Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien

Mise à jour en novembre 2013

Performance du système de santé

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Sommaire iii

Concepts et définitions clés v

1.0 Utilité d'un cadre de mesure de la performance du système de santé 1

2.0 Description du cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS 2

- 2.1 Résultats du système de santé 4
- 2.2 Déterminants sociaux de la santé 5
- 2.3 Extrants du système de santé 6
- 2.4 Caractéristiques et intrants du système de santé 8

3.0 Harmonisation du cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS avec les priorités des provinces et des territoires 10

- 3.1 Un cadre dynamique qui appuie les efforts d'amélioration de la performance des provinces et des territoires 10
- 3.2 Un cadre en harmonie avec les priorités des provinces et des territoires canadiens en matière d'amélioration de la performance 13

4.0 Conclusion et prochaines étapes 15

Annexe A : Processus d'élaboration du cadre de mesure 17

Annexe B : Relation entre le cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS et de Statistique Canada et le cadre de mesure de la performance du système de santé proposé 21

Annexe C : Comparaison du cadre de mesure de la performance du système de santé proposé par l'ICIS avec d'autres cadres de mesure de la performance à l'échelle internationale 23

Références 25

Sommaire

Le présent document décrit le nouveau cadre proposé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour mesurer la performance du système de santé à l'échelle pancanadienne. Ce cadre sert de fondement au programme enrichi de production de rapports et de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS, qui vise à aider les régions, provinces et territoires canadiens dans leurs efforts d'amélioration de la performance du système de santé.

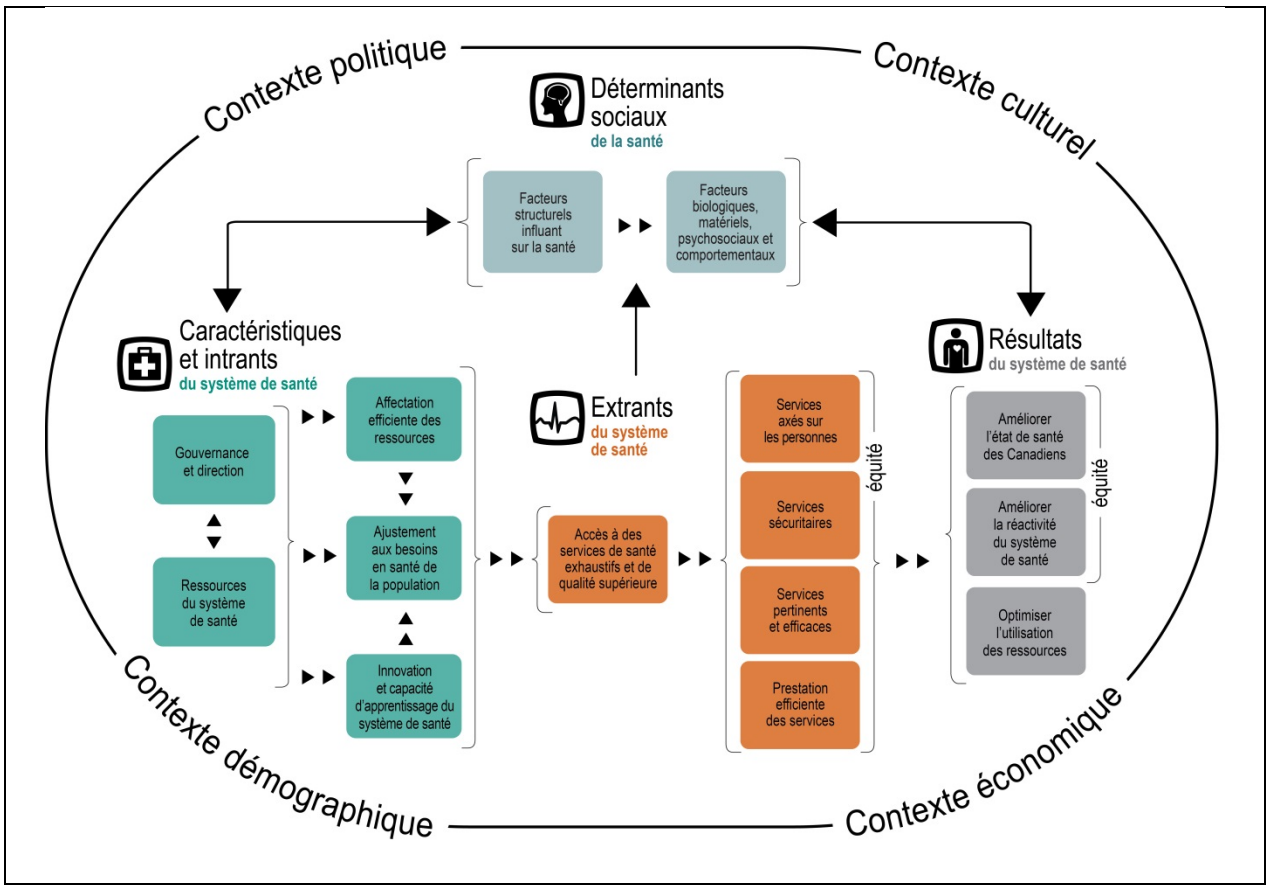
Le présent cadre est conçu pour répondre aux besoins d'information sur la performance du système de santé du grand public, des responsables de l'élaboration des politiques et des gestionnaires du système de santé, de manière parcimonieuse et en tenant compte des priorités provinciales et territoriales à l'égard de l'amélioration de la performance. Formulé à partir du précédent cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS et de Statistique Canada (publié en 1999), le cadre satisfait aux critères suivants : il tient compte de l'évolution des besoins de ses divers utilisateurs en matière d'information sur la performance; il repose sur les connaissances scientifiques actuelles; il est exploitable, puisqu'il offre une grille d'analyse et d'interprétation pouvant servir à gérer et à améliorer la performance du système de santé.

Le cadre de mesure de la performance du système de santé qui est proposé se compose de quatre quadrants interreliés : les résultats du système de santé, les déterminants sociaux de la santé, les extrants du système de santé et les caractéristiques et intrants du système de santé. Chaque quadrant englobe diverses dimensions de la performance liées par des relations de causalité escomptées. Les quatre quadrants s'inscrivent dans un contexte démographique, politique, économique et culturel. Cet environnement contextuel influence les relations entre les dimensions de chaque quadrant, ainsi que le rapport entre les quadrants eux-mêmes.

Les quatre quadrants sont liés par une chaîne de causalité escomptée dont les maillons sont représentés par des flèches. Cette chaîne met l'accent sur l'objectif final, soit l'amélioration des résultats grâce à un système de santé très performant. La plupart des cadres de mesure de la performance sont statiques. Or, dans le cadre proposé ici, la performance est vue comme un processus dynamique où il importe d'analyser les relations escomptées entre les différents éléments. Cette perspective est particulièrement utile dans un contexte d'amélioration de la performance.

Comme le démontre le présent document, le cadre proposé par l'ICIS est bien adapté aux stratégies et aux objectifs d'amélioration de la performance du système de santé des provinces et territoires canadiens.

Figure 1 : Nouveau cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS



Concepts et définitions clés

Les **résultats du système de santé** (premier quadrant du cadre) correspondent aux objectifs premiers du système de santé. Parmi ces résultats, on compte un état de santé amélioré et plus uniforme au sein de la population, la réactivité accrue du système de santé en fonction des besoins et des attentes des Canadiens, ainsi que l'utilisation optimisée des ressources financières visant la viabilité du système de santé.

L'**état de santé** des individus et de la population comporte trois dimensions : les problèmes de santé, la fonction humaine et le bien-être.

On entend par **problèmes de santé** les affections et les modifications de l'état d'une personne qui peuvent engendrer de la détresse, nuire aux activités quotidiennes ou exiger le recours à des services de santé. Cette dimension englobe les maladies (aiguës ou chroniques), les troubles, les blessures et les traumatismes, ainsi que des états liés à la santé comme la grossesse, le vieillissement, le stress, les anomalies congénitales et les prédispositions génétiques pouvant causer la mort.

La **fonction humaine** correspond à l'état de santé global et au fonctionnement général de la population; elle est associée aux conséquences des maladies, troubles, blessures et autres problèmes de santé. La fonction humaine comprend les fonctions et structures physiques (déficiences), les activités (limitations de l'activité), la participation (restrictions de participation) et l'espérance de vie.

La notion de **bien-être** correspond au degré de bien-être physique, mental et social des personnes et de la population par rapport aux conditions matérielles, à la qualité de vie et à la durabilité de ce bien-être[1].

On entend par **réactivité du système de santé** la capacité du système de répondre aux besoins et aux attentes de la population[2]. Cette notion comprend également la confiance envers le système de santé[3], c'est-à-dire la certitude au sein de la population que le système est en mesure de répondre à ses besoins.

L'**équité (en matière d'état de santé et de réactivité du système)** est un résultat important du système de santé qui englobe la répartition équitable de l'état de santé et de la réactivité du système de santé entre tous les groupes socioéconomiques — l'équité du système de santé. Cela suppose qu'il faut donner à chacun une chance équitable de réaliser pleinement son potentiel de santé et, en termes plus concrets, qu'il faut veiller à ce que nul ne soit défavorisé, si cela est possible, dans la réalisation de ce potentiel[4] ».

L'**optimisation de l'utilisation des ressources** est liée à l'état de santé ainsi qu'à la réactivité et à l'équité du système de santé. Ce critère constitue une mesure de l'atteinte des trois objectifs par rapport aux ressources utilisées[2].

Les **déterminants sociaux de la santé** (deuxième quadrant) sont répartis en deux niveaux[5], soit les facteurs structurels et les facteurs intermédiaires (biologiques, matériels, psychosociaux et comportementaux) qui influent sur la santé de la population et les inégalités en matière de santé.

Les **facteurs structurels qui influent sur la santé** désignent les facteurs qui déterminent la situation socioéconomique des personnes et des familles, par exemple le revenu et le statut social, l'éducation et l'alphabétisation, le sexe et l'origine ethnique. Dans leur ensemble, ces facteurs structurels peuvent contribuer à exposer les personnes à des conditions malsaines ou les y rendre plus vulnérables.

Les **facteurs biologiques, matériels, psychosociaux et comportementaux** sont collectivement appelés « déterminants intermédiaires de la santé ». Les facteurs biologiques comprennent le patrimoine génétique, les processus de vieillissement et la biologie sexospécifique. Les circonstances matérielles comprennent les caractéristiques des quartiers, le logement, les conditions de travail et l'environnement physique. Les conditions psychosociales englobent le stress, la maîtrise de soi et les réseaux de soutien social. Les facteurs comportementaux comprennent notamment le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation et la nutrition. Ces facteurs intermédiaires sont interreliés, comme le sont les facteurs intermédiaires et structurels qui influent sur la santé.

