prenantes est d'influencer la communauté politique plus large et la communauté scientifique de manière qu'elles puissent utiliser, promouvoir et perfectionner un outil permettant à l'ICIS de mesurer l'efficacité du système de santé, en plus d'alimenter un rapport et un cadre d'analyse sur l'efficacité du système de santé.

qualité) ne peuvent pas rendre compte publiquement de la manière dont le système de santé canadien (ou l'ensemble des systèmes provinciaux et territoriaux qui le composent) fonctionne. Ils ne peuvent pas plus étayer les efforts déployés par les systèmes provinciaux et territoriaux afin de renforcer l'obligation de rendre des comptes au public ou établir les possibilités d'amélioration dans le rendement du système de santé. Les décideurs provinciaux et territoriaux ne peuvent pas non plus recourir à des points de repère pour tenir les régies régionales de la santé (ou les autorités régionales de la santé) responsables, ou pour les aider à établir les possibilités d'amélioration.

Concepts clés

Quatre concepts sont essentiels pour comprendre la mesure de l'efficacité du système de santé :

- l'efficacité (efficacité technique), soit le rapport entre le nombre d'extrants atteints et le nombre maximal d'extrants pouvant être atteints, tout dépendant du nombre d'intrants;
- l'efficacité orientée sur les extrants : étant donné le niveau actuel d'intrants ou de dépenses, comment pouvons-nous maximiser les extrants?;
- la limitation des coûts, ou l'efficacité orientée sur les intrants : dans quelle mesure pouvons-nous réduire les coûts ou les intrants, tout en maintenant le même niveau d'extrants?; et
- la productivité, soit le rapport entre les unités d'extrants et les unités d'intrants : combien d'extrants obtenons-nous par unité d'intrant?

L'ICIS est intéressé par la mesure de l'efficacité orientée sur les extrants et par la question sous-jacente « Comment pouvons-nous maximiser ce que le système de santé produit pour un niveau donné de ressources? ».

LE PROBLÈME

La mesure de l'efficacité du système de santé pose certaines difficultés, dont les suivantes : 1) des opinions divergentes au sujet de l'objectif du système de santé (que produisons-nous avec nos ressources actuelles?); 2) des opinions divergentes et des variantes interprovinciales au sujet des limites du système (sur quels intrants les décideurs dans le domaine de la santé exercent-ils un contrôle, et quelles sont les contraintes propres au milieu de la santé qui échappent à leur contrôle?); et 3) les difficultés liées aux données et les désaccords au sujet de la méthodologie requise pour mesurer l'efficacité du système de santé. Chacune de ces difficultés est décrite plus bas.

Opinions divergentes au sujet de l'objectif du système de santé

L'examen de la documentation empirique (voir l'Encadré 2), y compris des études de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et de l'OMS, et l'examen de la documentation académique ont permis de constater qu'il n'existe aucun consensus sur la manière de définir l'objectif ou les objectifs du système de santé. Les auteurs des études empiriques ont tendance à ne pas fournir la justification du choix de l'objectif ou des objectifs ni du choix de la mesure ou des mesures liées aux extrants. Leurs choix semblent reposer essentiellement sur la disponibilité et la comparabilité des données. Par exemple, un auteur a constaté que les indicateurs de la longévité ajustée en fonction de la morbidité ou de l'incapacité établissent le mieux

Encadré 2 : Mobiliser les données de recherche sur le problème

Les données de recherche disponibles sur le problème ont été obtenues par le personnel de l'Institut canadien d'information sur la santé à partir d'un éventail de sources publiées et de sources documentaires parallèles, dont celles-ci :

- une recherche de Medline et EconLit à l'aide des termes de recherche suivants : « health care system » OU « health system » ET (« productivity » OU « efficiency »), de même que les limites suivantes « 1995-current and English language » (n=138);
- une revue des études comprises dans une revue systématique réalisée en 2006 sur le même sujet (n=94) (1); et
- une revue de documents-clés, y compris de la littérature grise (n=58).

Sur les 290 articles et rapports recensés, 117 n'ont pas satisfait aux critères d'inclusion, alors que 173 y ont satisfait. Les 173 articles et rapports retenus ont été divisés en trois groupes :

- la mesure de l'efficacité – soit les documents mesurant l'efficacité technique de divers systèmes de santé (n=56, dont un document qui entre aussi dans le groupe des intrants ou des extrants);
- les intrants ou les extrants – soit les documents portant sur des possibilités de mesurer les intrants et les extrants des systèmes de santé (n=28); et
- les méthodologies et autres enjeux connexes (n=90).

Des messages clés ont été résumés dans chaque groupe d'articles et de rapports.

l'état de santé de la population, mais qu'ils ne sont pas disponibles (3). L'auteur a donc choisi l'espérance de vie à la naissance parce que cet indicateur est disponible dans de nombreux pays et qu'il est en corrélation avec les indicateurs de la longévité ajustée en fonction de la morbidité ou de l'incapacité (3).

Une analyse du système de santé peut être réalisée à chaque niveau au sein d'une organisation individuelle, comme un hôpital, et à l'aide d'un éventail de mesures liées aux extrants. Sur les 56 analyses portant sur le système de santé (par opposition à des études sectorielles, comme celles effectuées dans le secteur hospitalier), 31 ont été réalisées au niveau national, 7 au niveau infranational et 17 au niveau local. La perspective adoptée dans les analyses varie, selon qu'il s'agit, par exemple, d'une organisation acquérant des soins primaires ou d'un ministre de la Santé agissant à titre de payeur public et de responsable des composantes à la fois publiques et privées du système. Sur les 56 analyses portant sur le système de santé :

- 41 ont eu recours à l'état de santé moyen de la population comme mesure liée aux extrants : 16 ont utilisé le taux de mortalité infantile en tant qu'une de leurs mesures (4); 19 ont utilisé l'espérance de vie (5); et 13 ont utilisé l'espérance de vie ajustée en fonction de l'incapacité ou à des mesures similaires (2) (notez que les chiffres ne s'additionnent pas pour donner 41, puisqu'une analyse peut utiliser plus d'une mesure de l'état de santé moyen de la population);
- 12 ont utilisé une activité comme mesure liée aux extrants (p. ex. le nombre de visites ou de séjours à l'hôpital) (6); et
- 3 n'ont utilisé ni l'état de santé moyen de la population ni une activité en particulier comme mesure liée aux extrants.

Les neuf études qui ont remis en question certains aspects de la méthodologie utilisée dans des études antérieures, comme l'étude de l'OMS réalisée en 2000 (2), se sont servies de l'état de santé moyen de la population comme mesure liée aux extrants.

Une simple analyse de régression utilisant des données provenant de 40 analyses (unité d'analyse, types de mesures liées aux intrants et aux extrants, méthodologie, année et type de la publication) a permis de constater une corrélation importante entre l'unité d'analyse et le type de mesure liée aux extrants. La plupart des études ayant utilisé le pays en tant qu'unité d'analyse (15 documents) ont également eu recours à l'état de santé moyen de la population comme mesure liée aux extrants.

Opinions divergentes et variantes interprovinciales au sujet des limites du système

Tout indique qu'il n'existe aucun consensus quant à la manière de définir les intrants du système de santé (p. ex. le nombre de médecins) et les contraintes propres au milieu de la santé qui peuvent influencer sur l'efficacité du système de santé (p. ex. le niveau d'éducation). Encore une fois, les choix semblent reposer principalement sur la disponibilité et la comparabilité des données. Par exemple, un auteur a indiqué qu'un choix particulier d'intrants a facilité l'établissement de comparaisons pancanadiennes (7), alors qu'un autre a soutenu qu'un choix donné de variables d'intrants a été fondé sur l'exhaustivité et la cohérence de données relatives à certains pays (8).

Sur les 56 analyses portant sur le système de santé, les mesures suivantes liées aux intrants ont été choisies :

- 19 études ont utilisé des ressources physiques comme intrants - les mesures le plus souvent choisies ont été le nombre de lits pour les patients hospitalisés, le nombre de médecins et le nombre d'infirmières;
- 13 études ont utilisé des unités monétaires comme intrants, telle la valeur en dollars des ressources utilisées dans le système (9); et
- 9 études ont utilisé l'éducation comme intrant (l'étude de l'OMS réalisée en 2000 et 8 études qui ont eu recours à sa méthodologie).

Notez que les chiffres ne s'additionnent pas pour donner 56, puisqu'une analyse peut utiliser plus d'une mesure liée aux intrants.

De nombreuses études ont reconnu l'existence de contraintes propres au milieu de la santé qui influent sur l'efficacité des systèmes de santé. Toutefois, on ne voit pas de cohérence dans le choix de tels paramètres. Dans environ le tiers des 56 études empiriques, les analyses ont été réalisées en deux étapes :

- 1) calculer les pointages d'efficacité et d'inefficacité obtenus; et

- 2) effectuer une analyse de régression afin d'établir des liens entre les paramètres choisis et les pointages d'efficacité et d'inefficacité obtenus.

Difficultés liées aux données et désaccords au sujet de la méthodologie requise pour mesurer l'efficacité du système de santé

Au Canada, les analystes du système de santé ont accès à des données comparables à celles utilisées dans des études antérieures, par exemple sur les dépenses en santé, le nombre de médecins, le nombre d'infirmières et le nombre de lits pour des patients hospitalisés, comme mesures liées aux intrants, ou encore sur les indices de l'état de santé moyen de la population et le nombre de séjours dans les hôpitaux, comme mesures liées aux extrants. Toutefois, la grande faiblesse des données canadiennes comparativement à d'autres études tient au fait qu'elles ne sont pas suffisamment disponibles par région. À preuve, il n'existe aucune donnée régionale sur les dépenses de santé ou des mesures fondées sur la mortalité telles que l'espérance de vie. L'absence d'un répertoire central des données régionales constitue un obstacle de taille à la mesure de l'efficacité du système de santé au Canada.

