



# Améliorer l'efficacité du système de santé au Canada

Point de vue des décideurs



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

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

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.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

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](http://www.icis.ca)

[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-465-8 (PDF)

© 2016 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Améliorer l'efficacité du système de santé au Canada : point de vue des décideurs*. Ottawa, ON : ICIS; 2016.

This publication is also available in English under the title *Improving Health System Efficiency in Canada: Perspectives of Decision-Makers*.

ISBN 978-1-77109-464-1 (PDF)

# Table des matières

Remerciements.....	4
Introduction.....	6
Contexte.....	6
Objectif.....	7
Méthodes.....	7
Résultats.....	9
Suivi de la performance aux fins de responsabilisation et de prise de décisions.....	10
Intégration de la gouvernance et de la prestation des soins à l'échelle du système.....	12
Partenariats hors du secteur de la santé pour améliorer la santé de la population.....	16
Participation et rémunération des médecins.....	17
Souplesse du financement.....	19
Défis provenant de l'environnement extérieur.....	20
Comparaison avec la littérature.....	22
Conclusions.....	22
Annexe 1 : Texte de remplacement pour la figure 2.....	24
Références.....	25

# Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les membres de l'équipe de projet de l'Initiative sur la santé de la population canadienne pour leur contribution à la rédaction du document *Améliorer l'efficacité du système de santé au Canada : point de vue des décideurs*. Nous remercions également nos collègues de l'ICIS de nous avoir offert leurs conseils et leur expertise tout au long du projet.

L'ICIS aimerait également remercier les membres du comité consultatif d'experts pour leurs précieux conseils :

- Martha Burd, directrice, Équipe d'analyse des systèmes de soins de santé, Division de l'information, de l'analyse et de la production de rapports sur le secteur de la santé, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- Jill Casey, directrice générale intérimaire, Analyse et gestion de l'information, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
- Mark Dobrow, professeur agrégé, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto
- Michel Grignon, professeur, Département de la santé, du vieillissement et de la société et Département d'économie, Université McMaster; directeur, Centre d'analyse sur les politiques et l'économie de la santé, Université McMaster
- Christine Grimm, directrice générale principale, Aide à l'investissement et à la décision, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
- Sara Guilcher, professeure adjointe, Faculté de pharmacie Leslie Dan, Université de Toronto

Les personnes suivantes ont participé à l'examen par les pairs du présent rapport :

- John G. Abbott, conseiller en gestion, The Institute for the Advancement of Public Policy, Inc.
- Julia Abelson, professeure, Département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, Centre d'analyse sur les politiques et l'économie de la santé, Université McMaster
- Catherine Gaulton, vice-présidente, Qualité et performance du système, et directrice des Affaires juridiques, Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse
- Niek Klazinga, professeur, Département de médecine sociale, Centre médical d'enseignement, Université d'Amsterdam, et chef du projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, Division de la santé, Organisation de coopération et de développement économiques
- Gregory P. Marchildon, professeur et titulaire de la Chaire de recherche de l'Ontario sur l'élaboration des politiques et des systèmes de santé, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto

Veillez noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

# Introduction

Au Canada, la promotion d'un système de santé efficace est considérée comme un objectif stratégique important. En 2015, le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé a fait des recommandations au gouvernement fédéral pour accroître le rapport qualité-prix en soins de santé<sup>1</sup>. Parallèlement, l'efficacité, la durabilité et l'optimisation des ressources figuraient parmi les objectifs stratégiques de la santé pour 12 des 13 provinces et territoires.

La mesure de l'efficacité est l'une des nombreuses approches possibles pour évaluer la performance d'un système de santé. Pour améliorer leur efficacité, les systèmes de santé peuvent optimiser leur performance selon les ressources dont ils disposent dans les limites d'un budget fixe.

De nombreux pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) tentent également d'atteindre une plus grande efficacité. Le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont mis en place des outils visant à optimiser l'utilisation des ressources de santé<sup>2</sup>. En Australie, la Productivity Commission a récemment proposé des réformes susceptibles d'entraîner des gains importants d'efficacité<sup>3</sup>. Aux États-Unis, où la performance du système de santé est plutôt faible<sup>7</sup>, les initiatives d'optimisation ont fait l'objet de nombreuses études<sup>4-6</sup>. À l'opposé, la littérature empirique sur l'efficacité du système de santé dans le contexte canadien est moins élaborée<sup>i</sup>.