Les **extrants du système de santé** (troisième quadrant) correspondent aux services dispensés en fonction des activités entreprises par les organismes et les personnes au sein du système de santé. Les dimensions de ce quadrant décrivent les caractéristiques qui contribuent à la qualité des services. Ces caractéristiques s'appliquent à tous les services dispensés aux populations par le système de santé (p. ex. santé publique, promotion de la santé et prévention des maladies) ainsi qu'aux particuliers (p. ex. services hospitaliers, médicaux, de santé mentale et de soins de longue durée).

La notion d'**accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure** renvoie à la gamme de services de santé offerts (y compris de santé publique, de promotion de la santé et de prévention des maladies) et à la capacité de répondre aux besoins de la population ou des particuliers sans que des délais ou des obstacles financiers, organisationnels ou géographiques nuisent à la demande ou à l'obtention des services. Les autres dimensions de ce quadrant définissent les attributs de qualité supérieure qui intègrent la définition de qualité de l'Institute of Medicine.

Les **services axés sur les personnes** sont des services qui sont adaptés aux préférences, aux besoins et aux valeurs des personnes, et qui s'assurent que les préférences de ces dernières guident toutes les décisions cliniques les concernant. Cette notion renvoie également à l'intégration et aux liens entre les structures, les fonctions, les secteurs et les professionnels du milieu de la santé, qui font en sorte que la personne recevant les services et ses aidants naturels sont au cœur de la prestation et que la continuité des soins est prise en compte.

On entend par services de santé **sécuritaires** des services qui évitent que des patients à qui l'on dispense des soins destinés à les aider subissent des préjudices.

La **pertinence et** l'**efficacité** des services de santé reposent sur des connaissances scientifiques permettant de déterminer à qui les services peuvent bénéficier le plus, ce qui favorise une réduction de l'incidence, de la durée, de l'intensité et des conséquences des problèmes de santé. Les services sont pertinents et efficaces lorsqu'ils sont dispensés à

toutes les personnes qui peuvent en bénéficier et lorsque des décisions axées sur la personne sont prises afin d'éviter que ces services soient dispensés aux personnes peu susceptibles d'en bénéficier.

La **prestation efficiente des services** de santé vise à éviter le gaspillage d'équipement, de fournitures, d'idées et d'énergie, entre autres. Elle désigne l'efficacité technique du système de santé et l'optimisation des extrants (services) pour une quantité et une combinaison d'intrants en particulier (ressources), ou encore la minimisation des intrants nécessaires pour obtenir des extrants ou une combinaison d'extrants en particulier.

L'**équité (en matière d'extrants du système de santé)** renvoie à la capacité du système de santé de fournir à des personnes et des populations des extrants exhaustifs et de qualité supérieure (services) de manière équitable et sans que des obstacles, financiers ou autres, nuisent à la prestation de soins axés sur la personne, sécuritaires, pertinents, efficaces et efficients.

Les **caractéristiques et intrants du système de santé** (quatrième quadrant) correspondent aux caractéristiques relativement stables du système de santé, notamment les capacités de gouvernance et de direction au sein du système, les ressources disponibles, la répartition et l'affectation de ces ressources, la capacité d'ajustement et d'adaptation du système aux besoins en santé de la population, ainsi que l'innovation et la capacité d'apprentissage du système.

On entend par **gouvernance et direction** le fait de veiller à la mise en place de politiques stratégiques, conjuguées à une supervision efficace, à la mise en place de coalitions, à l'élaboration de règles et de mesures d'encouragement appropriées, à une conception réfléchie du système et à un processus de responsabilisation[6].

Les **ressources du système de santé** correspondent aux ressources financières, humaines, physiques, techniques et informationnelles (ce qui comprend des données probantes et des données de grande qualité) disponibles dans le système de santé.

La notion d'**innovation** renvoie à la mise en œuvre, dans un organisme, d'une nouvelle idée générée à l'interne ou empruntée ailleurs, qui touche un produit, un dispositif, un système, un processus, une politique, un programme ou un service[7].

La **capacité d'apprentissage** dans le système de santé correspond à l'efficacité avec laquelle, au sein du système, on arrive à produire, à acquérir et à transférer des connaissances, ainsi qu'à modifier les comportements en fonction des connaissances et des nouvelles perspectives[8].

La notion d'**affectation efficience des ressources** correspond à l'évaluation de la combinaison de ressources utilisée pour offrir des services de santé de façon à répondre aux attentes de la population et aux besoins de la société[9].

L'**ajustement aux besoins en santé de la population** renvoie à la capacité du système de santé de s'adapter continuellement de façon à répondre aux besoins de la population, par l'innovation, l'apprentissage et l'ajustement de l'affectation des ressources.

1.0 Utilité d'un cadre de mesure de la performance du système de santé

En 1999, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada, dans le cadre de leur initiative conjointe sur les indicateurs de santé, ont élaboré un cadre conceptuel à partir d'une série de consultations auprès d'intervenants du système de santé. Ce cadre est largement accepté au Canada et jouit d'une reconnaissance internationale : en 2010, il a été approuvé comme norme technique internationale par l'Organisation internationale de normalisation.

Le cadre conceptuel des indicateurs de santé est un outil de classification des indicateurs relatifs à la performance du système de santé et à la santé de la population; il n'a pas été conçu pour expliquer les relations escomptées entre les dimensions de la performance du système de santé. En revanche, dans d'autres cadres de mesure de la performance, comme des tableaux de bord prospectifs ou des alignements stratégiques[10-12], la mesure de la performance est axée vers les objectifs des organismes ou des systèmes.

Bien que le cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS et de Statistique Canada — considéré à l'échelle internationale comme l'un des plus robustes cadres de mesure de la performance du système de santé — constitue un bon point de départ, des ajustements sont nécessaires afin d'en faire un cadre dynamique et exploitable dans le contexte de l'amélioration de la performance du système de santé. En outre, le cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS et de Statistique Canada ne reflète ni les avancées scientifiques en matière de mesure et d'amélioration de la performance qui ont eu lieu depuis 1999, ni l'insistance récente des gouvernements sur l'utilisation optimale des ressources financières, la sécurité des patients et les soins centrés sur le patient.

Le présent document propose un cadre global de mesure de la performance du système de santé qui vise à soutenir les priorités des régions, provinces et territoires canadiens en matière d'amélioration de la performance en illustrant les relations de causalité escomptées entre les dimensions de la performance du système de santé.

Pour répondre aux besoins des gestionnaires du système de santé, des responsables de l'élaboration des politiques et du grand public en matière d'information sur la performance du système de santé, un cadre solide doit tenir compte de l'évolution des besoins de ses divers utilisateurs en matière d'information sur la performance, reposer sur les connaissances scientifiques actuelles et offrir une grille d'analyse et d'interprétation théoriquement justifiée qui peut être utilisée pour gérer et améliorer la performance du système de santé.

Un cadre solide de mesure de la performance du système de santé axé sur l'amélioration de la performance doit remplir les critères suivants :

- **Exhaustivité :** Le cadre doit englober un large éventail de dimensions de la performance clairement situées dans le contexte des systèmes de santé.
- **Intégration :** Le cadre doit inclure divers modèles et différentes perspectives théoriques et disciplinaires sur la performance.

- **Justification théorique :** Le choix des dimensions de la performance doit reposer sur des bases théoriques solides.
- **Exploitabilité :** Le cadre doit être conçu de façon à favoriser l'action et doit illustrer les relations de causalité escomptées entre les diverses dimensions de la performance.
- **Alignement stratégique :** Le cadre doit refléter les priorités régionales, provinciales et territoriales en matière d'amélioration du système de santé, tout en restant conforme à ses fondements théoriques.

2.0 Description du cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS

Le présent cadre s'inspire du cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS et de Statistique Canada. Toutefois, il n'a pas pour but de classifier l'information sur la performance, mais plutôt de mesurer la performance du système de santé par rapport à des objectifs intermédiaires et ultimes, ainsi de soutenir les efforts régionaux, provinciaux et territoriaux d'amélioration de la performance du système de santé. Pour ce faire, il fournit une structure qui permet aux gestionnaires du système de santé et aux responsables de l'élaboration des politiques d'évaluer la performance du système de santé et de comparer leurs résultats à ceux de leurs pairs tout en s'enrichissant de leur expérience et des meilleures données probantes disponibles.

Dans le cadre, les *extrants* du système de santé (soit la prestation de services de santé aux individus et à la population) sont considérés comme des objectifs *intermédiaires*; ils correspondent à la capacité du système de santé de donner accès en temps opportun à des services continus et efficaces. Les *résultats* du système de santé renvoient aux objectifs *ultimes* réels et perçus du système de santé relativement aux individus et à la population en général.

Le présent cadre se veut applicable : il expose les liens théoriques entre ses divers éléments et l'atteinte des objectifs du système de santé, dans un contexte particulier.