L'examen de la documentation empirique a permis d'établir un troisième élément qui ne fait pas consensus, cette fois relativement à l'approche méthodologique qui doit être adoptée pour mesurer les intrants et les extrants, ainsi que pour établir des liens entre eux (voir l'Encadré 3). Sur les 56 analyses du système de santé :

- 35 études ont utilisé une analyse d'enveloppement des données;
- 17 études ont utilisé une analyse de frontière stochastique;
- 2 études ont utilisé une analyse d'enveloppement des données et une analyse de frontière stochastique (9;10) – ce qui a pour avantage de fournir une perspective sur la sensibilité des résultats empiriques;
- 9 études ont utilisé une analyse de régression; et
- 4 études ont utilisé d'autres méthodologies.

Notez que les chiffres ne s'additionnent pas pour donner 56, puisqu'une analyse peut utiliser plus d'une approche méthodologique.

Une simple analyse de régression utilisant des données provenant de 40 analyses (unité d'analyse, types de mesures liées aux intrants et aux extrants, méthodologie, année et type de la publication) n'a pas permis de démontrer une corrélation entre le choix des intrants ou des extrants et la méthodologie utilisée.

Encadré 3 : Contexte technique des approches méthodologiques

Le personnel de l'Institut canadien d'information sur la santé a établi que deux approches méthodologiques peuvent servir à mesurer l'efficacité du système de santé canadien.

La première approche fournit une estimation de la relation *moyenne* entre les intrants et les extrants dans une analyse de régression standard. Elle aide à comprendre l'effet d'un intrant (p. ex. le nombre d'infirmières) sur la mesure de l'extrait (p. ex. l'espérance de vie). Par exemple, grâce à l'estimation d'un effet fixe de pays et à son interaction avec d'autres coefficients, l'utilisation de données recueillies au moyen d'un panel peut mesurer des différences dans le taux de rendement de divers intrants d'un pays à un autre. À titre d'exemple, une augmentation du nombre d'infirmières pourrait avoir une incidence sur l'espérance de vie au Canada, mais non aux États-Unis. Par ailleurs, à l'aide d'une analyse de régression par quantiles, on peut examiner la courbe de réponse de l'extrait au niveau de l'intrant (au lieu d'examiner simplement la relation linéaire avec la moyenne de l'échantillon).

La seconde approche fournit une estimation d'une frontière et sert à calculer un niveau *maximal* ou *optimal* de rendement. Cette approche peut avoir recours :

- à une méthode non paramétrique, particulièrement dans le cas d'une analyse d'enveloppement des données; ou
- à une méthode paramétrique qui s'apparente à un modèle de régression, mais qui met l'accent sur le terme d'erreur plutôt que sur la relation moyenne entre des variables dépendantes et des variables indépendantes (qui est appelée « analyse de frontière stochastique »).

Une analyse d'enveloppement des données ne requiert aucune hypothèse hardie ou audacieuse au sujet de la relation entre les intrants et les extrants. Cependant, elle est très sensible aux valeurs extrêmes, en particulier aux valeurs de « sur-rendement », qui établissent la frontière. De plus, une analyse d'enveloppement des données attribue un écart entre la frontière et la valeur d'inefficacité observée. En revanche, une analyse de frontière stochastique requiert des hypothèses hardies et souvent difficiles à justifier au sujet de la relation entre les intrants et les extrants, de même que de la distribution du terme d'erreur. Elle peut être biaisée par des valeurs de « sous-rendement », mais elle n'est pas sensible aux valeurs aberrantes dans la même mesure qu'une analyse d'enveloppement des données. En outre, elle permet à l'analyste de distinguer les vraies des fausses valeurs d'inefficacité.

LES TROIS ÉLÉMENTS PROPRES À UN MODÈLE D'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'élaboration et l'utilisation d'un modèle d'efficacité du système de santé nécessitent un consensus au sujet des éléments du modèle. Dans la présente synthèse d'information, nous avons regroupé des sous-éléments des trois éléments suivants : 1) établir un objectif clair pour le système de santé; 2) établir des limites claires pour le système de santé; et 3) choisir la méthodologie appropriée et recueillir des données pertinentes pour mesurer l'efficacité. Dans la présente section, nous examinerons les données disponibles et les données de recherche sur chacun des trois éléments.

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

La mesure de l'efficacité du système de santé nécessite d'abord et avant tout un consensus au sujet de l'objectif du système de santé et d'une mesure liée aux extrants. Le premier choix auquel nous sommes confrontés est le suivant :

1. fournir des services de soins de santé – ce qui signifie que la mesure liée aux extrants est le nombre de fournisseurs de services ou le nombre de services;
2. améliorer la santé, même celle des individus en santé – ce qui signifie que la mesure liée aux extrants est une combinaison de l'espérance de vie et de l'incapacité (p. ex. la mortalité infantile dans les pays à faible revenu, où il existe une variation importante dans la mesure, et l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS), qui est utilisée plus couramment dans les pays à revenu élevé); et
3. fournir l'accès à des traitements efficaces aux personnes malades – ce qui signifie que la mesure liée aux extrants est la mortalité évitable ou le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP).

Le deuxième choix auquel nous faisons face est celui-ci :

- a. la maximisation des extrants – qui est habituellement associée à l'option 2 ci-dessus, et plus particulièrement en tant que maximisation de l'état de santé moyen de la population; et
- b. la réduction des inégalités associées aux extrants – qui, elle aussi, est habituellement associée à l'option 2 et qui, dans ce cas, réduit les inégalités relatives à l'état de santé de la population dans tous les groupes de revenus et les autres groupes.

Trois sources d'information peuvent influencer sur les délibérations entourant l'établissement d'un objectif clair ou optimal pour le système de santé :

- un examen de la documentation scientifique, qui a déjà été abordé dans la section « Le problème »;
- des entrevues avec des hauts fonctionnaires des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux; et
- un examen de documents accessibles au public produits par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Bien qu'elles ne représentent aucunement l'ensemble des parties prenantes (les individus et leurs élus constituant le groupe le plus absent), les trois sources fournissent un point de départ aux délibérations entourant l'objectif du système de santé.

Perspectives résultant de la documentation scientifique

Parmi les avantages et les inconvénients de l'objectif 1 (fournir des services de soins de santé) et de la mesure liée aux extrants correspondante (le nombre de fournisseurs de services ou le nombre de services), mentionnons ceux-ci :

- il porte essentiellement sur le volume d'activités, bien qu'en supposant que les fournisseurs de soins de santé offrent toujours la combinaison optimale de visites et de séjours pour un traitement donné;
- il permet d'éviter aux fournisseurs de soins de santé de faire des conjectures en considérant ce qu'ils pensent être le mieux comme une contrainte éthique du système de santé;
- il ne représente pas bien ce que le système de santé cherche à produire (il valorise les consultations chez les médecins et les séjours dans les hôpitaux par opposition aux résultats en matière de la santé découlant de ces activités); et
- il récompense les systèmes de santé qui ont trop d'activités (c'est-à-dire ceux qui peuvent atteindre le même niveau de santé chez des patients avec moins d'activités) et pénalise les systèmes qui utilisent les activités minimales requises pour améliorer la santé.

Parmi les avantages et les inconvénients de l'objectif 2 (améliorer la santé, même celle des individus en santé) et de la mesure liée aux extrants correspondante (l'espérance de vie ajustée en fonction de l'incapacité), soulignons ceux-ci :

- il porte essentiellement sur la mortalité et l'incapacité (ou sur la qualité de vie liée à la santé) en pondérant les années de vie des individus selon leur qualité de vie (p. ex. si tous les individus naissent en parfaite santé et qu'ils deviennent incapables (alors que leur état de santé est considéré comme équivalent à la moitié de la qualité de vie associée à une parfaite santé) à l'âge de 50 ans et qu'ils meurent à 100 ans, leur espérance de vie est de 100 ans, mais leur espérance de vie ajustée en fonction de l'incapacité (EVAI) est de 75 ans;
- il mesure la qualité de vie (au moyen de techniques comme la méthode dite d'arbitrage temporel) par rapport à un idéal abstrait de « santé parfaite »;
- il attribue la mortalité et l'incapacité à un échec du système de santé (p. ex. un système de santé dans un pays où l'on retrouve un pourcentage élevé de personnes obèses ou de fumeurs dans la population sera considéré comme moins efficace s'il utilise le même volume de ressources qu'un système de santé dans un pays où il y a un pourcentage moindre de personnes obèses ou de fumeurs dans la population), au lieu de mettre l'accent sur les changements dans l'état de santé depuis l'accès aux soins jusqu'à la prestation de traitements efficaces; et
- il suppose que les individus adoptent une perspective *ex ante* sur les traitements (c'est-à-dire axée sur les attentes qu'ils ont à l'égard du système de santé avant de recevoir le diagnostic d'une maladie ou d'une condition particulière), alors qu'il semble que ce soit plutôt une perspective *ex poste* (c'est-à-dire axée sur les attentes qu'ils ont à l'égard du système de santé après avoir reçu le diagnostic d'une maladie ou d'une condition particulière) qui dicte leurs décisions (11;12).

Le dernier point a été appelé par certains auteurs *dead-anyway effect* (ou « effet de la mort inévitable ») en référence au fait que des individus sont disposés à payer plus cher afin de bénéficier de soins susceptibles de prolonger leur vie, une fois qu'ils ont reçu le diagnostic d'une maladie potentiellement mortelle, étant donné que leur richesse leur sera inutile s'ils décèdent (13).