## Contexte

Le présent rapport constitue la troisième phase d'une vaste initiative que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pilote dans le but de comprendre l'efficacité du système de santé au Canada. Durant la phase 1, [Vers un modèle de mesure de l'efficacité du système de santé au Canada](#) (2012), nous avons consulté des décideurs et des intervenants clés<sup>8</sup> afin de définir l'efficacité du système de santé. La définition convenue : la capacité d'un système de santé à utiliser des ressources fixes (intrants) pour améliorer l'accès à des soins de santé efficaces en temps opportun, mesurée par la réduction des décès prématurés de causes traitables (résultats).

---

i. Un examen exhaustif de la littérature grise et didactique a permis de relever 60 études empiriques (38 provenant des États-Unis ou portant sur des systèmes de ce pays et 8 sur des systèmes du Canada) ainsi que 40 autres sources (rapports, examens ou observations) du Canada ou d'ailleurs portant sur l'efficacité du système de santé. Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'examen de la littérature, consultez le document *Améliorer l'efficacité du système de santé au Canada : description des méthodes*, un produit complémentaire du présent rapport.

**Figure 1** Définition de l'efficacité du système de santé

La phase 2, [Mesurer l'efficacité du système de santé canadien et ses déterminants](#) (2014), consistait à appliquer aux données existantes la définition mentionnée précédemment. D'importantes variations sont ressorties dans la capacité des régions sanitaires de réduire les décès prématurés de causes évitables, même compte tenu des différences socioéconomiques et démographiques entre les populations<sup>9</sup>. Les indicateurs clés associés aux variations de l'efficacité comprenaient notamment les facteurs liés à la santé de la population (p. ex. taux de tabagisme), l'utilisation équitable des services et des facteurs relatifs à la gestion (p. ex. taux de réadmission à l'hôpital). Toutefois, les données disponibles n'expliquent qu'environ la moitié des variations des cotes d'efficacité.

## Objectif

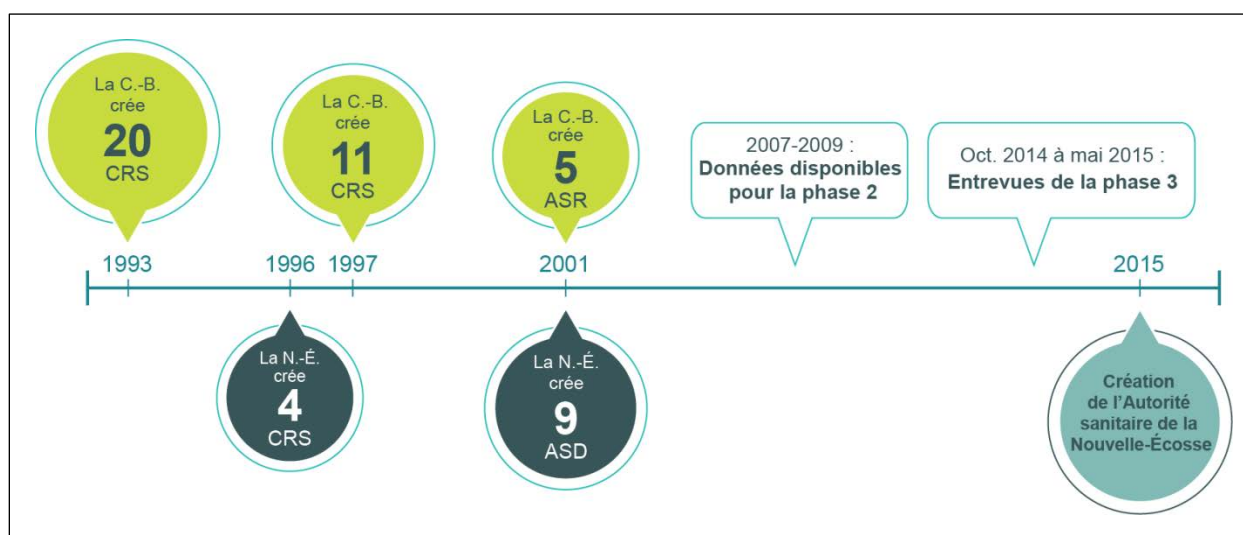
La présente étude s'appuie sur les conclusions du rapport de la phase 2. Son objectif est de tirer des leçons à partir des expériences des provinces dont l'efficacité est plutôt élevée (comme Colombie-Britannique) et de celles dont l'efficacité est relativement faible (comme la Nouvelle-Écosse)<sup>9, 10</sup>. Des décideurs de ces 2 provinces ont offert leurs perspectives sur les principales actions qu'ils ont entreprises et les principaux défis à surmonter pour améliorer l'efficacité.