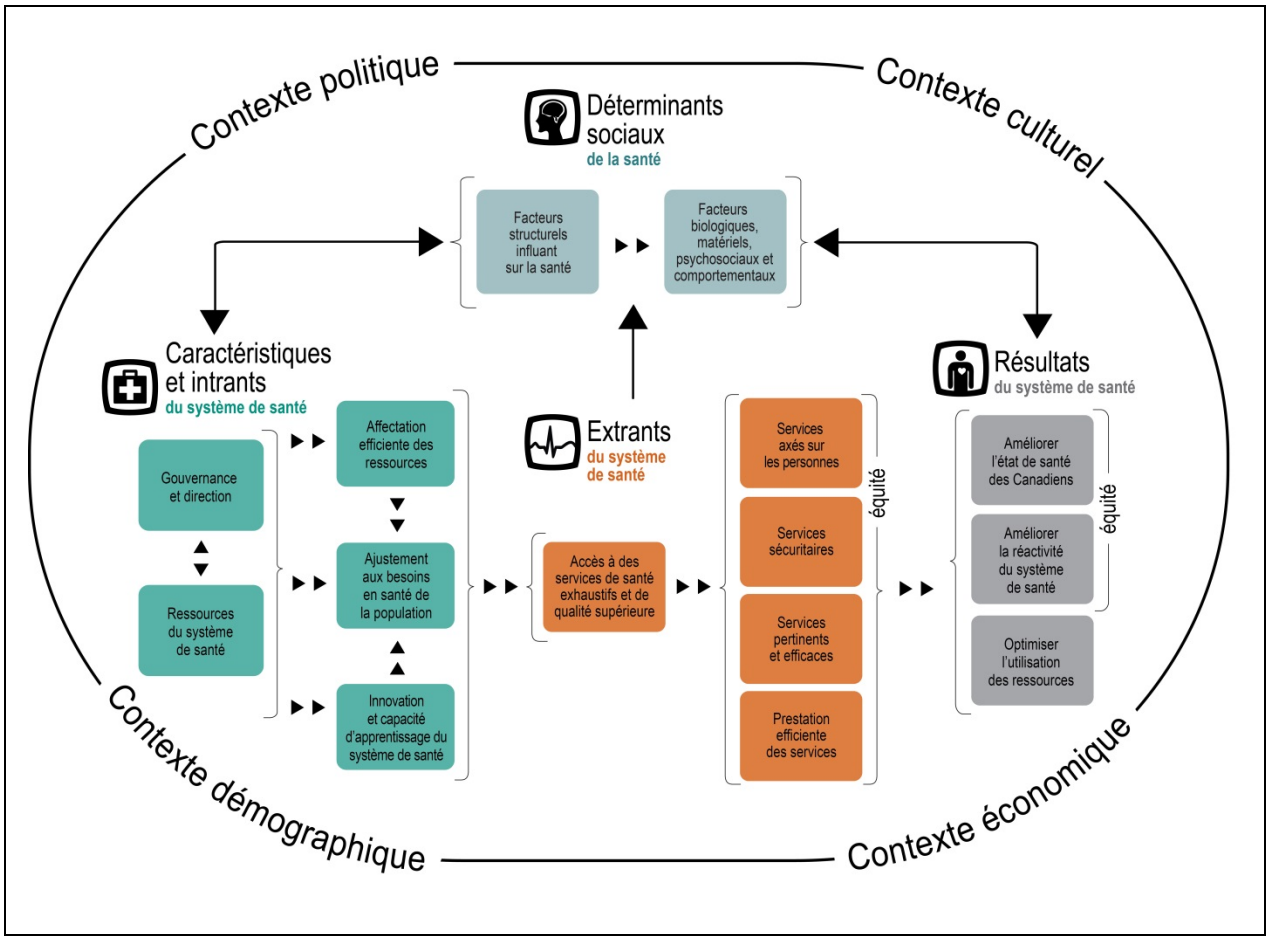
Puisqu'ils englobent « toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé[13] », les systèmes de santé comprennent autant les services de santé dispensés aux individus et aux groupes que les services et les politiques de santé publique. Les services de santé incluent les soins préventifs, diagnostiques, thérapeutiques, palliatifs et de réadaptation destinés aux personnes ou à des groupes particuliers, tandis que les services de santé publique consistent en des activités de surveillance et de protection de la santé, de promotion de la santé et de prévention des maladies qui mettent l'accent sur les déterminants de la santé et s'appliquent à l'ensemble de la population.

À l'instar du cadre conceptuel des indicateurs de santé, le cadre de mesure de la performance du système de santé proposé (figure 1) est composé de quatre quadrants interreliés : les résultats du système de santé, les déterminants sociaux de la santé, les extrants du système de santé et les caractéristiques et intrants du système de santé (les liens entre les deux cadres sont expliqués à l'annexe B). Chacun des quatre quadrants englobe diverses dimensions de la performance liées en fonction de relations escomptées. Les quadrants s'inscrivent dans un

contexte démographique, politique, économique et culturel qui influence les relations entre les dimensions de chaque quadrant, ainsi que le rapport entre les quadrants. Il est impossible d'évaluer l'atteinte des objectifs intermédiaires et ultimes du système de santé sans tenir compte de l'ensemble des dimensions de la performance et des éléments contextuels inclus dans le cadre.

Les quadrants et les dimensions de la performance qui composent le cadre sont décrits ci-dessous, en commençant par les résultats, ou objectifs ultimes, du système de santé, puis en revenant aux quadrants qui permettent l'atteinte de ces résultats.

Figure 1 : Nouveau cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS



2.1 Résultats du système de santé

Ce quadrant comprend les résultats généraux qui constituent les objectifs ultimes du système de santé et qui correspondent aux attentes des Canadiens et des intervenants du système de santé. On dégage à cet égard trois objectifs ultimes grandement conformes à ce que proposent d'autres cadres internationaux : l'état de santé des Canadiens, la réactivité du système de santé et l'optimisation de l'utilisation des ressources. La dimension de l'équité touche les deux premiers objectifs, ainsi que d'autres dimensions du cadre, comme l'illustre la figure 1.

- L'objectif premier et déterminant du système de santé consiste à améliorer l'état de santé de la population[2], dans l'optique où la « santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité[14] ». Cette dimension se compose de trois éléments : les problèmes de santé, la fonction humaine et le bien-être. On entend par *problèmes de santé* les affections et les modifications de l'état de santé comme les maladies, les troubles et les blessures. L'importance de ces problèmes au sein de la population peut être mesurée au moyen des taux d'incidence ou de mortalité due à des affections particulières. On entend par *fonction humaine* l'état de santé global et la capacité de fonctionnement général de la population associés aux conséquences des maladies et des troubles; on peut la mesurer par les années potentielles de vie perdue ou l'espérance de vie en santé. Enfin, la notion de *bien-être* correspond au degré de bien-être physique, mental et social des individus et de la population par rapport aux conditions matérielles, à la qualité de vie et à la durabilité de ce bien-être[1].
- Le système de santé doit offrir des services et améliorer la santé de la population de façon à répondre aux besoins et aux attentes de la population desservie[15], et ce, dans le respect des valeurs de la société. Il s'agit du deuxième objectif ultime du système de santé, que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qualifie de réactivité du système de santé[2]. La confiance de la population envers le système de santé[3], quant à elle, résulte de la qualité des interactions entre patients et dispensateurs et de l'adéquation entre le système de santé et les valeurs sociétales[16]. Selon certains auteurs, l'organisation et les pratiques du système de santé devraient reposer sur des valeurs communes dominantes[16, 17].
- Les résultats du système de santé dont il est question ci-dessus peuvent être évalués en fonction de leur atteinte dans la population en général, ou encore du point de vue de l'équité du système de santé, c'est-à-dire de la répartition équitable de l'état de santé et de la réactivité du système dans tous les groupes socioéconomiques. Cela suppose qu'il faut donner à chacun une chance équitable de réaliser pleinement son potentiel de santé et, en termes plus concrets, qu'il faut veiller, si cela est possible, à ce que nul ne soit défavorisé dans la réalisation de ce potentiel[4].
- L'optimisation de l'utilisation des ressources, troisième objectif ultime du système de santé, est liée aux trois descriptions ci-dessus, puisqu'elle permet de mesurer l'atteinte des objectifs par rapport aux ressources utilisées[2]. Ainsi, l'optimisation telle que définie ici renvoie à la capacité d'équilibrer l'affectation des ressources au sein du système de santé de façon à obtenir les meilleurs résultats possibles (état de santé, réactivité du système de santé et équité) à partir des ressources utilisées[18].

2.2 Déterminants sociaux de la santé

Le document *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*[19], qui a proposé un premier cadre intégrant les déterminants de la santé a été proposé, a souligné l'importance d'agir sur ces facteurs pour améliorer l'état de santé de la population. Une telle affirmation a mis l'accent sur le rôle important des politiques de santé publique dans l'amélioration de l'état de santé de la population[20]. De récents travaux de Wilkinson et Marmot dans le cadre du rapport de 2008 de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé[6] indiquent également que « la santé est très influencée par le milieu social ». Bien que le système de santé permette de prolonger la vie et de guérir des maladies, l'amélioration de la santé de la population dépend en grande partie des politiques de santé publique et de l'action gouvernementale. Les politiques publiques en général peuvent ainsi « jouer [un rôle] en favorisant un environnement social propice à la santé[21] ». De nombreux déterminants environnementaux et sociaux de la santé ont été décrits dans la documentation, notamment la pauvreté, les conditions de travail, le soutien social, le chômage, la position sociale, les politiques de transport, le statut socioéconomique et l'environnement physique[19-24].

Le présent cadre tire parti des travaux réalisés par Solar et Irwin pour le compte de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS[5]. Des facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques contribueraient à générer des inégalités au chapitre de la situation socioéconomique. Ces facteurs se trouvent dans les éléments contextuels du cadre et comprennent des processus comme la gouvernance, les politiques macroéconomiques, les politiques sociales et publiques, les valeurs culturelles et sociétales ainsi que les conditions épidémiologiques[i].

Les déterminants sociaux de la santé sont répartis en deux niveaux dans le cadre[5], soit les facteurs structurels et les facteurs intermédiaires. Les facteurs structurels influant sur la santé désignent les facteurs qui déterminent la situation socioéconomique des personnes et des familles, par exemple le revenu et le statut social, l'éducation et l'alphabétisation, le sexe et l'origine ethnique[ii, 25]. Puisque les facteurs structurels agissent sur la santé tout au long de la vie, leurs avantages et inconvénients s'accumulent au fil des ans[26, 27]. Les conditions de vie d'une mère, par exemple, ont pu avoir une incidence sur la croissance et le développement du fœtus (en partie en raison de leur effet sur les comportements maternels), ce qui aura des conséquences à long terme sur la santé de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra[28]. Le revenu parental et l'éducation peuvent également agir sur la santé de l'enfant ainsi que sur les résultats pour la santé et la réussite scolaire. De surcroît, les effets préjudiciables sur la santé des personnes qui vivent dans une pauvreté chronique s'accumulent au cours de leur vie[29].

---

i. Par exemple, combinées aux politiques fiscales qui consistent à redistribuer aux pauvres les revenus des riches, les politiques sociales qui aident les chômeurs ou les personnes mal logées à maintenir un niveau de vie acceptable peuvent favoriser une répartition plus égale du statut socioéconomique d'une société.

ii. Il importe de noter que la notion d'origine ethnique (et de race) est particulièrement complexe dans les sociétés au passé colonialiste comme le Canada. Du point de vue des déterminants de la santé, parce que les Autochtones du Canada (Premières Nations, Inuit et Métis) entretiennent des relations particulières avec la société coloniale, ils ne peuvent être regroupés entre eux ou avec d'autres groupes ethniques non autochtones. Ce passé est façonné par l'héritage du colonialisme, qui comprend notamment la destruction de la culture, de la langue et de l'identité, la dispersion des familles et des soutiens familiaux, ainsi que l'expérience des pensionnats indiens, des facteurs qui influent sur les déterminants de la santé[86].

Dans leur ensemble, ces facteurs structurels peuvent exposer les personnes à des conditions malsaines ou les y rendre plus vulnérables. Les déterminants comprennent les conditions matérielles et psychosociales ainsi que les facteurs comportementaux et biologiques, collectivement appelés « déterminants intermédiaires de la santé » [5]. Les *facteurs biologiques* englobent le patrimoine génétique, les processus de vieillissement et la biologie sexospécifique. Ces facteurs peuvent avoir une importante incidence sur la santé, souvent en raison d'interrelations complexes avec l'environnement. Les *circonstances matérielles* comprennent les caractéristiques des quartiers, le logement, le milieu de travail et l'environnement physique[6, 30]. Ces environnements peuvent promouvoir la santé, mais aussi présenter des risques pour la santé. Les *circonstances psychosociales* susceptibles de favoriser la santé ou la maladie comprennent le stress, la maîtrise de soi et les réseaux sociaux de soutien[21, 25, 31]. Un grand nombre de *facteurs comportementaux* peuvent également influer sur la santé. Il s'agit notamment du tabagisme, de l'activité physique, de l'alimentation et de la nutrition[iii, 21, 25, 31, 32]. Si les expériences et les environnements que connaît une personne à la petite enfance peuvent avoir une incidence sur ses comportements, il faut aussi reconnaître qu'il est important de responsabiliser chaque personne envers sa santé et ses comportements et d'ainsi donner à chacun les moyens d'agir sur les expériences et les environnements. Ensemble, ces facteurs intermédiaires peuvent influer sur la santé d'une personne et doivent être pris en compte afin de mieux comprendre quels éléments façonnent la santé de la population et les inégalités en matière de santé[20].