Les avantages et les inconvénients de l'objectif 3 (fournir l'accès à des traitements efficaces aux personnes malades) et de la mesure liée aux extrants correspondante (les années potentielles de vie perdues ou APVP) sont, à maints égards, diamétralement opposés à ceux de l'objectif 2 et de la mesure liée aux extrants correspondante.

- il ne tente pas de comparer des états de santé par rapport à une « santé parfaite »;
- il peut être axé sur des diagnostics qui conduisent à des soins de santé (ou être perçu comme une moyenne pondérée des mesures d'efficacité fondées sur la maladie et axées sur les années de vie que le système de santé peut sauver, par exemple en traitant de manière appropriée les individus atteints d'un cancer ou qui subissent un accident vasculaire cérébral);
- il porte essentiellement sur les attentes que les individus ont à l'égard du système de santé, une fois qu'ils ont reçu le diagnostic d'une maladie ou d'une condition particulière; et
- il est axé seulement sur la mortalité, et non sur la mortalité et l'incapacité.

Pour illustrer les conséquences du choix entre les objectifs 2 et 3, considérons le cas de deux pays qui dépensent le même montant par habitant en soins de santé : un pays investit des sommes d'argent afin d'encourager ses individus à ne pas fumer, alors que l'autre pays injecte des sommes d'argent pour fournir des traitements efficaces à ses individus fumeurs quand ils sont malades. En utilisant l'objectif 2, on serait porté à conclure que le premier pays – où l'espérance de vie est plus élevée en raison de la réduction du nombre de fumeurs – est plus efficace. D'un autre côté, en utilisant l'objectif 3, on pourrait conclure que le second pays – où les fumeurs ou les individus qui auraient pu avoir été fumeurs, ou dont les enfants pourraient commencer à fumer, savent que le système a traité ou pourrait avoir traité la moitié d'entre eux – a un meilleur système de santé que le premier pays.

Pour un même niveau de résultats (EVAI ou APVP), la plupart des gens préféreraient une distribution plus égale des résultats à une distribution moins égale. Ici, l'inégalité peut être mesurée comme la concentration de la santé (une mesure apparentée à la variation de la distribution) ou à sa concentration relativement à un facteur socioéconomique tel que le revenu. En pareil cas, une distribution serait considérée comme inégale lorsque l'état de santé (EVAI ou APVP) des individus pauvres est pire que celui des personnes bien nanties. Face au choix entre l'objectif A (maximiser l'état de santé moyen de la population) et l'objectif B (réduire les inégalités relatives à l'état de santé de la population dans tous les groupes de revenus et les autres groupes), nous pouvons envisager les trois situations suivantes :

- les individus plus malades ou plus pauvres ont une capacité *plus grande* de bénéficier de soins de santé ou ils utilisent *moins* de ressources pour un même niveau de besoins, auquel cas il n'y a pas de compromis entre les objectifs A et B (le fait de diriger plus de ressources vers les individus moins nantis augmentera l'état de santé moyen de la population) - ici, la mesure typique des extrants combinés est la mesure composite, soit une somme pondérée de la mesure moyenne liée aux extrants et de la mesure de l'égalité;
- les individus plus malades ou plus pauvres ont une capacité *moins grande* de bénéficier de soins de santé ou ils utilisent *plus* de ressources pour un même niveau de besoins, auquel cas il y a un compromis entre les objectifs A et B (le fait de diriger plus de ressources vers les individus moins nantis diminuera l'état de santé moyen de la population) - ici, la mesure typique des extrants combinés est le produit de la mesure moyenne liée aux extrants et de la mesure de l'égalité, de sorte que le nombre d'unités d'égalité de la santé (requis pour compenser une perte dans une unité de l'état de santé moyen de la population) augmentera, alors que le niveau initial de l'état de santé moyen de la population diminuera; et
- l'égalité est perçue comme une contrainte plutôt que comme un objectif de sorte que, par exemple, l'objectif du système de santé est d'améliorer l'espérance de vie ajustée en fonction de l'incapacité (EVAI) ou de réduire le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP), sous réserve de la contrainte selon laquelle les individus malades ou pauvres ne s'en tirent pas plus mal; une telle perception semble se dégager des entrevues menées auprès des parties prenantes, puisqu'ils ont rarement fait mention de l'égalité et, quand ils l'ont fait, ils l'ont associée principalement à une contrainte.

Une mesure telle que les APVP incorpore certains aspects liés à l'égalité, puisque, en étant axée sur les années de vie perdues avant l'âge de 75 ans – un âge que les deux tiers des Canadiens atteignent – elle peut servir à mesurer l'accès à des traitements efficaces parmi le tiers moins favorisé de la population. L'étude de l'OMS réalisée en 2000 est un exemple du nombre relativement petit d'études sur les systèmes de santé qui rendent compte de l'inégalité dans la distribution des résultats en matière de santé (2).

Perspectives résultant des entrevues avec de hauts fonctionnaires

Comme le suggèrent Smith and Street (2006), « au nom de la société, quelqu'un doit établir les objectifs qui doivent être poursuivis. Ce rôle incombe rarement à des analystes ou à des chercheurs; il revient plutôt légitimement aux hommes et aux femmes politiques. Lors de l'élaboration d'un modèle de rendement, une exigence importante consiste à rechercher un énoncé politique clair sur ce qui a de la valeur aux yeux des parties prenantes légitimes » (14) (p. 319-320) [*Traduction libre*].

Il semble y avoir un consensus largement répandu parmi les hauts fonctionnaires interviewés (voir l'Encadré 4), selon lequel le principal objectif du système de santé est de fournir des traitements efficaces aux personnes malades (objectif 3), alors que la maximisation de l'état de santé moyen de la population (objectif A) et la réduction des inégalités relatives à l'état de santé de la population dans tous les groupes de revenus et les autres groupes (objectif B) ont souvent été mentionnées en tant qu'objectifs secondaires. En fait, les objectifs liés au système de prestation des soins de santé (en particulier diagnostiquer et traiter les maladies, ainsi que s'assurer que des soins de santé sont disponibles aux moments et aux endroits où ils sont nécessaires) ont été

Encadré 4 : Solliciter des commentaires auprès de hauts fonctionnaires des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux

Grâce à un financement obtenu auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé, une étude qualitative a été menée dans le cadre du présent projet par Julia Abelson, de McMaster University, afin de connaître, d'explorer et de mieux comprendre les opinions de hauts fonctionnaires oeuvrant dans le secteur de la santé relativement à la mesure de l'efficacité du système de santé au Canada. Une méthodologie descriptive et qualitative a été utilisée lors des entrevues menées auprès d'informateurs clés aux fins de la collecte des données. Le cadre d'échantillonnage de l'étude a inclus des hauts fonctionnaires, anciens et actuels, de ministères de la Santé de toutes les provinces et de tous les territoires, notamment des sous-ministres, des sous-ministres adjoints, des sous-ministres délégués, des directeurs administratifs, des directeurs ou des gestionnaires responsables de portefeuilles associés à l'efficacité du système de santé. Le guide d'entretien portait sur deux sujets principaux : les objectifs et les extrants des systèmes de santé provinciaux ou territoriaux; et les intrants requis pour les atteindre. Au total, 16 entrevues semi-structurées ont été menées auprès de hauts fonctionnaires rattachés à sept ministères provinciaux et à deux ministères territoriaux de la Santé. Deux personnes ont travaillé à la codification thématique des transcriptions d'entrevues.

mentionnés presque deux fois plus souvent que les objectifs liés à la santé, même si certains hauts fonctionnaires ont exprimé un malaise par rapport aux objectifs liés à la prestation des soins auxquels ils préfèrent les objectifs liés à la santé.

De même, les mesures liées aux extrants propres au système de prestation des soins de santé (en particulier l'accessibilité aux soins ou la rapidité de la prestation des soins et la qualité ou la sécurité des soins, par opposition à ce qui a été décrit comme l'accent historique mis sur les volumes d'activités) ont été abordées beaucoup plus souvent que les mesures liées aux extrants propres à la santé (comme l'amélioration de l'état de santé moyen de la population) et à la responsabilisation (comme la réduction des pertes de temps et l'optimisation des ressources). Il n'existe aucun consensus clair sur les résultats « les plus importants » en matière de santé, et certaines préoccupations ont été exprimées au sujet de l'accessibilité des soins ou de la rapidité de leur prestation plus encore qu'au sujet de la qualité ou de la sécurité des soins.

Les commentaires des hauts fonctionnaires entourant la question des compromis faits entre les différents objectifs et les mesures liées aux extrants au sein de leur ministère de la Santé respectif peuvent être regroupés en trois catégories :

- les types de compromis qui sont faits (ou qui ne sont pas faits), premièrement entre le système de soins de courte durée et d'autres composantes du système de santé et, deuxièmement, entre l'accessibilité et la qualité des soins, alors que les soins de courte durée et leur accessibilité tendent à être plus prioritaires que d'autres composantes du système de santé;
- les processus grâce auxquels des compromis sont faits, surtout dans le contexte de l'établissement des budgets et à la table du Cabinet; et
- les principaux obstacles aux compromis techniques (par exemple, ne pas utiliser les données de recherche disponibles, ou avoir une capacité analytique limitée en raison de l'absence de systèmes d'information intégrés et de paramètres en temps réel, ou avoir un préjugé favorable à l'égard de l'universalité, ou encore un manque de volonté politique).