## Méthodes

Notre étude, de nature descriptive, porte sur plusieurs cas. Elle s'intéresse à 2 provinces — la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse — et à 2 études de cas régionales dans chacune. Pour la Colombie-Britannique, nous avons sélectionné les autorités sanitaires Santé Interior (efficacité supérieure à la moyenne canadienne) et Santé Northern (efficacité moyenne). Pour la Nouvelle-Écosse, nous avons combiné les autorités sanitaires South Shore et South West Nova (efficacité supérieure à la moyenne) et celles de Pictou County et de Guysborough Antigonish Strait (efficacité inférieure à la moyenne). Dans chaque province, nous avons choisi des cas à peu près semblables (p. ex. population rurale importante et revenu moyen des ménages comparable).

Entre octobre 2014 et mai 2015, des entrevues ont été menées auprès de 42 cadres responsables des décisions à l'échelle provinciale et régionale. Pendant cette période, la Nouvelle-Écosse était à regrouper ses 9 autorités sanitaires en une seule (voir la figure 2). Par conséquent, les personnes que nous avons interviewées représentaient davantage le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse que les régions. Vous trouverez une description détaillée de notre approche méthodologique dans le document [Améliorer l'efficacité du système de santé : description des méthodes](#).

**Figure 2** Chronologie de la régionalisation en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse



**Remarques**

CRS : conseil régional de santé; ASR : autorité sanitaire régionale; ASD : autorité sanitaire de district. Ces structures régionales sont comparables en ce qui concerne le niveau de responsabilité pour la gestion des services de santé dispensés à leur population définie géographiquement.

Sont exclus l'Autorité provinciale des services de santé et la Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique, ainsi que le Centre de santé IWK de la Nouvelle-Écosse.

**Source**

Bureau de la vérificatrice générale de la Colombie-Britannique. [A Review of Governance and Accountability in the Regionalization of Health Services](#). 1998.

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. [Government restructures delivery of patient care](#) [communiqué de presse]. 12 décembre 2001.

Marchildon GP. [Canada: Health system review](#). *Health Systems in Transition*. 2013.

Ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse. [Health Authorities Act comes into effect Jan. 1, 2001](#) [communiqué de presse]. 21 décembre 2000.