Comme il est indiqué ci-dessus, une intervention gouvernementale et intersectorielle s'impose en ce qui a trait aux déterminants sociaux de la santé. Le système de santé a un rôle important à jouer à ce chapitre. D'une part, il organise directement les activités visant à répondre aux effets des déterminants intermédiaires de la santé dans le cadre de ses fonctions traditionnelles en matière de santé publique, notamment en veillant à la salubrité de l'air, des aliments et de l'eau ainsi qu'en offrant des services de prévention des maladies et de promotion de la santé. D'autre part, le système de santé peut jouer un rôle de premier plan en coordonnant les activités entre différents secteurs gouvernementaux (activités intersectorielles) et en élaborant des politiques en matière de santé publique[33, 34]. En outre, il a été avancé qu'un système de santé plus efficient permettrait de réaffecter les ressources à d'autres secteurs[35], ce qui aurait une incidence sur les facteurs structurels influant sur la santé (p. ex. en augmentant le salaire minimum ou en investissant dans l'éducation préscolaire).

2.3 Extrants du système de santé

Le quadrant Extrants du système de santé regroupe les dimensions liées aux caractéristiques des services de santé (ou extrants) produits par le système de santé, y compris le système de soins de santé et les services de santé publique et de promotion de la santé[36]. Ce quadrant peut être scindé en deux éléments. Le premier élément représente la capacité du système à offrir des services de qualité supérieure, notamment des services de promotion de la santé et

iii. Solar et Irwin caractérisent les systèmes de santé comme un déterminant intermédiaire de la santé qui peut s'attaquer directement aux problèmes d'exposition et de vulnérabilité en améliorant l'accès équitable aux soins et en promouvant des activités intersectorielles visant à améliorer l'état de santé[5]. Le modèle de Solar et Irwin a cependant pour objectif de décrire les déterminants de la santé des populations. Il ne s'agit pas d'un modèle de mesure de la performance du système de santé. Le cadre de mesure de la performance du système de santé décrit donc différemment les relations entre les systèmes de santé et les déterminants de la santé.

de prévention des maladies, aux individus et à la population, de manière équitable. Le deuxième élément représente les attributs liés à la qualité des services de santé offerts : les services doivent être axés sur les personnes (les patients et autres personnes doivent percevoir les services, y compris les services de santé publique, comme axés sur eux et intégrés), sécuritaires, pertinents et efficaces, et fournis de manière efficiente. Selon les ouvrages scientifiques, l'accès à des services de santé exhaustifs, financés par le gouvernement et de qualité supérieure influence plusieurs caractéristiques des services de santé, en particulier l'expérience des personnes[37, 38] ainsi que la sécurité[39, 40] et l'efficacité des soins[41, 42] (voir l'exemple 1 ci-dessous).

- L'accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure désigne la capacité du système de santé à offrir la gamme de services qui répond aux besoins des patients et de la population[43] en temps opportun sans que des obstacles financiers, organisationnels ou géographiques nuisent à la demande ou à l'obtention de ces services[44]. Il reflète le degré de correspondance entre les caractéristiques des ressources fournies en matière de services de santé et les besoins de la population[17, 44, 45]. L'exhaustivité des services publics offerts constitue un aspect important de cette dimension. Par exemple, des services comme les soins dentaires et certains médicaments d'ordonnance peuvent être accessibles aux personnes bénéficiant d'une assurance privée, mais poser des obstacles financiers aux personnes qui n'en ont pas.
- Les services axés sur les personnes sont des services intégrés qui favorisent l'expérience de la continuité chez les patients et reflètent « la façon dont les soins sont vécus par un patient comme étant cohérents et continus; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une bonne coordination des soins » [46]. L'intégration des services de santé regroupe les dispositions de nature organisationnelle et clinique qui améliorent les liens et la collaboration entre les dispensateurs de soins de santé au sein des organismes, des fonctions et des secteurs[47, 48]. De plus, la mesure dans laquelle les services de santé et les dispensateurs de soins s'adaptent aux désirs, aux besoins et aux préférences des personnes et y répondent[49] transparaît dans l'expérience des personnes et des patients qui cherchent, obtiennent et reçoivent des services. Elle exprime la qualité des relations interpersonnelles lors de la prestation des soins ainsi que les services au cours desquels la confidentialité, la possibilité de faire des choix éclairés, l'honnêteté et l'empathie caractérisent la relation entre le patient et le dispensateur de soins de santé[37].
- On entend par services de santé sécuritaires des services qui évitent que les patients à qui l'on dispense des soins destinés à les aider subissent des préjudices[50]. Bien que la pertinence des soins soit définie comme une dimension distincte, la pertinence des services est clairement liée à leur sécurité, car la prestation de services non pertinents peut exposer inutilement les individus à des risques sans leur offrir d'avantage éventuel.
- La pertinence et l'efficacité des services de santé constituent les principaux éléments de la qualité technique des soins[51] et reposent sur la mise en application des connaissances scientifiques et des normes cliniques actuelles, en vue d'atteindre l'équilibre le plus favorable entre les risques et les avantages[51]. La pertinence se rapporte à la manière dont les services de santé dispensés aux patients reflètent les connaissances scientifiques ayant trait aux avantages et aux risques associés aux services. L'efficacité des services de santé fait

référence aux résultats pour la santé attribuables aux services dispensés — réduction de l'incidence, de la durée, de l'intensité et des conséquences des problèmes de santé. Cela comprend aussi la pertinence et l'efficacité des interventions auprès de la population en matière de santé, comme celles liées aux habitudes de vie, à la prévention des maladies et au dépistage.

- La prestation efficace des services de santé représente le niveau maximal d'extrants qu'il est possible de produire pour une quantité donnée d'intrants en vertu des procédés technologiques en vigueur[52]. Elle résulte de l'optimisation des processus de soins et de la production de services au sein du système de santé[45]. Par exemple, pour améliorer l'efficience, on pourrait réaliser les interventions chirurgicales non urgentes en chirurgie d'un jour, réduire les séjours en soins de courte durée en améliorant la planification et la coordination des congés ou éliminer le gaspillage dans la prestation des services.

Il est important de noter que les extrants du système de santé — les services de santé dont il est question dans ce quadrant — englobent tous les produits ayant trait à la prestation des services de santé, notamment les soins de courte durée, les soins communautaires, les soins primaires, les soins continus, la réadaptation, la promotion et la protection et les services de santé publique. Les attributs liés à la qualité — le fait que les soins soient axés sur les personnes, sécuritaires, pertinents et efficaces, et qu'ils soient fournis de manière efficiente — s'appliquent également à tous ces services, lesquels contribuent à la production des extrants du système de santé décrits dans le quatrième quadrant.

Exemple 1
Influence de l'accessibilité du système de santé sur la qualité et les résultats pour la santé

Selon le rapport *Crossing the Quality Chasm*[50] publié en 2001 par l'Institute of Medicine, la réduction des délais liés aux soins de santé figure parmi les six objectifs à atteindre pour améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé. Les délais d'accès peuvent survenir à diverses étapes de l'interaction du patient avec le système de santé. Par conséquent, la notion d'accessibilité englobe tous les types de délais qui peuvent marquer le contact du patient avec un dispensateur, tels que le délai avant l'obtention d'un rendez-vous médical[53], le temps d'attente à l'urgence[54] ou le délai entre l'admission du patient et la chirurgie[55, 56]. Il existe un lien étroit entre ces types de délais et les résultats pour la santé tels que le taux de survie[55] et le taux de mortalité[53, 54, 56].

2.4 Caractéristiques et intrants du système de santé

Le dernier quadrant englobe les dimensions qui encadrent le système de santé et qui sont considérées comme des préalables à la performance du système de santé. Elles correspondent aux « caractéristiques relativement stables [des dispensateurs de services du système de santé], des outils et des ressources à leur disposition ainsi que du cadre physique et organisationnel dans lequel ils travaillent » (adaptation de Donabedian, 1980[51] [traduction libre]). Ainsi, elles représentent les facteurs susceptibles d'expliquer la performance[2] et peuvent ainsi être perçues comme des moyens d'améliorer la performance du système de santé. Ce quadrant regroupe cinq dimensions interreliées : la gouvernance et la direction,

les ressources mises à la disposition du système de santé, l'affectation efficience de ces ressources aux activités et aux initiatives du système de santé, l'innovation et la capacité d'apprentissage du système de santé ainsi que la capacité d'ajustement et d'adaptation du système de santé aux besoins changeants de la population en matière de santé.

- On entend par gouvernance et direction du système de santé le fait de veiller à la mise en place de politiques stratégiques, conjuguées à une supervision efficace, à la mise en place de coalitions, à l'élaboration de règles et de mesures d'encouragement appropriées, à une conception réfléchie du système et à un processus de responsabilisation[6]. Dans ce cadre, la gouvernance et la direction font également référence à la capacité du système de santé de diriger et de coordonner des stratégies intersectorielles pouvant contribuer de façon importante à la santé des personnes et des populations.
- Les ressources du système de santé font référence à l'ampleur des ressources financières, humaines, physiques (installations), techniques et informationnelles (y compris l'accès à des données de qualité supérieure) disponibles. Le système de santé mobilise et utilise ces ressources afin de produire les biens et services dont il a besoin pour arriver à ses fins. Les données probantes sont une ressource informationnelle clé dont la disponibilité et la pertinence constituent la pierre angulaire de l'amélioration de la performance à tous les échelons du système de santé, car elles éclairent et appuient de nombreux types de décisions[57].
- L'affectation efficience des ressources mesure la façon dont les ressources mises à la disposition du système de santé sont attribuées à la prestation de services de santé variés qui répondent aux demandes et aux besoins de la population et qui permettent au système d'obtenir de meilleurs résultats[9].
- La notion d'innovation fait référence à la mise en œuvre, dans un organisme, d'une nouvelle idée générée à l'interne ou empruntée ailleurs, qui touche un produit, un dispositif, un système, un processus, une politique, un programme ou un service[7]. Un système capable d'apprentissage est un système au sein duquel on arrive à produire, à acquérir et à transférer des connaissances, ainsi qu'à modifier les comportements en fonction des connaissances et des observations[8]. La capacité d'apprentissage du système de santé est non seulement une condition préalable à sa faculté d'innover et de s'adapter à son environnement[58], mais aussi un pilier sur lequel repose l'amélioration de sa qualité et de sa performance.
- L'ajustement aux besoins en santé de la population renvoie à la capacité du système de santé de s'adapter et de s'ajuster pour répondre aux besoins fluctuants de la population en matière de santé. Une connaissance du profil épidémiologique de la population est nécessaire pour comprendre les besoins en santé (maladies, incapacités, blessures et autres problèmes de santé) et ajuster l'affectation des ressources en fonction de ces besoins[59]. Cette notion reflète la capacité du système de santé de s'adapter aux besoins changeants de la population.