Perspectives résultant de l'analyse documentaire

Laissons de côté les perspectives résultant des entrevues menées auprès de hauts fonctionnaires pour nous concentrer sur les documents accessibles au public

Encadré 5 : Établir des perspectives à partir de documents accessibles au public préparés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux

Une analyse documentaire a été réalisée par le personnel de l'Institut canadien d'information sur la santé afin d'établir des perspectives sur la mesure du rendement et de l'efficacité du système de santé au Canada. Une méthodologie descriptive et qualitative a été utilisée de concert avec l'examen documentaire aux fins de la collecte des données. Le cadre d'échantillonnage de l'étude a inclus des documents portant sur l'administration, les fonctions et le fonctionnement des systèmes de santé, produits par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Les documents du gouvernement fédéral ont été établis à partir des connaissances du personnel en la matière et des listes de références fournies. Ceux des gouvernements provinciaux ont été établis à partir d'un examen de sites Web. Parmi les documents examinés, mentionnons des rapports, des mesures législatives, des documents de planification stratégique et des cadres de mesure ou de planification.

Le modèle d'analyse documentaire a été axé sur deux sujets principaux : 1) les objectifs énoncés (ou les buts, les missions et les visions) relativement au système de santé; et 2) les liens entre les objectifs en question et les mesures de rendement utilisées. Le modèle a été peaufiné à mesure que l'analyse progressait. Au départ, les objectifs énoncés ont été regroupés en fonction des thèmes suivants :

- **maximiser l'état de santé moyen de la population** – énoncés exprimant l'idée d'obtenir une population le plus en santé possible, axés sur la prévention des maladies, la promotion de la santé et l'amélioration des résultats en matière de santé (p. ex. l'espérance de vie, la qualité de vie et le bien-être) dans toute la population;
- fournir un accès à des traitements efficaces aux personnes malades (ou **améliorer le rendement du système**) – énoncés exprimant l'idée d'éliminer ou, à tout le moins, d'atténuer les risques et d'améliorer la situation des personnes malades grâce à une prestation de soins de qualité, à des améliorations apportées au système, à l'affectation des ressources et à la mesure du rendement;
- **réduire les inégalités** relatives à l'état de santé de la population dans tous les groupes de revenus et les autres groupes – énoncés exprimant l'idée de réduire les inégalités qui existent entre les segments de population en conformité avec l'atteinte de résultats en matière de santé ou l'accès aux soins, de même que des énoncés soulignant explicitement l'amélioration de l'état de santé d'un groupe ou d'une population en particulier.

En cours de route, deux autres thèmes ont été ajoutés :

- **établir un équilibre entre les priorités** – énoncés soulignant explicitement l'importance d'atteindre un équilibre approprié entre les objectifs axés sur l'état de santé de la population et les objectifs axés sur le rendement du système;
- **assurer la responsabilisation et la durabilité** – énoncés exprimant les idées suivantes : répondre aux besoins du public, utiliser les meilleures données de recherche disponibles, assurer la responsabilisation et la durabilité et adhérer aux principes sous-jacents à la *Loi canadienne sur la santé*, soit l'universalité, l'intégralité, la transférabilité, l'accessibilité et la gestion publique.

préparés par les gouvernements (voir l'Encadré 5). Les principaux constats résultant de l'analyse documentaire **au niveau des provinces et des territoires** incluent les suivantes :

- les objectifs associés à la maximisation de l'état de santé moyen de la population et à l'amélioration du rendement du système de santé sont variés;
- peu d'attention a été accordée à la réduction des inégalités, malgré certains exemples d'énoncés explicites sur cette question, ainsi que sur l'amélioration de l'état de santé de groupes particuliers ou de segments de la population;
- les énoncés relatifs à la responsabilisation et à la durabilité ont été plus nombreux dans les documents fédéraux que dans ceux des gouvernements provinciaux et territoriaux; et
- des dissociations ont été souvent observées entre les énoncés portant sur les objectifs du système et les énoncés axés sur le rendement du système, de nombreux documents axés sur la maximisation de l'état de santé moyen de la population décrivant en réalité des mesures liées au rendement du système.

Chacun des cinq thèmes, tel qu'il a été abordé dans les documents des gouvernements provinciaux et territoriaux, est décrit plus en détail ci-dessous. Par la suite, nous aborderons les thèmes tels qu'ils se dégagent des documents du gouvernement fédéral.

En ce qui concerne l'objectif consistant à **maximiser l'état de santé moyen de la population**, les énoncés ont souligné généralement l'optimisation de l'état de santé et du bien-être (15-17) et, dans une moindre mesure, la qualité de vie lors de l'adaptation à l'incapacité, à la maladie ou au vieillissement (18). L'analyse documentaire a également révélé d'autres objectifs, moins courants ceux-là, dont les suivants :

- favoriser l'adoption de comportements faisant la promotion de la santé, ainsi que des communautés ou des milieux de soutien (16;19;20);
- créer des politiques publiques favorables à la santé et soutenir les déterminants sociaux de la santé (21);
- prévenir ou contrôler les maladies et les blessures (22); et
- améliorer l'autonomie (23;24).

Quant à l'objectif d'**améliorer le rendement du système**, les énoncés ont principalement mis l'accent sur l'amélioration de l'accessibilité aux soins (15;22;25;26) et de la qualité ou de l'efficacité des soins de santé (18;20;22). Parmi les autres objectifs moins courants, mentionnons ceux-ci :

- améliorer la continuité des soins (27);
- intégrer les services et établir une responsabilité partagée en matière de prestation des services (25);
- orienter davantage les soins de santé sur le patient (26);
- améliorer le rapport coût-efficacité et l'efficacité (16);
- fournir des soins de remplacement (21);
- encourager l'innovation (18); et
- fournir des soins appropriés et au moment opportun (28).

En ce qui a trait à l'objectif visant à **établir un équilibre entre les priorités**, les documents des divers gouvernements :

- ont formulé des énoncés explicites sur l'équilibre des priorités; ou
- ont implicitement évalué l'équilibre des priorités en formulant une combinaison d'énoncés sur la maximisation de l'état de santé moyen de la population et d'énoncés sur l'amélioration du rendement du système.

Deux gouvernements ont illustré l'approche la plus explicite, soit ceux du Manitoba et du Yukon : 1) « Une population manitobaine en santé grâce à une offre équilibrée de services de prévention et de soins de santé » (29); et 2) « Le ministre élabore et met en oeuvre des programmes et des services en vue de protéger, de promouvoir et de rétablir la santé et le bien-être social des résidents du Yukon » (30). D'autres gouvernements ont eu recours à une analyse plus implicite, en formulant une combinaison d'énoncés qui reflète parfois l'entité à l'origine du document. Par exemple, des gouvernements ayant à la fois un ministre responsable de la santé et du bien-être et un ministre responsable des soins de santé, comme l'Ontario et la Colombie-Britannique, ont tendance à formuler des énoncés portant, dans le cas du ministre responsable de la santé et du bien-être, sur la maximisation de l'état de santé moyen de la population et, dans le cas du ministre responsable des soins de santé, sur l'amélioration du rendement du système. Autre exemple : dans

certaines provinces, comme l'Ontario et l'Alberta, où il y a un conseil distinct de la qualité des services de santé, un tel organisme tend à formuler des énoncés soulignant l'objectif d'assurer la responsabilité et la durabilité.

Peu d'énoncés ont abordé l'objectif consistant à **assurer la responsabilisation et la durabilité**. On les retrouve surtout dans des ressources documentaires produites par des conseils de la qualité des services de santé, comme en Ontario et en Alberta (31;32). Parmi les thèmes mentionnés dans de tels énoncés, mentionnons ceux-ci :

- la responsabilisation (ou l'obligation de rendre des comptes) (15);
- la planification et la prise de décisions fondées sur des données probantes (25);
- les attentes et la mobilisation du public (16;33);
- la durabilité (34); et
- la valorisation ou le respect de la diversité (24).

En ce qui concerne l'objectif visant à **réduire les inégalités**, on constate une combinaison d'énoncés portant sur :

- la réduction des inégalités; et
- l'établissement et la satisfaction des besoins de populations vulnérables.

Par exemple, certains rapports provinciaux et territoriaux font référence à « la réduction des inégalités dans l'état de santé » (16), à « la nécessité d'assurer des services équitables et de qualité » (15) ou à « l'équité » en tant que but ou de vision du système de santé (25), alors que d'autres documents font référence à la prestation de meilleurs soins auprès de populations particulières (35), dont un qui mentionne explicitement les personnes âgées, les enfants, les personnes exposées à des risques de violence et celles ayant une incapacité ou une maladie, plus particulièrement une condition ou une maladie chronique ou mentale, ou encore une dépendance (15). Bien que des énoncés associés à l'équité aient été mentionnés dans les documents de toutes les provinces et de tous les territoires, les énoncés appartenant à cette catégorie ont été limités comparativement à d'autres catégories. En outre, seuls le Nouveau-Brunswick et la Colombie-Britannique ont incorporé la dimension de l'équité (en référence à des indicateurs liés à des populations vulnérables) à leurs cadres de rendement (20;36).

Nonobstant le vaste éventail des objectifs et des thèmes mentionnés dans les rapports des différents gouvernements, les catégories apparentées aux cadres de rendement ont davantage abordé la question du rendement du système de santé que tout autre objectif ou thème.

Abordons maintenant les principaux constats résultant de l'analyse documentaire au **niveau fédéral**. Bien que peu de documents fédéraux aient été disponibles, de nombreux énoncés ont décrit les éléments clés d'une vision du système de santé :

- l'état de santé global et l'atteinte de son plein potentiel (37;38);
- les cinq principes sous-jacents à la *Loi canadienne sur la santé*, soit l'universalité, l'intégralité, la transférabilité, l'accessibilité et la gestion publique (39);
- l'efficacité et la sécurité (40;41);
- la durabilité (41;42);
- l'équité (40;41;43); et
- la responsabilisation (40;41).