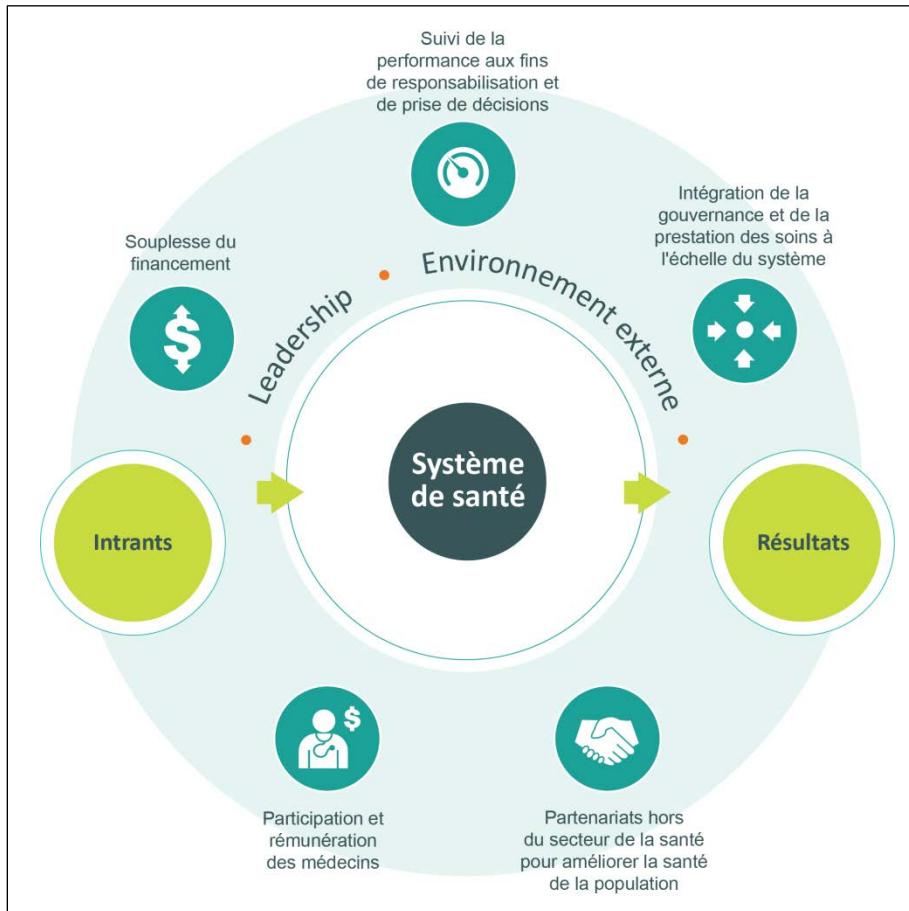


# Résultats

Notre analyse nous a permis d'élargir la définition de l'efficacité du système de santé, élaborée durant les phases 1 et 2 de nos travaux. La figure 3 présente notre nouveau cadre conceptuel d'optimisation du système de santé. Ce cadre illustre le fait que dans le contexte d'un leadership solide et de défis provenant de l'environnement extérieur, les actions visant à améliorer l'efficacité du système de santé peuvent se produire dans les dimensions suivantes :

- suivi de la performance aux fins de responsabilisation et de prise de décisions;
- intégration de la gouvernance et de la prestation des soins à l'échelle du système;
- partenariats hors du secteur de la santé pour améliorer la santé de la population;
- participation et rémunération des médecins;
- souplesse du financement.

**Figure 3** Cadre conceptuel d'optimisation du système de santé



Les participants aux entrevues ont souligné l'importance du leadership pour l'amélioration de l'efficacité, parlant entre autres de vision, de responsabilisation et de « champions à l'intérieur du système » (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique).

---

**« Ça fait partie de notre plan stratégique... Tout le monde s'y attend... Ça ne sort pas de nulle part. C'est notre façon de faire, tout simplement, et je crois que ç'a beaucoup contribué à améliorer l'efficacité du système à Santé Northern. »**

— Santé Northern, Colombie-Britannique

---

Dans le reste du présent rapport, nous comparons le point de vue des décideurs sur les actions entreprises et les défis qu'ils ont surmontés pour apporter des améliorations dans les 5 dimensions. Nous y avons inséré plusieurs exemples précis du rôle du leadership. À la fin de la section Résultats, nous avons aussi inclus la description des principaux défis liés à l'environnement externe.



## Suivi de la performance aux fins de responsabilisation et de prise de décisions

- Depuis 2001, les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique doivent atteindre les objectifs du ministère de la Santé en matière d'efficacité du système de santé.
- Les intervenants clés de cette province apprécient les mécanismes de suivi de la performance, qui font régulièrement l'objet d'une révision à l'échelle provinciale, régionale et clinique afin de favoriser l'efficacité.
- En Nouvelle-Écosse, il faut renforcer les capacités analytiques et d'infrastructure pour faire le suivi de la performance.

### Ententes officielles de responsabilité

Selon les intervenants clés de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse, il est important d'officialiser les ententes entre le ministère de la Santé et les autorités sanitaires afin de définir les attentes et les normes en matière de financement et de prestation des services. Ces ententes comprennent l'efficacité comme priorité en Colombie-Britannique. Les ententes de responsabilité sont jumelées à un cadre de suivi de la performance, qui comprend une série d'indicateurs clés faisant régulièrement l'objet d'examen et de rapports.