Les dimensions de ce cadre de mesure de la performance du système de santé, telles que nous les avons illustrées et décrites plus haut, correspondent à celles des cadres de performance mondialement reconnus, comme le cadre à trois volets de l'Institute for Healthcare Improvement (voir l'annexe B). Les dimensions du quadrant Extrants du système de santé correspondent aux dimensions de la performance déterminées par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dans le cadre du projet sur

les indicateurs de la qualité[60] et aux dimensions du cadre élaboré par le Fonds du Commonwealth[61]. En outre, les dimensions du quadrant Résultats du système de santé sont conformes aux cadres d'évaluation de la performance mis en place par l'OMS[2], l'OCDE[62] et l'Institute for Healthcare Improvement[63]. Enfin, l'inclusion des deux quadrants qui restent (Déterminants sociaux de la santé et Caractéristiques et intrants du système de santé) offre un point de vue et un contexte mieux intégrés permettant d'expliquer et d'analyser la performance du système de santé.

3.0 Harmonisation du cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS avec les priorités des provinces et des territoires

Le cadre proposé fournit une structure exhaustive et intégrée qui permet de mesurer la performance du système de santé. Sa représentation dynamique des relations escomptées entre les quadrants explique en partie la performance et ses déterminants, ainsi que les conséquences possibles des modifications au système et des initiatives d'amélioration. De plus, nous avons comparé les plans stratégiques, les priorités et les objectifs rendus publics par les provinces et territoires du Canada avec les dimensions du cadre de performance et avons constaté une grande correspondance. Ainsi, les provinces et les territoires peuvent utiliser le cadre de mesure de la performance pour comparer et comprendre les liens entre les dimensions, ainsi que la façon dont ces liens appuient la réalisation de leurs propres objectifs en matière de système de santé et stratégies d'amélioration de la performance.

3.1 Un cadre dynamique qui appuie les efforts d'amélioration de la performance des provinces et des territoires

Les quatre quadrants sont liés par une chaîne de causalité escomptée dont les maillons sont représentés par des flèches (voir la figure 1). La plupart des cadres d'évaluation de la performance sont statiques. Or, dans le cadre proposé ici, la performance est vue comme un processus dynamique où il importe de comparer et d'analyser les relations escomptées entre les différents éléments[64]. Cette perspective est particulièrement utile dans un contexte d'amélioration de la performance[10]. La performance proprement dite est mesurée à l'aide d'objectifs intermédiaires et ultimes au sein des quadrants Extrants du système de santé et Résultats du système de santé. Les quadrants Caractéristiques et intrants du système de santé et Déterminants sociaux de la santé représentent les facteurs contextuels qui influencent et expliquent la performance du système de santé. De ce fait, les flèches figurant sur le cadre illustrent la nature des relations attendues entre les quadrants et mettent l'accent sur l'amélioration des résultats grâce à un système de santé très performant.

La première flèche, qui relie les quadrants Caractéristiques et intrants du système de santé et Extrants du système de santé, représente la capacité du système de santé de s'adapter à son environnement et de résoudre les problèmes de santé de la population[64] en utilisant les ressources à sa disposition (y compris les observations scientifiques), en affectant ces ressources de manière plus efficace pour répondre aux besoins changeants de la population en matière de santé et en misant sur l'innovation et la capacité d'apprentissage du système. Ces caractéristiques peuvent influencer la capacité du système de santé de réaliser ses objectifs en matière d'extrants et, indirectement, ses objectifs en matière de résultats. Plus précisément, la disponibilité et la pertinence des données probantes, l'innovation et la capacité d'apprentissage ainsi que l'affectation efficience des ressources sont déterminantes pour la qualité des services[65, 66], la sécurité des patients[67] et l'efficacité des services[65, 68] (voir les exemples 2 et 3 ci-dessous).

Exemple 2

Influence de l'innovation du système de santé sur la sécurité des soins

La liste de vérification pour les chirurgies est un processus clinique innovateur qui met en application, dans un contexte opératoire, les pratiques fondées sur des données probantes et les contrôles de sécurité. Le recours à cette innovation accroît la sécurité des patients et l'efficacité des soins. Une masse croissante de données probantes indique que la mise en œuvre des listes de vérification a entraîné une diminution du nombre de complications postopératoires et d'interventions subséquentes non planifiées, ainsi qu'une réduction du nombre d'infections en milieu opératoire et des taux de mortalité hospitalière[57-59]. Selon une étude réalisée dans huit hôpitaux, la mise en place d'une liste de vérification en salle d'opération est liée à une diminution moyenne de 36 % des taux de complications postopératoires et de mortalité[59].

Exemple 3

Nécessité de disposer de données probantes pertinentes pour améliorer la qualité des soins

Les données probantes pertinentes, sous la forme de lignes directrices cliniques, peuvent avoir une influence positive considérable sur la qualité des soins offerts par les dispensateurs et, ainsi, améliorer les résultats pour la santé des patients[60, 61]. Cette influence est particulièrement importante pour la prestation de soins pertinents et efficaces. Une étude révèle que les médecins ayant suivi une formation relative aux lignes directrices en matière de vaccination contre la grippe étaient plus susceptibles, dans une proportion de 21 %, d'administrer les vaccins contre la grippe de façon adéquate que les médecins n'ayant pas reçu la formation[62].

La deuxième flèche, qui relie les quadrants Extrants du système de santé et Résultats du système de santé, illustre la contribution des extrants à la réalisation des objectifs ultimes du système de santé. Les extrants du système de santé doivent correspondre à ses objectifs ultimes[64], soit d'améliorer l'état de santé de toute la population et de répondre aux besoins de la population de manière à favoriser l'équité et l'optimisation de l'utilisation des ressources. Par exemple, la mortalité évitable (une mesure de l'état de santé qui reflète les décès prématurés au sein d'une population)

est déterminée par la prestation de services de santé efficaces en temps opportun et par la mise en place d'interventions de santé publique[69, 70] (voir l'exemple 4 à la page suivante). De même, la réactivité du système et la confiance du public envers celui-ci sont influencées par l'accessibilité et la qualité des soins qui déterminent la capacité du système de répondre aux besoins et aux attentes de la population[3, 15]. Tous ces aspects peuvent être expliqués par les décisions en matière d'affectation des ressources, qui doivent correspondre aux valeurs de la société[16]. De plus, de nombreuses études scientifiques établissent un lien entre la prestation de soins appropriés, intégrés, sécuritaires et fondés sur des données probantes et l'amélioration de l'efficacité du système de santé ou l'optimisation de l'utilisation des ressources[71, 72]. Par conséquent, le quadrant Extrants du système de santé représente l'un des principaux éléments utilisés pour déterminer dans quelle mesure les résultats ou objectifs ultimes du système de santé ont été atteints.

Exemple 4

Amélioration de l'état de santé de la population grâce aux interventions de prévention des maladies

À l'échelle de la population, il est possible de réduire considérablement les taux de mortalité évitable en diminuant les facteurs de risque comportementaux, c'est-à-dire par la mise en place de mesures de prévention des maladies. En Ontario, entre 1994 et 2005, environ la moitié de la réduction du taux de mortalité attribuable aux maladies coronariennes était due à la diminution de la prévalence de l'ensemble des facteurs de risque comportementaux (l'autre moitié résultant des progrès réalisés dans les traitements)[67]. Les données d'autres pays confirment cette tendance.

Trois autres flèches indiquent la relation entre le quadrant Déterminants sociaux de la santé et les trois quadrants relatifs au système de santé. Bien que l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et d'initiatives susceptibles d'influencer les déterminants sociaux ne soient pas toujours considérées comme l'une des responsabilités du système de santé, la capacité de performance dans le quadrant Caractéristiques et intrants du système de santé (en particulier pour la gouvernance et la direction), en partenariat avec d'autres secteurs de politiques à l'échelle du système et de la collectivité, peut appuyer les politiques et stratégies visant à améliorer ces conditions ou à réduire leur incidence sur l'état de santé et l'équité. Les déterminants structuraux et intermédiaires de la santé d'une population auront à leur tour des répercussions sur les besoins du système de santé en matière de ressources et sur l'affectation des ressources. La deuxième flèche illustre le fait que l'efficacité de production des extrants, particulièrement ceux liés à la santé publique, à la protection et la promotion de la santé ainsi qu'à la prévention des maladies, peut améliorer les déterminants comportementaux de la santé (voir l'exemple 4). La dernière flèche marque l'influence des déterminants sociaux de la santé, ainsi que les réactions individuelles à ces déterminants, sur l'état de santé des Canadiens et l'équité en santé. Cette flèche illustre aussi le fait que l'état de santé peut influer sur les déterminants de la santé liés aux circonstances matérielles et aider les personnes à participer activement. En effet, il existe un lien étroit entre l'état de santé de la population et la position sociale, les conditions de vie et l'environnement[20, 21]. Par conséquent, l'état de santé de la population ne peut dépendre seulement des effets du système de santé; il doit être analysé dans un contexte plus vaste qui tient compte de facteurs environnementaux, économiques et sociaux.

3.2 Un cadre en harmonie avec les priorités des provinces et des territoires canadiens en matière d'amélioration de la performance

L'ICIS a déjà recueilli des renseignements sur les priorités des provinces et des territoires en matière de système de santé afin d'élaborer un rapport antérieur sur l'efficacité du système de santé du Canada[9]. Ce travail peut servir à illustrer le degré de congruence entre ces priorités et les dimensions du cadre de mesure de la performance proposé.