Les objectifs du système de santé le plus souvent mentionnés ont été les cinq principes sous-jacents à la *Loi canadienne sur la santé*. Une attention particulière a été portée sur la nécessité d'assurer un accès aux soins de santé au moment opportun, indépendamment de la capacité de payer, et d'éviter des difficultés financières résultant d'un paiement pour des soins de santé (39;41;43;44).

Quoiqu'il soit orienté sur les buts de la santé publique plutôt que sur les objectifs du système de santé, le rapport fédéral-provincial-territorial (FPT) intitulé *Objectifs de santé pour le Canada*, publié en 2005 à la suite d'un vaste processus de consultation et de validation, aborde le système de santé en tant qu'un des quatre objectifs de santé pour le Canada : « Un solide réseau de santé et de bien-être social qui réduit les écarts dans les états de santé et qui offre des soins appropriés, au moment opportun » (37).

Parmi les autres constats au niveau fédéral, mentionnons les suivantes :

- les documents fédéraux ont présenté une combinaison d'énoncés associés à la maximisation de l'état de santé moyen de la population et à la réduction des inégalités dans l'état de santé parmi les groupes de revenus et d'autres groupes;
- beaucoup plus d'énoncés ont porté sur la responsabilité et la durabilité que dans les documents provinciaux et territoriaux;
- rares sont les énoncés ayant porté sur l'objectif visant à améliorer le rendement du système; et
- le rendement du système a souvent été utilisé dans les cadres de mesure du rendement (malgré de fréquentes mentions à d'autres objectifs et des mentions peu fréquentes à cet objectif).

Nous avons résumé les constats susmentionnés dans le Tableau 1, qui présente le choix de l'objectif sous la forme d'un choix entre les colonnes.

Tableau 1 : Sommaire des principaux constats issus de la documentation scientifique, des entrevues et des documents gouvernementaux relatifs à l'élément 1 – Établir un objectif clair pour le système de santé

| Catégorie de constat | Sommaire des principaux constats au sujet des mesures potentielles liées aux extrants : | | |
|----------------------|---|--|---|
| | Maximisation de l'état de santé moyen de la population (fondée sur l'EVAI) | Amélioration du rendement du système (fondée sur les APVP) | Réduction des inégalités (peut être combinée à l'un ou l'autre des deux objectifs) |
| Avantages | <ul style="list-style-type: none"> • est axée sur la mortalité et l'incapacité (documentation scientifique) • est mentionnée, parallèlement au rendement du système, en tant qu'objectif du système de santé (documents gouvernementaux) • est rarement mentionnée en tant que catégorie du cadre de rendement, même lorsque considérée comme objectif du système de santé (documents gouvernementaux) | <ul style="list-style-type: none"> • ne tente pas de comparer les états de santé à un idéal abstrait de « santé parfaite » (documentation scientifique) • peut être axée sur des diagnostics qui conduisent à des soins de santé (documentation scientifique) • est axée sur les attentes des individus à l'égard du système de santé après avoir reçu le diagnostic d'une maladie ou d'une condition (documentation scientifique) • est mentionnée presque deux fois plus souvent en tant qu'objectif du système de santé (entrevues) • est mentionnée beaucoup plus souvent que les mesures liées aux extrants propres à la santé (entrevues) • est mentionnée au niveau provincial ou territorial en tant qu'objectif du système de santé, mais rarement au niveau fédéral (documents gouvernementaux) • est mentionnée beaucoup plus souvent en tant que catégorie du cadre de rendement aux niveaux fédéral, provincial et territorial (documents gouvernementaux) | <ul style="list-style-type: none"> • est rarement mentionnée en tant qu'objectif du système de santé (documents gouvernementaux) • est mentionnée en référence à la réduction des inégalités et par rapport à l'établissement et à la satisfaction des besoins de populations vulnérables (documents gouvernementaux) |
| Inconvénients | <ul style="list-style-type: none"> • mesure la qualité de vie par rapport à un idéal abstrait de « santé parfaite » (documentation scientifique) • attribue la mortalité et l'incapacité à un échec du système de santé (documentation scientifique) • suppose que les individus adoptent | <ul style="list-style-type: none"> • est axée seulement sur la mortalité, et non sur la mortalité et l'incapacité (documentation scientifique) | <ul style="list-style-type: none"> • requiert un compromis entre la maximisation de la santé et la réduction des inégalités, si des individus plus malades ou plus pauvres ont une capacité moindre de bénéficier de soins de santé, ou s'ils utilisent plus de ressources pour un même niveau de besoins |

| | | | |
|--|--|--|------------------------------|
| | une perspective ex ante sur les traitements (documentation scientifique) | | (documentation scientifique) |
|--|--|--|------------------------------|

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

La mesure de l'efficacité du système de santé requiert également un consensus sur l'établissement de limites claires, plus précisément sur les intrants inhérents au système et les contraintes propres au milieu dans lequel le système doit fonctionner.

Le premier choix auquel nous sommes confrontés est lié aux intrants inhérents au système de santé, c'est-à-dire aux facteurs sur lesquels les décideurs à l'intérieur du système exercent un contrôle :

Type 1 d'intrants : tous les éléments du système de santé qui, selon l'OMS, « réunit toutes les organisations, institutions et ressources qui interviennent en matière de santé et qui fournissent des soins formels » - l'OMS définit une intervention en matière de santé comme étant tout effort, que ce soit dans le cadre de soins d'hygiène personnelle, de services de santé publique ou d'initiatives intersectorielles, dont le but premier est d'améliorer la santé (2)(p. xi);

Type 2 d'intrants : les intrants physiques dénombrables ou liés aux immobilisations, ainsi que les intrants liés à la main-d'œuvre;

Type 3 d'intrants : le coût des intrants propres au système de santé, c'est-à-dire les dépenses de santé totales.

Un choix connexe consiste à déterminer si nous souhaitons obtenir une efficacité à court terme (auquel cas nous pourrions nous concentrer, par exemple, sur les fournisseurs qui travaillent actuellement dans le système), ou une efficacité à long terme (auquel cas nous pourrions aussi nous concentrer sur les fournisseurs formés pour travailler dans le système).

Le deuxième choix auquel nous faisons face est lié aux contraintes propres au milieu dans lequel le système doit fonctionner, c'est-à-dire aux facteurs qui échappent au contrôle des décideurs à l'intérieur du système. Voici des exemples de contraintes possibles :

1. le pourcentage de fumeurs dans la population;
2. le niveau d'éducation atteint dans la population; et
3. le niveau de revenu ou l'ampleur de l'inégalité de revenu dans la population.

Parmi les autres contraintes propres au milieu de la santé, mentionnons les suivantes (45) :

- des caractéristiques propres aux individus servis (au-delà du statut de fumeurs et du niveau d'éducation), bien qu'il y ait un débat important au sujet des caractéristiques considérées comme « contrôlables »;
- des caractéristiques inhérentes au milieu externe (au-delà de l'ampleur de l'inégalité de revenu), comme la culture, la conjoncture économique et la géographie;
- des activités dans d'autres organisations connexes, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé, comme des organismes de soins communautaires et des organisations de logement;
- des efforts déployés précédemment par des organisations en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé; et
- la qualité des ressources utilisées (p. ex. le capital social, y compris les hôpitaux) qui, du moins à court terme, échappe au contrôle des décideurs à l'intérieur du système de santé.

Deux des trois sources d'information qui influent sur les délibérations entourant l'établissement d'un objectif clair ou optimal pour le système de santé (dont il a été question dans la section précédente) peuvent également influencer sur les délibérations relatives aux intrants inhérents au système et aux contraintes propres au milieu dans lequel le système doit fonctionner, ainsi que sur la manière de les mesurer :

- un examen de la documentation scientifique, qui a déjà été abordé dans la section « Le problème »; et
- des entrevues avec des hauts fonctionnaires des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Perspectives résultant de la documentation scientifique

Parmi les avantages et les inconvénients du type 1 d'intrants (tous les éléments du système de santé, y compris ceux associés à la production des ressources) (46), comme le financement des écoles de médecine, mentionnons les suivants :

- il fournit une évaluation holistique des intrants; et
- il est limité par la disponibilité des données et la possibilité de toutes les traiter.

Les avantages et les inconvénients du type 2 d'intrants (les intrants physiques dénombrables et les facteurs liés à la main-d'œuvre, incluent ceux-ci :

- il peut souvent être mesuré avec un certain degré d'exactitude;
- il répond à la question de l'efficacité technique à savoir si l'extrait peut être produit avec moins de lits d'hôpitaux, de fournitures ou de temps de travail (47);
- il reflète ce que les décideurs peuvent modifier assez facilement; et
- il tient compte des véritables améliorations apportées à l'efficacité, et non pas seulement des changements apportés à la valeur monétaire associée à des intrants particuliers (par exemple, diminuer la rémunération des infirmières).

Parmi les avantages et les inconvénients du type 3 d'intrants (le coût des intrants propres au système de santé ou les dépenses de santé totales), mentionnons les suivants :

- il peut souvent être mesuré avec un certain degré d'exactitude, tenir compte des différences de qualité parmi les intrants d'un même type et être regroupé en une seule unité (14);
- il répond à la question du rapport coût-efficacité à savoir si l'extrait peut être produit avec une combinaison d'intrants moins dispendieux (47);
- il ne reflète pas ce que les décideurs peuvent modifier assez facilement (par exemple, il peut s'avérer très difficile de réduire les salaires des médecins); et
- il tient compte des changements apportés à la valeur monétaire associée à des intrants particuliers, mais il peut ne pas tenir compte des véritables améliorations apportées à l'efficacité.