Les plans stratégiques et de prestation de services des provinces et des territoires ont deux objectifs communs. Le premier concerne l'amélioration de la santé globale de la population, y compris le niveau de santé et de bien-être optimal, par la mise en place de politiques de promotion de la santé et de prévention des maladies qui influent sur les déterminants sociaux de la santé. Le second vise l'amélioration de la performance du système de santé et met l'accent sur l'accessibilité (surtout des soins de santé primaires), la qualité, la sécurité et l'efficacité des services de santé. La plupart des plans stratégiques misent également sur la viabilité d'un système public grâce à l'optimisation de l'utilisation des ressources. De nombreux plans préconisent l'amélioration de la continuité et de l'intégration ainsi que l'élaboration d'autres modèles de soins, surtout pour les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques. La viabilité, le rapport coût-efficacité et l'efficience font partie des objectifs stratégiques d'un grand nombre de provinces et de territoires. Enfin, les caractéristiques du système de santé, notamment les ressources humaines et la qualité de vie au travail, de même que la mise en place de nouvelles technologies de l'information, sont aussi des aspects importants de nombreux plans provinciaux et territoriaux. Pour ce qui est des objectifs et des stratégies en matière d'équité du système, certaines provinces et certains territoires ont clairement énoncé leur volonté de réduire les inégalités dans l'état de santé de la population ou de veiller à l'équité et à la qualité des services, alors que d'autres se sont employés à déterminer et à satisfaire les besoins des populations vulnérables.

Nous avons mis en correspondance les priorités stratégiques rendues publiques par les provinces et territoires[73-85] avec le cadre de mesure de la performance proposé afin d'illustrer la façon dont ce cadre tient compte des stratégies et des objectifs provinciaux et territoriaux en matière de performance du système de santé. Les exemples fournis dans le tableau 1 ci-dessous illustrent comment certaines priorités établies dans les plans stratégiques rendus publics par la Colombie-Britannique se rapportent aux dimensions du cadre de mesure de la performance du système de santé.

Tableau 1 : Relations entre les buts et objectifs stratégiques rendus publics par la Colombie-Britannique et les dimensions du cadre de mesure de la performance du système de santé proposé

Buts et objectifs du plan de services de 2010-2011 à 2012-2013		Dimensions connexes du cadre de mesure de la performance proposé
Buts	Objectifs	
Amélioration de la santé et du bien-être de la population	Appuyer les efforts individuels de maintien et d'amélioration de l'état de santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies	Amélioration de l'état de santé des Canadiens
		Facteurs biologiques, matériels, psychosociaux et comportementaux
		Accès aux services (information, conseils et ressources)
		Ressources du système de santé (données probantes et information)
Satisfaction des besoins de la population en matière de santé grâce à la prestation de services de santé et de soutien communautaires de qualité supérieure	Fournir un système de services de santé et de soutien communautaires fondé sur le rattachement à un médecin de famille et à une équipe de soins ainsi que sur l'établissement de liens avec les services communautaires locaux	Accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure
		Services axés sur les personnes
		Facteurs sociaux influant sur la santé
		Équité
Accès à des services de soins de courte durée de qualité supérieure, selon les besoins	Dispenser des services de soins de courte durée accessibles, efficaces et efficients	Accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure
		Services sécuritaires et services pertinents et efficaces
		Prestation efficiente des services
		Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé
Augmentation de l'innovation, de la productivité et de l'efficacité dans la prestation des services de santé	Optimiser la façon dont les ressources humaines de la santé, la gestion de l'information, la technologie et l'infrastructure sont utilisées pour la prestation de services	Ressources du système de santé
		Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé
	Innover et accroître l'efficience afin d'assurer la viabilité du système de santé public	Gouvernance et direction
		Services pertinents et efficaces
		Prestation efficiente des services
		Optimisation de l'utilisation des ressources

Cette illustration prouve également la nature dynamique du cadre proposé. Les stratégies énoncées pour un seul but ou objectif couvrent souvent les dimensions connexes (en amont) de la performance. Par exemple, le dernier objectif (Innover et accroître l'efficience) couvre des stratégies se rapportant aux dimensions suivantes :

- la dimension *gouvernance et direction*, comme des cadres législatifs, réglementaires et politiques qui assurent aux politiques une orientation claire et cohérente et qui permettent la prestation appropriée et rentable des services;
- la dimension *efficience* des services de santé, comme l'utilisation d'un financement fondé sur les activités et la performance pour l'atteinte de l'excellence en matière d'accès, d'efficacité clinique et de service.

4.0 Conclusion et prochaines étapes

Le présent document a comme objectif de décrire un cadre global qui servira à mesurer la performance du système de santé partout au Canada et qui appuiera les stratégies d'amélioration de la performance des provinces et des territoires. Ce cadre sert de fondement à l'élaboration d'un système intégré de production de rapports sur la performance du système de santé et d'une initiative d'amélioration, dirigée par l'ICIS. En outre, grâce à la création d'une plateforme commune permettant de classifier, de comprendre, d'analyser et de favoriser l'amélioration de la performance du système de santé, un tel cadre de mesure peut contribuer à atténuer l'impression de « chaos » qui entoure les indicateurs et renforcer davantage les capacités à utiliser l'information sur la performance dans la gestion et l'amélioration de la performance du système de santé.

Annexe A : Processus d'élaboration du cadre de mesure

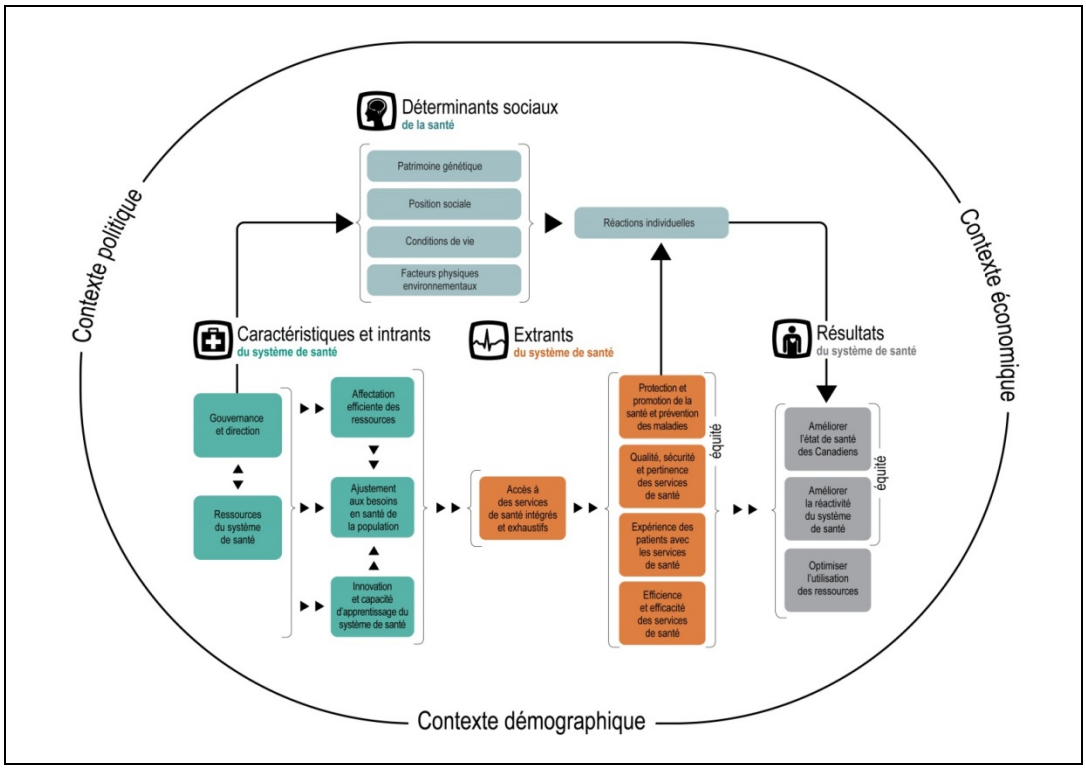
Le cadre de mesure décrit dans le présent rapport a été élaboré entre juin 2012 et juillet 2013. Voici un résumé des étapes d'élaboration :

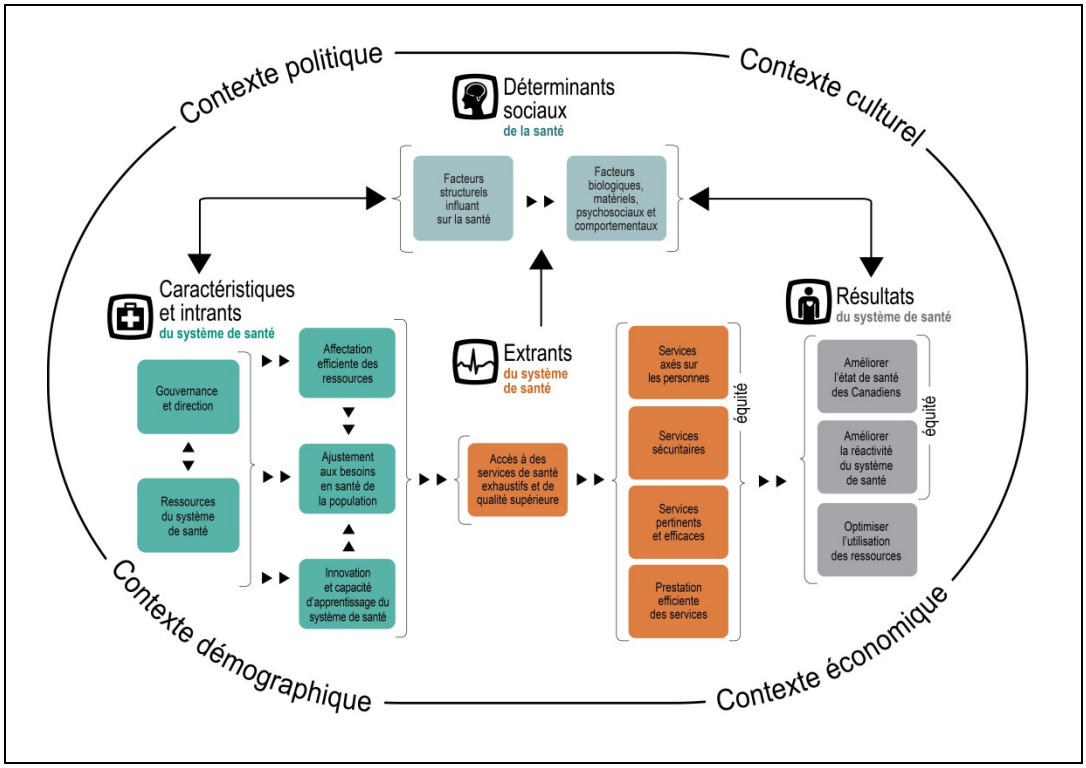
1. un examen des cadres utilisés ailleurs dans le monde pour la production de rapports sur la performance du système de santé;
2. une revue de la littérature et des données probantes sur la production de rapports visant à améliorer l'organisation et la qualité au sein du système de santé;
3. la production de la première version préliminaire du cadre de mesure de la performance du système de santé, suivie d'un examen et d'une discussion internes;
4. la transmission de la première version préliminaire à certains intervenants, groupes consultatifs d'experts et conseils;
5. révision de la première version préliminaire en fonction des commentaires reçus dans le but de produire une proposition de cadre de mesure de la performance du système de santé et un rapport technique connexe;
6. publication du cadre de mesure et du rapport technique sur le site Web de l'ICIS afin de recueillir des commentaires généraux;
7. révision du cadre proposé afin d'élaborer la version définitive du cadre de mesure de la performance du système de santé présentée dans le document.

Résumé des changements

La figure ci-dessous illustre le cadre de mesure de la performance du système de santé proposé (étape 5 ci-dessus) et la version définitive (étape 7 ci-dessus).

Figure 2 : Cadre de mesure de la performance du système de santé — version proposée en mai 2013 (en haut) et version définitive (en bas)





Deux des quatre quadrants créés dans la version proposée sont restés identiques :

1. Résultats du système de santé;
2. Caractéristiques et intrants du système de santé.

Les deux autres quadrants — Extrants du système de santé et Déterminants sociaux de la santé — ont été modifiés en réponse aux commentaires et suggestions émis par les intervenants durant le processus de consultation.

Bien que les concepts et dimensions de la performance du quadrant **Extrants du système de santé** soient essentiellement demeurés les mêmes, ils ont été réorganisés et clarifiés afin de mieux correspondre au concept de qualité élaboré par l'Institute of Medicine, qui a également été adopté et adapté par de nombreux conseils provinciaux de la qualité en santé. Le tableau ci-dessous indique comment les concepts ont été réorganisés en fonction des nouvelles dimensions.

Tableau 2 : Liste des changements au quadrant Extrants du système de santé

Extrants du système de santé : concept de la version proposée	Changements apportés dans la version définitive
Accès à des services de santé intégrés et exhaustifs	Le concept continue de faire référence au rôle fondamental qui consiste à fournir un accès équitable et en temps opportun à des services exhaustifs. Toutefois, le concept de services *intégrés* a été retiré de cette dimension et remplacé par une référence aux services de santé *axés sur les personnes* organisés de manière à favoriser la continuité des soins.
Protection et promotion de la santé et prévention des maladies	Ces services, bien qu'ils fassent partie d'une dimension distincte dans la version proposée, sont un élément clé des services de santé *exhaustifs* du quadrant Extrants du système de santé. Les services de protection de la santé, de promotion de la santé et de prévention des maladies devraient avoir les mêmes caractéristiques de qualité que les autres services de santé, c'est-à-dire être axés sur les personnes, sécuritaires, pertinents et efficaces, et fournis de manière efficiente.
Qualité, sécurité et pertinence des services de santé	Le concept de *qualité* a été déplacé vers la dimension de l'accès : le système de santé devrait fournir un accès à des services exhaustifs et de qualité supérieure. La *qualité* est donc définie par les autres dimensions du quadrant Extrants du système de santé : des services axés sur les personnes, sécuritaires, pertinents et efficaces, et fournis de manière efficiente. Bien que la *pertinence* soit liée à la sécurité, au sens où la prestation de services qui ne procurerait aucun avantage aux patients pourrait les exposer inutilement à des risques, il s'agit d'un élément clé de ce qui rend les services de santé *efficaces*. Par conséquent, elle a été incluse dans une dimension distincte avec l'efficacité.
Expérience des patients avec les services de santé	La définition de cette dimension — des soins adaptés aux préférences, aux besoins et aux valeurs de chaque patient — s'inspire de la définition des soins axés sur le patient de l'Institute of Medicine. Cette dimension a été nommée *Soins axés sur les personnes* et comprend aussi les soins offerts de façon intégrée et organisée par plusieurs structures, fonctions et dispensateurs pour favoriser l'intégration des soins et améliorer l'expérience de leur continuité.

(suite à la page suivante)

Tableau 2 : Liste des changements au quadrant Extrants du système de santé (suite)

Extrants du système de santé : concept de la version proposée	Changements apportés dans la version définitive
Efficience et efficacité des services de santé	Les deux concepts inclus dans cette dimension ont été divisés en deux dimensions distinctes. Les *services efficaces* sont ceux qui peuvent offrir un avantage aux personnes en réduisant l'incidence, la durée, l'intensité et les conséquences des problèmes de santé. Les *services efficients* minimisent l'utilisation des ressources — fournitures, équipement, temps, énergie — dans la prestation des services; cette dimension est liée au concept d'efficacité technique.

Le quadrant **Déterminants sociaux de la santé** a été réorganisé de manière à tirer parti des travaux réalisés par Solar et Irwin pour la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS[5]. Ces travaux répartissent les déterminants sociaux en deux niveaux : les facteurs structurels et les facteurs intermédiaires. Les *facteurs structurels influant sur la santé* sont ceux qui déterminent la situation socioéconomique des personnes et des familles, par exemple le revenu et le statut social, l'éducation et l'alphabétisation, le sexe et l'origine ethnique. Ces facteurs structurels exposent les personnes à des conditions malsaines, regroupées sous le nom de *facteurs intermédiaires* de la santé, et peuvent les y rendre plus vulnérables. Les déterminants intermédiaires incluent

- les facteurs biologiques, comme le patrimoine génétique, les processus de vieillissement et la biologie sexospécifique;
- les circonstances matérielles, comme les quartiers, le logement, les conditions de travail et l'environnement physique;
- les conditions psychosociales, comme le stress, la maîtrise de soi et les réseaux de soutien social;
- les facteurs comportementaux, comme le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation et la nutrition.

Dans ce cadre, les déterminants sociaux de la santé interagissent avec les contextes sociaux, culturels, politiques et économiques qui peuvent entraîner des inégalités sur le plan du statut socioéconomique. Les déterminants sociaux de la santé sont également liés aux trois autres quadrants. Ils ont un effet sur les caractéristiques et intrants du système de santé, en particulier sur le besoin de ressources et sur leur affectation dans le système de santé. De plus, il est possible que les politiques en matière de santé, la direction et la gouvernance dans les différents secteurs de politique publique influent sur les facteurs structurels et intermédiaires. L'efficacité des extrants du système de santé, en particulier les services de santé publique, de promotion de la santé et de prévention des maladies, peut également avoir une influence sur les facteurs intermédiaires. Enfin, les déterminants sociaux de la santé ont des répercussions profondes sur les résultats du système de santé et sont à leur tour influencés par ces résultats — l'état de santé général et la répartition des critères de santé dans la population. Ils ont également un effet sur la capacité du système à répondre aux besoins et aux attentes de la population, sur l'équité au sein du système de santé et, par extension, sur ce que le système de santé peut produire avec les ressources utilisées (optimisation des ressources).

Annexe B : Relation entre le cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS et de Statistique Canada et le cadre de mesure de la performance du système de santé proposé

Cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS et de Statistique Canada	Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS
État de santé	**Objectifs ultimes**
Bien-être	Améliorer l'état de santé des Canadiens
Fonction humaine	Améliorer la réactivité du système de santé
Problèmes de santé	Optimiser l'utilisation des ressources
Décès	
Déterminants non médicaux de la santé	**Déterminants sociaux de la santé**
Comportements liés à la santé	Facteurs comportementaux
Ressources personnelles	Facteurs matériels et psychosociaux
Conditions de vie et de travail	Facteurs structurels influant sur la santé
Facteurs environnementaux	Facteurs matériels
Performance du système de santé	**Extrants du système de santé**
Efficacité	Services pertinents et efficaces
Pertinence	
Compétence	
Efficience	Prestation efficiente des services
Accessibilité	Accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure
Sécurité	Services sécuritaires
Acceptabilité	Services axés sur les personnes
Continuité	
Caractéristiques de la collectivité et du système de santé	**Caractéristiques et intrants du système de santé ET contextes**
Collectivité	Contextes démographique, politique et économique
Système de santé	Gouvernance et direction
Ressources	Ressources du système de santé
	Affectation efficiente des ressources
	Ajustement aux besoins en santé de la population
	Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé

Remarques

Les flèches représentent la mise en correspondance des dimensions du cadre conceptuel des indicateurs de santé de l'ICIS et de Statistique Canada avec celles du cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS.

- Indiquent les nouvelles dimensions du cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS.
- Indiquent les dimensions qui ont été élargies ou modifiées dans le cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS.

Annexe C : Comparaison du cadre de mesure de la performance du système de santé proposé par l'ICIS avec d'autres cadres de mesure de la performance à l'échelle internationale

	Fonds du Commonwealth[61]	OMS[2]	OCDE[62]	OCDE[60]	IHI[63]	ICIS
Accessibilité	•		•			•
Exhaustivité						
Continuité des soins						•
Intégration						
Pertinence des soins	•					•
Efficacité	•			•		
Sécurité	•			•		•
Compétence ou capacité	•					•
Expérience du patient	•	•*	•*	•	•	•
Productivité ou efficacité technique						
Dépenses ou coûts		•	•		•	
Réactivité et confiance envers le système de santé		•*	•*	•		•
Efficience	•		•			•
Vies saines ou amélioration de l'état de santé	•	•	•		•	•
Équité	•	•	•			•
Affectation efficiente des ressources						•
Innovation et capacité d'amélioration	•					•

Remarques

* Le concept de réactivité peut être exprimé simultanément à deux niveaux : réactivité globale du système de santé et réactivité des soins et des services offerts aux patients (aussi appelée expérience du patient). Dans notre cadre, nous faisons la distinction entre les deux approches.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques.

IHI : Institute for Healthcare Improvement.

Références

1. Organisation de coopération et de développement économiques. *OECD Health Systems Paper*. Paris : 2012.

2. Murray C, Frank J, dir. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization.* 2000;78(6).

3. Shee D, Van der Groenewegen PP, Friel RD, dir. Public trust in health care in the Netherlands: a performance indicator? *Journal of Health Organization and Management.* 2006;20(5):468-476.

4. Whitehead M. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: Organisation mondiale de la santé, Regional Office for Europe; 1990.

5. Solar O et Irwin A. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé; 2010. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf.

6. Commission des déterminants sociaux de la santé, Organisation mondiale de la Santé. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health : Final Report*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008.

7. Damanpour F, Evan WM, dir. Organizational innovation and performance: the problem of organizational lag. *Administrative Science Quarterly.* 1984;29:392-409.

8. Garvin DA, Edmondson AC, Gino F, dir. Is yours a learning organization? *Harvard Business Review.* 2008;86(3):109-116.

9. Institut canadien d'information sur la santé. *Health System Efficiency Measurement in Canada*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; 2012. https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?local=en&pf=PFC1855. Consulté le 15 août 2012.

10. Kaplan RS, Norton DPA. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action*. Harvard Business School Press; 1996.

11. Kaplan RS, Norton DPA. *Strategy Maps: Converting Intangible Assets Into Tangible Outcomes*. Harvard Business School Press; 2004.

12. Veillard J, Huynh T, Ardel S, Kadandale S, Klazinga NS, Brown AD, dir. Making health system performance measurement useful to policy makers: aligning strategies, measurement and local health system accountability in Ontario. *Healthcare Policy.* 2010;5(3):49-65.