Passons maintenant au premier de trois exemples de contraintes propres au milieu de la santé. Il existe des avantages au fait de *ne pas inclure* le pourcentage de fumeurs au sein de la population dans un modèle d'efficacité, qui comporte une mesure de l'état de santé en tant que résultat et qui tient compte des contraintes influant sur la manière dont les extraits sont convertis en résultats, comme dans le modèle proposé dans l'étude de l'OMS réalisée en 2000 (2). Soulignons ici deux avantages :

- la reconnaissance que certains systèmes de santé sont responsables du pourcentage de fumeurs au sein de la population, ce qui a pour effet que les systèmes de santé dans lesquels le pourcentage de fumeurs est élevé sont perçus comme étant moins efficaces; et
- les systèmes fonctionnant dans des milieux plus favorables ne seront pas avantagés dans le calcul.

Parmi les exemples similaires, mentionnons la consommation excessive d'alcool, la violence et des épidémies comme le VIH/sida (48).

Il y a également des avantages au fait de considérer le niveau d'éducation de la population comme une contrainte propre au milieu, comme c'est le cas dans l'étude de l'OMS réalisée en 2000 (2), dont ceux-ci :

- les systèmes de santé ne sont pas responsables du niveau d'éducation, mais les niveaux d'éducation peuvent influencer sur la capacité des systèmes de santé d'utiliser des intrants afin d'atteindre les objectifs qu'ils poursuivent; et
- les systèmes de santé dans les pays où la population a un niveau d'éducation plus élevé, comme au Canada, seront considérés comme moins efficaces que les systèmes de santé dans des pays où la population a un niveau d'éducation plus bas, comme en France, même s'ils atteignent la même espérance de vie avec le même niveau de dépenses.

Il existe également des avantages et des inconvénients liés au fait de considérer le niveau de revenu ou l'ampleur de l'inégalité de revenu au sein de la population comme une contrainte propre au milieu, ce qui n'a pas été fait dans l'étude de l'OMS réalisée en 2000. En adoptant une telle attitude :

- nous confirmons que le revenu et l'inégalité de revenu vont au-delà de la portée des systèmes de santé, mais qu'ils peuvent être des déterminants importants de la santé (49); et
- nous risquons d'incorporer une multicollinéarité dans l'estimation (2).

L'examen de la documentation scientifique indique qu'il n'existe aucun consensus sur la manière de définir les intrants inhérents au système de santé et les contraintes propres au milieu de la santé :

- 19 études ont utilisé des ressources physiques comme intrants; les mesures le plus souvent choisies ont été le nombre de lits pour les patients hospitalisés, le nombre de médecins et le nombre d'infirmières;
- 13 études ont utilisé des unités monétaires comme intrants, telle la valeur en dollars des ressources utilisées dans le système (2);
- 14 études ont utilisé à la fois des ressources physiques et des unités monétaires comme intrants (p. ex. le nombre d'omnipraticiens, le nombre d'infirmières et les dépenses brutes en services de médecine générale) (9); et
- 9 études ont utilisé l'éducation comme intrant (l'étude de l'OMS réalisée en 2000 et 8 études qui ont eu recours à sa méthodologie).

De tels choix semblent reposer principalement sur la disponibilité et la comparabilité des données (7;8).

Perspectives résultant des entrevues avec de hauts fonctionnaires

La majorité des hauts fonctionnaires interviewés ont souligné des intrants comme les ressources humaines (p. ex. les infirmières et les médecins), les ressources financières (p. ex. les sommes dépensées en médicaments sur ordonnance) et l'infrastructure (p. ex. les cliniques médicales, les hôpitaux et les centres d'hébergement de soins de longue durée).

Les hauts fonctionnaires ont aussi fait référence à de nombreuses contraintes propres au milieu de la santé, notamment les structures du système de santé (p. ex. l'influence des médecins et les limites de compétence), ainsi que la capacité interne d'analyse et de gestion. Toutefois, ce ne sont pas là les types de contraintes qui peuvent généralement être considérés dans le contexte d'un modèle d'efficacité du système de santé.

Le Tableau 2 présente un sommaire des principaux avantages et inconvénients des méthodologies disponibles. Contrairement au Tableau 1, où le choix était entre les colonnes, les choix doivent être faits à l'intérieur de chaque colonne.

Tableau 2 : Sommaire des principaux constats issus de la documentation scientifique, des entrevues et des documents gouvernementaux relatifs à l'élément 2 – Établir des limites claires pour le système de santé

| Catégorie de constat | Sommaire des principaux constats au sujet des aspects potentiels suivants : | |
|----------------------|--|--|
| | Intrants inhérents au système de santé (ou facteurs sur lesquels les décideurs à l'intérieur du système exercent un contrôle) | Contraintes propres au milieu dans lequel le système doit fonctionner (ou facteurs qui échappent au contrôle des décideurs à l'intérieur du système) |
| Avantages | <ul style="list-style-type: none"> • Type 1 d'intrants : tous les éléments du système de santé <ul style="list-style-type: none"> ○ fournit une évaluation holistique des intrants • Type 2 d'intrants : les intrants physiques dénombrables ou liés aux immobilisations (p. ex. le nombre d'hôpitaux), ainsi que les intrants liés à la main-d'œuvre (p.ex. le nombre de médecins) <ul style="list-style-type: none"> ○ peut souvent être mesuré avec un certain degré d'exactitude; ○ répond à la question de l'efficacité technique ○ reflète ce que les décideurs peuvent modifier assez facilement ○ tient compte des véritables améliorations apportées à l'efficacité, et non pas seulement des changements apportés à la valeur monétaire | <ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques « non contrôlables » propres aux individus servis (p. ex. le niveau d'éducation, mais non le statut de fumeur, la consommation excessive d'alcool, la violence et les épidémies) <ul style="list-style-type: none"> ○ reconnaissance que certains systèmes de santé ne sont pas responsables des caractéristiques, mais que ces dernières peuvent influencer sur la capacité des systèmes de santé d'utiliser des intrants afin d'atteindre les objectifs qu'ils poursuivent ○ elles sont utilisées dans la plupart des évaluations empiriques ○ elles ont été mentionnées (en référence au statut socioéconomique, aux modes de vie et à la demande du public pour une technologie nouvelle et coûteuse) par plusieurs hauts fonctionnaires (entrevues) • Caractéristiques inhérentes au milieu externe (p. ex. inégalité de revenu, culture, conjoncture économique, géographie) |

Mesurer l'efficacité du système de santé au Canada

| | | |
|---------------|---|---|
| | <p>associée à des intrants particuliers (par exemple, diminuer la rémunération des infirmières)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ est utilisé dans la plupart des évaluations empiriques ○ a été mentionné par plusieurs hauts fonctionnaires (entrevues) <ul style="list-style-type: none"> ● Type 3 d'intrants : le coût des intrants propres au système de santé (ou les dépenses de santé totales) <ul style="list-style-type: none"> ○ peut souvent être mesuré avec un certain degré d'exactitude, tenir compte des différences de qualité parmi les intrants d'un même type et être regroupé en une seule unité ○ répond à la question du rapport coût-efficacité à savoir si l'extrait peut être produit avec une combinaison d'intrants moins dispendieux ○ est utilisé dans la plupart des évaluations empiriques ○ a été mentionné (en référence au financement fédéral et provincial) par certains hauts fonctionnaires (entrevues) | <ul style="list-style-type: none"> ○ comme celles mentionnées plus haut ● Activités dans d'autres organisations connexes, comme des organismes de soins communautaires et des organisations de logement <ul style="list-style-type: none"> ○ comme celles mentionnées plus haut ○ elles ont été mentionnées (en référence à l'influence des groupes de médecins et aux relations entre les ministères de la Santé et les régies régionales de la santé) par certains hauts fonctionnaires (entrevues) ● Efforts déployés précédemment par des organisations en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé <ul style="list-style-type: none"> ○ comme ceux mentionnés plus haut ● Qualité des ressources utilisées (p. ex. le capital social, y compris les hôpitaux) <ul style="list-style-type: none"> ○ comme celles mentionnées plus haut |
| Inconvénients | <ul style="list-style-type: none"> ● Type 1 d'intrants : tous les éléments du système de santé <ul style="list-style-type: none"> ○ est limité par la disponibilité des données et la possibilité de toutes les traiter ○ n'est utilisé dans aucune évaluation empirique ● Type 2 d'intrants : les intrants physiques dénombrables ou liés aux immobilisations (p. ex. le nombre d'hôpitaux), ainsi que les intrants liés à la main-d'œuvre (p. ex. le nombre de médecins) <ul style="list-style-type: none"> ○ aucun inconvénient n'a été mentionné ● Type 3 d'intrants : le coût des intrants propres au système de santé (ou les dépenses de santé totales) <ul style="list-style-type: none"> ○ ne reflète pas ce que les décideurs peuvent modifier assez facilement (p. ex. il peut s'avérer très difficile de réduire les salaires des médecins) ○ tient compte des changements apportés à la valeur monétaire associée à des intrants particuliers, mais il peut ne pas tenir compte des véritables améliorations apportées à l'efficacité | <ul style="list-style-type: none"> ● Caractéristiques « non contrôlables » propres aux individus servis (p. ex. le niveau d'éducation, mais non le statut de fumeur, la consommation excessive d'alcool, la violence et les épidémies) <ul style="list-style-type: none"> ○ les systèmes fonctionnant dans des milieux plus favorables seront considérés comme moins efficaces que les systèmes de santé fonctionnant dans des pays offrant des milieux moins favorables, même s'ils atteignent les mêmes objectifs avec le même niveau de dépenses ● Caractéristiques inhérentes au milieu externe (p. ex., inégalité de revenu, culture, conjoncture économique, géographie) <ul style="list-style-type: none"> ○ risque d'incorporer une multicollinéarité dans l'estimation ● Activités dans d'autres organisations connexes, comme des organismes de soins communautaires et des organisations de logement <ul style="list-style-type: none"> ○ comme celles mentionnées plus haut ● Efforts déployés précédemment par des organisations en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé <ul style="list-style-type: none"> ○ comme ceux mentionnés plus haut ● Qualité des ressources utilisées (p. ex. le capital social, y compris les hôpitaux) <ul style="list-style-type: none"> ○ comme celles mentionnées plus haut |

Remarque : Sauf avis contraire, tous les constats proviennent de la documentation scientifique.