13. Organisation mondiale de la santé. *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2000.

14. Organisation mondiale de la santé. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé. 1946. Signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100). 7-4-1948. Statut

15. Darby C, Valentine N, Murray C, de Silva A. *WHO Strategy on Measuring Responsiveness (GPE Discussion Paper No. 23).* Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2000.

16. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine.* Avril 2003;56(7):1453-1468. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953602001429.

17. Donabedian A. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge : Harvard University Press; 1973.

18. Palmer S, Torgerson DJ. Definitions of efficiency. *BMJ.* 24 avril 1999;318.

19. Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document.* Ottawa : Gouvernement du Canada; 1974. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf.

20. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Producing Health, Consuming Health Care. In : Evans RG, Barer ML, Marmor TR, dir. *Why Are Some People Healthy and Others Not?: The Determinants of Health Populations*. New-York: Walter de Gruyter; 1994.

21. Wilkinson RG, Marmot MG. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Copenhague : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe; 2003.

22. Evans RG, McGrail KM, Morgan SG, Barer ML, Hertzman C. APOCALYPSE NO: Population Aging and The Future of Health Care Systems. *Canadian Journal on Aging.* 2001;20(S1):160-191.

23. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Social Science & Medicine.* 1994;39(7):887-903.

24. McMichael AJ. Prisoners of the proximate: Loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *American Journal of Epidemiology.* 1999;149(10):887-897.

25. Federal Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. *Toward a Healthy Future. Second Report on the Health of Canadians*. Gouvernement du Canada; 1999. http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-468-1999E.pdf.

26. Blane D, Berney L, Davey Smith G, Gunnell DJ, Holland P. Reconstructing the life course: health during early old age in a follow-up study based on the Boyd Orr cohort. *Public Health.* 1999;113(3):117-124.

27. Power C, Hertzman C. Social and biological pathways linking early life and adult disease. *British Medical Bulletin.* 1997;53(1):210-221.

28. Davey Smith G, Ebrahim S. 'Mendelian randomization': can genetic epidemiology contribute to understanding environmental determinants of disease? *International Journal of Epidemiology.* 2003;32:1-22.

29. Kuh D, Ben-Shlomo Y. *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. 2nd ed. Oxford University Press; 2004

30. Strategies *for Population Health. Investing in the Health of Canadians*. Gouvernement du Canada; 1994.

31. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology.* 1976;104(2):107-123. https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Cassel-AmEpide-1976.pdf.

32. Lynch J, Smith GD, Hillemeier M, Shaw M, Raghunathan T, Kaplan G. Income inequality, the psychosocial environ, and health: comparisons of wealthy nations. *The Lancet.* 2001;358(9277):194-200.

33. Cushon JA, Neudorf CO, Kershaw TM, Dunlop TG, Muhajarine N. Coverage for the entire population: Tackling Immunization Rates and Disparities in Saskatoon Health Region. *Canadian Journal of Public Health.* 2012;103(7):537-541.

34. Rachlis M. *Prescription for Excellence: How Innovation Is Saving Canada's Healthcare System*. HarperCollins Canada, Limited; 2004

35. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Social Science & Medicine.* 1990;31(12):1347-63.

36. Organisation mondiale de la Santé. *Monitoring and Evaluation of Health Systems Strengthening. An Operational Framework.* Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2010. http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Oct_2010.pdf.

37. Donabedian A, dir. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA.* 1988;260(12):1743-1748.

38. Shortell SM, Richardson WD, LoGerfo LP, Diehr P, Weaver B, Green KE, dir. The relationships among dimensions of health services in two provider systems: a causal model approach. *Journal of Health and Social Behavior.* 1977;18(2):139-159.

39. Derlet RW, Richards JR, dir. Emergency department overcrowding in Florida, New York, and Texas. *South Med J.* 2002;95(8):846-849.

40. The Joint Commission. *Sentinel Event Alert. Delays in Treatment.* 2002. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_26.pdf.

41. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly.* 2005;83(3):457-502. http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

42. Weissman JS, Stern R, Fielding SL, Epstein AM. Delayed Access to Health Care: Risk Factors, Reasons, and Consequences. *Annals of Internal Medicine.* 15 février 1991;114(4):325-331. http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-114-4-325.

43. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press; 1998

44. Frenk J. The concept and measurement of accessibility. In: White KL, Frenk J, Pan American Health Organization, eds. *Health Services Research: an Anthology*. Pan American Health Organization, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé; 1992.

45. Long MJ. *The Medical Care System: a Conceptual Model*. AUPHA Press, Health Administration Press; 1994.

46. Reid R, Haggerty J, McKendry R. *Defusing the Confusion. Concepts and Measures of Continuity of Care.* Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2002. http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf.

47. Kodner D. All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Healthcare Quarterly.* 15 octobre 2009;13(Sp):6-15. http://www.longwoods.com/product/21091.

48. Shortell S. M., Gillies R. R., Anderson D. A., Mitchell J. B., et Morgan K. L., eds. Creating organized delivery systems: the varriers and facilitators. *Hospital and Health Services Administration.* 1993;38(4):447-466.

49. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL. *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. Wiley; 2002.

50. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. The National Academies Press; 2001. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10027.

51. Donabedian A. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Health Administration Press; 1980

52. Street A, Hakkinen U. Health system productivity and efficiency. *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. Cambridge University Press; 2010.

53. Prentice Julia C, Pizer Steven D, dir. Delayed access to health care and mortality. *Health Services Research.* 2007;42(2).

54. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Annals of Emergency Medicine.* Août 2008; 52(2):126-136. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064408006069.

55. Lamas DJ, Kawut SM, Bagiella E, Philip N, Arcasoy SM, Lederer DJ. Delayed Access and Survival in Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.* 1er octobre 2011;184(7):842-847. http://ajrccm.atsjournals.org/content/184/7/842.abstract.

56. Natarajan MK, Mehta SR, Holder DH, et al. The risks of waiting for cardiac catheterization: a prospective study. *Canadian Medical Association Journal.* 26 novembre 2002; 167(11):1233-1240. http://www.cmaj.ca/content/167/11/1233.abstract.

57. Lavis J, Wilson M, Grimshaw J, et al. Effects of an evidence service on health-system policy makers' use of research evidence: A protocol for a randomised controlled trial. *Implementation Science.* 2011; 6(1):51. http://www.implementationscience.com/content/6/1/51.

58. Senge PM. *The Fifth Discipline: The Art & Practice of The Learning Organization*. Crown Publishing Group; 2006.

59. Oleske D. *Epidemiology and the Delivery of Health Care Services: Methods and Applications*. Springer-Verlag; 2009.

60. Kelley E, Hurst J. *Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper.* Organisation de coopération et de développement économiques; 2006.

61. The Commonwealth Fund Commission on a High Performance health System. *Framework for a High Performance Health System for the United States*. New York : Fonds du Commonwealth; 2006.

62. Hurst J, Jee-Hughes M. *Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems*. Éditions OCDE; 2001.

63. Stiefel M, Nolan K. *A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost.* Cambridge, Massachusetts : Institute for Healthcare Improvement; 2012. http://www.ihi.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/AGuidetoMeasuringTripleAim.aspx.

64. Champagne F, Contandriopoulos AD, Touché J, Béland F, Nguyen H. *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé : le modèle EGIPSS*. Montréal : Université de Montréal; 2005.

65. Berwick DM, Godfrey AB, Roeswsner J. *Curing Healthcare. New Strategies for Quality Improvement.* San Francisco : Jossey-Bass Publishers; 1990.

66. Amarasingham R, Plantinga L, Diener-West M, Gaskin DJ, dir. Clinical information technologies and inpatient outcomes: A multiple hospital study. *Arch Int Med.* 2009; 169(2):108-114.

67. O'Brodovich M, Rappaport PA, dir. A study of pre- and post-unit dost conversion in a pediatric hospital. *Canadian J Hosp Pharm.* 1991;50:5-15.

68. Baker RG, MacIntosh-Murray A, Porcellato C, Dionne L, Stelmacovich K, Born K. *High Performing Health Care Systems: Delivery Quality by Design.* Toronto : Longwoods Publishing; 2008.

69. Tobias M, Jackson G. Avoidable mortality in New Zealand, 1981–97. *Australian and New Zealand Journal of Public Health.* 2001;25(1):12-20. http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00543.x.

70. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, et al. Measuring the Quality of Medical Care. *N Engl J Med.* 11 mars 1976;294(11):582-588. http://dx.doi.org/10.1056/NEJM197603112941104. Consulté le 7 décembre 2012.

71. Enthoven AC, Tollen LA. Competition In Health Care: It Takes Systems To Pursue Quality And Efficiency. *Health Affairs.* 7 septembre 2005; http://content.healthaffairs.org/content/early/2005/09/07/hlthaff.w5.420.short.

72. Krumholz HM, Keenan PS, Brush Jr JE, et al. Standards for Measures Used for Public Reporting of Efficiency in Health Care: A Scientific Statement From the American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research and the American College of Cardiology Foundation. *Journal of the American College of Cardiology.* 28 octobre 2008;52(18):1518-1526. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109708030660.

73. Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *A Foundation for Change. Building a Healthy Future for the NWT 2009-2012*. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest; 2009.

74. Gouvernement du Nunavut. *2012-2015 Government of Nunavut Business Plan*. Gouvernement du Nunavut; 2012.

75. Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon. Minister announces plan to improve health and wellness. http://www.hss.gov.yk.ca/news/12-127.php. Dernière modification en 2012. Consulté le 8 août 2012.

76. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. *British Columbia 2010/11-2012/13 Service Plan*. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique; 3 janvier 2012.

77. Services de santé de l'Alberta. *Becoming the Best: Alberta's 5-Year Health Action Plan. 2010-2015*. Gouvernement de l'Alberta; 2010.

78. Ministère de la Santé de la Saskatchewan. *Plan for 2012-2013*. Gouvernement de la Saskatchewan; 2012.

79. Ministère de la Santé du Manitoba. *Quality Health for Manitobans - The Action Plan*. Gouvernement du Manitoba; 1992.

80. Gouvernement de l'Ontario. *Ontario's Action Plan for Health Care*. Gouvernement de l'Ontario; 2012.

81. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Plan Stratégique 2010-2015*. Gouvernement du Québec; 2010.

82. Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador. *Newfoundland Strategic Plan 2011-2014*. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador; 2011.

83. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Transforming New Brunswick's Health-Care System: The Provincial Health Plan 2008-2012. Major Initiatives*. Gouvernement du Nouveau-Brunswick; 2012.

84. Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard. *One Island Future. One Island Health System. PEI Health System Strategic Plan 2009-2012*. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard; 2010.

85. Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. *2012-13 Statement of Mandate*. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse; 2012.

86. Reading CL, Wien F. *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2009.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

© 2013 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title *A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System—Updated November 2013*

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

www.icis.ca
Au cœur des données

Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information