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

La mesure de l’efficacité du système de santé requiert également un consensus sur les approches méthodologiques et les données disponibles nécessaires à leur adoption. Comme il est décrit dans l’Encadré 3, le choix se fait essentiellement entre deux approches :

- la première approche fournit une estimation de la relation *moyenne* entre les intrants et les extrants; et
- la seconde approche fournit une estimation d’une frontière et sert à calculer un niveau *maximal* ou *optimal* de rendement; elle peut avoir recours :
 - à une analyse d’enveloppement des données; ou
 - à analyse de frontière stochastique.

L’Encadré 3 décrit également leur utilisation, leurs hypothèses et leur sensibilité.

Sur les trois sources d’information qui nous ont été disponibles, seule la documentation scientifique peut influencer sur les délibérations entourant la méthodologie optimale. Comme il a été mentionné dans l’introduction, un examen de 56 analyses empiriques portant sur le système de santé a démontré l’absence de consensus concernant les méthodologies, bien qu’il y ait eu une prépondérance manifeste d’études ayant utilisé une analyse d’enveloppement des données (n=35), comparativement à une analyse de frontière stochastique (n=17) ou aux deux types d’analyses (n=2). Aussi, nous n’avons pas pu démontrer une corrélation entre le choix des intrants ou des extrants et la méthodologie utilisée.

Le Tableau 3 présente un sommaire des principaux avantages et inconvénients des méthodologies disponibles. Ici, les choix doivent être faits entre les colonnes (et peut-être à l’intérieur de la dernière colonne).

Tableau 3 : Sommaire des principaux constats issus de la documentation scientifique, des entrevues et des documents gouvernementaux relatifs à l’élément 3 – Choisir la méthodologie appropriée et recueillir des données pertinentes pour mesurer l’efficacité

| Catégorie de constat | Sommaire des principaux constats au sujet des aspects potentiels suivants : | |
|----------------------|--|---|
| | Approche qui fournit une estimation de la relation <i>moyenne</i> entre les intrants et les extrants | Approche qui fournit une estimation d’une frontière et sert à calculer un niveau <i>maximal</i> ou <i>optimal</i> de rendement |
| Avantages | <ul style="list-style-type: none"> • Analyse de régression <ul style="list-style-type: none"> ○ peut être utilisée pour examiner l’effet unique d’un intrant sur une mesure liée à un extrant dans différents systèmes de santé et pour examiner la courbe de réponse du résultat au niveau d’intrant | <ul style="list-style-type: none"> • Analyse d’enveloppement des données <ul style="list-style-type: none"> ○ ne requiert aucune hypothèse hardie ou audacieuse au sujet de la relation entre les intrants et les extrants • Analyse de frontière stochastique <ul style="list-style-type: none"> ○ n’est pas sensible aux valeurs aberrantes dans la même mesure qu’une analyse d’enveloppement des données ○ permet à l’analyste de distinguer les erreurs aléatoires des valeurs d’inefficience (un écart systématique entre le rendement observé et la frontière) |
| Inconvénients | <ul style="list-style-type: none"> • Régression <ul style="list-style-type: none"> ○ met l’accent sur le niveau moyen de rendement plutôt que sur le niveau maximal ou optimal du rendement | <ul style="list-style-type: none"> • Analyse d’enveloppement des données <ul style="list-style-type: none"> ○ très sensible aux valeurs extrêmes, en particulier aux valeurs de « sur-rendement », qui établissent la frontière ○ attribue un écart entre la frontière et l’inefficience observée • Analyse de frontière stochastique <ul style="list-style-type: none"> ○ requiert des hypothèses hardies et souvent difficiles à justifier au sujet de la relation entre les intrants et les extrants, de même que de la distribution du terme d’erreur ○ peut être biaisée par des valeurs de « sous-rendement » |

Par ailleurs, un examen interne réalisé par le personnel de l'Institut canadien d'information sur la santé a établi les principaux écarts dans les données requises au niveau des régies régionales de la santé (ou des autorités régionales de la santé) pour mesurer l'efficacité du système de santé au Canada. Ces écarts sont les suivants :

1. données manquantes sur les dépenses de santé dans le secteur public;
2. données manquantes sur les dépenses en médicaments;
3. données manquantes sur les dépenses dans les maisons de soins infirmiers et les établissements de soins pour les bénéficiaires internes;
4. données manquantes sur les dépenses en santé publique;
5. données manquantes sur le nombre de médecins équivalents temps plein (ETP), bien que des données soient disponibles sur le personnel ETP travaillant dans les établissements de soins pour les bénéficiaires internes (Statistique Canada);
6. données manquantes sur d'autres professionnels de la santé (notamment les chiropraticiens, les dentistes, les optométristes – qui ont représenté 10,8 % des dépenses de santé totales en 2008);
7. données manquantes sur les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées (qui représentent 25 % de toutes les infirmières autorisées) avant 2003;
8. données manquantes sur les temps d'attente (soins de santé primaires, consultations d'urgence, certaines interventions chirurgicales, etc.); et
9. les résultats en matière de santé (espérance de vie, années potentielles de vie perdues, etc.) ne sont pas disponibles chaque année

Les écarts 1 à 8 sont liés à ce que nous appelons l'objectif 1 quand il s'agit de discuter de l'option 1 (fournir des services de soins de santé); l'écart 8 est lié à ce que nous appelons l'objectif 2 (améliorer la santé); et l'écart 9, à ce que nous appelons l'objectif 3 (fournir l'accès à des traitements efficaces aux personnes malades). Les écarts 1 à 7 se rapportent à ce que nous appelons « les intrants inhérents au système » (c'est-à-dire les facteurs sur lesquels les décideurs à l'intérieur du système exercent un contrôle), mais aucun écart n'est lié aux contraintes propres au milieu dans lequel le système doit fonctionner, c'est-à-dire aux facteurs qui échappent au contrôle des décideurs à l'intérieur du système, bien qu'on suppose que certains écarts existent aussi à ce niveau. Il convient de remarquer qu'aucun écart n'est lié particulièrement au choix d'une méthodologie.

RÉFLEXIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN MODÈLE D'EFFICIENCE

Comme nous l'avons souligné dans l'introduction, il existe de nombreuses utilisations possibles d'une mesure de l'efficacité du système de santé :

- les décideurs et des organisations indépendantes (comme des conseils de la qualité) pourraient rendre compte publiquement des mesures afin de renforcer l'obligation de rendre des comptes au public et d'établir les possibilités d'amélioration dans le rendement du système de santé; et
- les décideurs pourraient utiliser de telles mesures pour tenir les régies régionales de la santé (ou les autorités régionales de la santé) responsables ou pour les aider à établir les possibilités d'amélioration.

Mais, avant de choisir une mesure de l'efficacité du système de santé, les décideurs et les autres parties prenantes doivent :

- atteindre un consensus sur l'objectif du système de santé (et la mesure liée aux extrants), les intrants inhérents au système de santé, les contraintes propres au milieu de la santé qui peuvent influencer sur l'efficacité du système de santé et l'approche méthodologique qui doit être adoptée pour mesurer les intrants et les extrants, ainsi que pour établir des liens entre eux; et
- préconiser une collecte des données et un échange d'information améliorés et plus exhaustifs, particulièrement au niveau des régies régionales de la santé (ou des autorités régionales de la santé) afin d'analyser empiriquement l'efficacité et ses facteurs déterminants.

Le Tableau 4 présente certains obstacles à l'élaboration et à l'utilisation d'un modèle d'efficacité du système de santé comme une façon de susciter la réflexion sur certaines considérations pouvant influencer sur le choix entre les approches méthodologiques possibles.

Tableau 4 : Obstacles potentiels à l'élaboration et à l'utilisation d'un modèle d'efficacité du système de santé

| Niveaux | Élément 1 – Établir un objectif clair pour le système de santé | Élément 2 – Établir des limites claires pour le système de santé | Élément 3 – Choisir la méthodologie appropriée et recueillir des données pertinentes pour mesurer l'efficacité |
|---------------------------------|--|--|---|
| Patients ou individus | <ul style="list-style-type: none"> • Les individus ne peuvent pas s'identifier à l'objectif choisi (ou à la mesure liée aux extrants choisie) | <ul style="list-style-type: none"> • Les individus s'intéressent aux intrants qui les touchent de près (comme le nombre de médecins) | <ul style="list-style-type: none"> • Les individus ne peuvent pas saisir facilement les messages provenant de l'utilisation de méthodologies compliquées |
| Fournisseurs de services | <ul style="list-style-type: none"> • Les fournisseurs de services ne peuvent pas s'identifier à l'objectif choisi (ou à la mesure liée aux extrants choisie) | <ul style="list-style-type: none"> • Les fournisseurs de services s'intéressent aux intrants pour lesquels ils se mobilisent et ne reconnaissent pas les contraintes propres au milieu de la santé | <ul style="list-style-type: none"> • Les fournisseurs de services ne peuvent pas saisir facilement les messages provenant de l'utilisation de méthodologies compliquées |
| Organisations | <ul style="list-style-type: none"> • Les régies régionales de la santé sont en désaccord avec l'utilisation d'un objectif (ou d'une mesure liée aux extrants) qui n'est pas compatible avec leur propre objectif (ou leur propre mesure liée aux extrants) | <ul style="list-style-type: none"> • Les régies régionales de la santé sont en désaccord avec le choix d'intrants ou de contraintes propres au milieu qui ne sont pas compatibles avec leurs propres définitions | <ul style="list-style-type: none"> • Les régies régionales de la santé ne peuvent pas saisir facilement les messages provenant de l'utilisation de méthodologies compliquées • Les régies régionales de la santé refusent que leurs données soient utilisées dans le cadre d'analyses portant sur l'efficacité du système |
| Système de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Les décideurs sont en désaccord avec la notion de mesure de l'efficacité du système de santé ou avec l'utilisation d'un objectif (ou d'une mesure liée aux extrants) qui n'est pas compatible avec leur propre objectif (ou leur propre mesure liée aux extrants) et, pour cette raison, ils ne partagent pas leurs données et ne prévoient pas utiliser le modèle | <ul style="list-style-type: none"> • Les décideurs sont en désaccord avec la notion de mesure de l'efficacité du système de santé ou avec le choix d'intrants ou de contraintes propres au milieu qui ne sont pas compatibles avec les leurs et, pour cette raison, ils ne partagent pas leurs données et ne prévoient pas utiliser le modèle | <ul style="list-style-type: none"> • Les décideurs ne peuvent pas saisir facilement les messages provenant de l'utilisation de méthodologies compliquées • Les décideurs refusent que leurs données soient utilisées dans le cadre d'analyses portant sur l'efficacité du système |

Deux stratégies de mise en œuvre d'un modèle d'efficacité du système de santé peuvent contribuer à éviter de tels obstacles :

- 1) un processus itératif permettant d'établir un objectif, des intrants, des contraintes propres au milieu de la santé et des méthodologies, accompagné d'efforts concertés visant à inciter les principales parties prenantes à tirer des leçons en vue des étapes à venir; et
- 2) un plan rigoureusement élaboré, axé sur la communication de messages clés clairs et qui prévoit des séances d'information à l'intention des principaux décideurs aux niveaux fédéral, provincial ou territorial et régional avant la diffusion publique des résultats, de manière à ce qu'ils soient bien préparés à rencontrer les parties prenantes et les représentants des médias.

REFERENCES

1. Raina P, Santaguida PL, Rice M. A Systematic Review of Methodologies and Approaches Used to Evaluate Productivity and Efficiency of Health Care Systems. Hamilton, Canada: McMaster University's Evidence-based Practice Centre; 2006.
2. World Health Organization. The world health report 2000: Health systems: Improving performance. Y.. p xix, 215. 2000.: 2000.
3. Joumard I, Andre C, Nicq C. Health Care Systems: Efficiency and Institutions. Paris, France: OECD Publishing, Working Paper 769.; 2010.
4. Kathuria V. Inter-state Disparities in Health Outcomes in Rural India: An Analysis Using a Stochastic Production Frontier Approach. *Development Policy Review* 2005 March;23(2):145-63.
5. Zhang N, Hu A, Zheng J. Using data envelopment analysis approach to estimate the health production efficiencies in China. *Frontiers of Economics in China* 2007;2(1):1-23.
6. Polisen J, Laporte A, Coyte PC, Croxford R. Performance evaluation in home and community care. *Journal of Medical Systems* 2010 June;34(3):291-7.
7. Gupta S. The Efficiency of Government Expenditure: Experiences from Africa. *Journal of Policy Modeling* 2001 May;23(4):433-67.
8. Retzlaff-Roberts D, Chang CF, Rubin RM. Technical efficiency in the use of health care resources: a comparison of OECD countries. *Health Policy* 2004 July;69(1):55-72.
9. Giuffrida A. Measuring Performance in Primary Care: Econometric Analysis and DEA. *Applied Economics* 2001 February;33(2):163-75.
10. Bryce CL. Comparing the Agreement among Alternative Models in Evaluating HMO Efficiency. *Health Services Research* 2000 June;35(2):509-28.
11. Williams A. Calculating the global burden of disease: time for a strategic reappraisal? *Health Econ* 1999 February;8(1):1-8.
12. Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London, UK: The Nuffield Trust; 2004.
13. Pratt JW, Zeckhauser RJ. Willingness to Pay and the Distribution of Risk and Wealth. *Journal of Political Economy* 2011;104(4):747-63.
14. Smith PC, Street A. Concepts and Challenges in Measuring the Performance of Health Care Organizations. In: Jones AM, editor. *The Elgar Companion to Health Economics*. Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar Publishing; 2006. p. 317-25.
15. Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services. Newfoundland Strategic Plan 2008-2011. Government of Newfoundland and Labrador; 2008.
16. Manitoba Health. Quality Health for Manitobans - The Action Plan. Government of Manitoba; 1992 May 1.
17. Saskatchewan Ministry of Health. Government of Saskatchewan Ministry of Health Overview. 2011. Government of Saskatchewan. 9-12-2011.
18. Government of New Brunswick. Transforming New Brunswick's Health-care System: The Provincial Health Plan 2008-2012. Government of New Brunswick; 2008 Jan 4.
19. Nunavut Department of Health and Social Services. Developing Healthy Communities - A Public Health Strategy for Nunavut. Government of Nunavut; 2008 Jan 1.

20. British Columbia Ministry of Health Services. British Columbia 2010/11 - 2012/13 Service Plan. Government of British Columbia; 2010 Jan 3.
21. Manitoba Health. Quality Health for Manitobans - A Planning Framework. Winnipeg, Manitoba: Government of Manitoba; 1992 Jan 5.
22. Alberta Health Services. Becoming the Best: Alberta's 5 - Year Health Action Plan 2010 - 2015. Government of Alberta; 2010 Nov 30.
23. Yukon Department of Health and Social Services. Yukon Department of Health and Social Services Mission. Government of Yukon; 2010.
24. Government of Nunavut. 2009 - 2010 Government of Nunavut Business Plan. Government of Nunavut; 2009 Jan 1.
25. Health PEI. PEI Health System Strategic Plan 2009 - 2012. Government of Prince Edward Island; 2010 Jan 9.
26. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Results-based Plan Briefing Book 2010-11. Government of Ontario; 2010 Jan 7.
27. Government of Alberta. Budget 2010 - Striking the Right Balance, Health and Wellness Business Plan 2010-13. Government of Alberta; 2010 Jan 22.
28. Government of Manitoba. Achieving Health System Accountability 2009 - Getting There Together. Government of Manitoba; 2009 Jan 1.
29. Government of Manitoba. Manitoba Health - Annual Report 2009 - 2010. Government of Manitoba; 2011 Jan 1.
30. Government of Yukon. Yukon Health Act. 1-1-2002. Government of Yukon.
31. Ontario Health Quality Council. Health Quality Ontario Strategic Plan. 2-23-2011. Ontario Health Quality Council. 9-12-2011.
32. Health Quality Council of Alberta. 2007 - 2010 Health Plan - Knowledge to Action. Health Quality Council of Alberta; 2007 Jan 1.
33. Ontario Health Quality Council. Annual Reports and Financial Statements, Ontario Health Quality Council. Queen's Printer for Ontario; 2009 Jan 12.
34. Northwest Territories Health and Social Services. A Foundation for Change, Building a Healthy Future for the NWT 2009 - 2012. Government of Northwest Territories; 2009 Jan 11.
35. Government of Nova Scotia. Better Care Sooner - the plan to improve emergency care. Government of Nova Scotia; 2010 Jan 12.
36. New Brunswick Health Council. New Brunswick Health System Report Card. Moncton, New Brunswick: New Brunswick Health Council; 2010 Jan 1.
37. Public Health Agency of Canada. Health Goals for Canada. Public Health Agency of Canada; 2005 Jan 10.
38. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. A Healthy, Productive Canada: A Determinant of Health Approach. The Senate of Canada; 2009 Jan 6.
39. Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. The Health of Canadians - The Federal Role - Volume Six: Recommendations for Reform. The Senate of Canada; 2002 Jan 10.
40. Standing Committee on Health. Statutory Parliamentary Review of the 10-year plan to strengthen Health Care. Government of Canada; 2008.
41. Government of Canada. 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. Government of Canada; 2003 May 2.
42. Health Council of Canada. About the Health Council of Canada 2007/2008. Health Council of Canada; 2007 Jan 3.

43. Health Canada. Asymmetrical Federalism that respects Quebec's Jurisdiction. 2004. Government of Canada.
44. Government of Canada. A 10-Year Plan to Strengthen Health Care. Government of Canada; 2003 May 2.
45. Smith PC. Measuring Value for Money in Healthcare: Concepts and Tools. London, United Kingdom: The Health Foundation; 2009.
46. McKee M. Measuring the efficiency of health systems. The world health report sets the agenda, but there's still a long way to go. *British Medical Journal* 2001 August 11;323(7308):295-6.
47. McGlynn EA. Identifying, Categorizing and Evaluating Health Care Efficiency Measures. Rockville, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
48. Grignon M. The Role of Education in Health System Performance: A Propos World Health Report 2000. 2006-03 ed. Hamilton, Canada: Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA); 2006.
49. Greene W. Distinguishing between heterogeneity and inefficiency: stochastic frontier analysis of the World Health Organization's panel data on national health care systems. *Health Economics* 2004;13(10):959-80.