- En Colombie-Britannique, des ententes de performance et des lettres d'attentes ont été signées lors de la création de la nouvelle structure en 2001.
- En Nouvelle-Écosse, un cadre de responsabilité a été mis en place durant la réorganisation de 2015, dont l'un des objectifs avoués était d'améliorer la responsabilisation et la transparence de la prise de décisions entre la province et la nouvelle autorité sanitaire.

## Mécanismes de suivi de la performance

Les intervenants clés ont décrit plusieurs mécanismes de suivi de la performance utilisés pour accroître l'efficacité.

- Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique utilise des incitatifs financiers pour favoriser le changement dans les secteurs prioritaires. Par exemple, une rémunération à la performance pour réduire les temps d'attente en chirurgie (en 2014-2015) et des incitatifs pour améliorer la qualité des données en soins de courte durée.
- Des tableaux de bord opérationnels, avec gestion du soutien pour les données en temps réel et amélioration de l'efficacité à l'échelle des cliniciens, ont été créés :
  - À Santé Northern, les tableaux de bord quotidiens sont vérifiés par la haute direction et les gestionnaires d'unité; ils favorisent le dialogue entre gestionnaires sur l'amélioration de la performance.
  - En Nouvelle-Écosse, des données sur l'utilisation des lits en soins de courte durée et des outils de gestion des médicaments en soins communautaires favorisent une utilisation efficace des ressources.

## Capacité de suivi de la performance

En Colombie-Britannique, les intervenants clés ont rapporté une forte capacité analytique de suivi de la performance. Néanmoins, certains se sont dits frustrés par l'incapacité d'exploiter le fort volume de données en raison de priorités analytiques concurrentes et du manque de ressources humaines.

D'autres encore ont évoqué des lacunes dans les données de la province, notamment l'insuffisance des données à l'échelle des collectivités et les obstacles législatifs au partage de l'information.

En Nouvelle-Écosse, les intervenants clés ont convenu qu'il fallait renforcer les capacités pour assurer le suivi de la performance à l'échelle de la province. Ils ont mentionné le manque de capacité analytique et de données probantes pouvant appuyer la prise de décisions. Ils ont aussi parlé du manque de données dans les soins de longue durée, où l'accès aux données et aux mesures n'est pas intégré à l'échelle de la province, ainsi que la santé mentale, où certains renseignements sur les patients sont encore consignés sur papier. Selon eux, le partage d'information dans le continuum des soins est aussi problématique et entraîne des pertes d'efficacité, comme les examens effectués en double.

---

**« La précision de nos mesures à l'échelle provinciale est très importante, et nos données ne sont pas fiables. »**

— Ministère de la Santé et du Mieux-être, Nouvelle-Écosse

---



## Intégration de la gouvernance et de la prestation des soins à l'échelle du système

- Les intervenants clés de la Colombie-Britannique ont mentionné la structure intégrée de gouvernance des autorités sanitaires comme facteur d'efficacité.
- Ils ont aussi indiqué que l'intégration étroite entre les soins de courte durée et communautaires était une priorité.
- Les intervenants clés de la Nouvelle-Écosse ont parlé d'un manque d'intégration à l'échelle provinciale et régionale.

### Gouvernance intégrée

Les intervenants clés dans les 2 provinces ont souligné l'importance d'établir une structure de gouvernance qui facilite la coordination des soins et la planification entre tous les secteurs ainsi que toutes les régions géographiques. Les intervenants de la Colombie-Britannique ont indiqué que la réorganisation des autorités sanitaires en 2001 avait contribué au succès de leurs initiatives d'intégration visant à accroître l'efficacité.

- Les structures organisationnelles de Santé Northern et de Santé Interior facilitent chacune l'intégration des services et des normes dans toute l'autorité sanitaire, mais différemment : la priorité de Santé Northern est d'intégrer tous les types de services à l'échelle locale, tandis qu'à Santé Interior, l'objectif est d'intégrer chaque service à l'échelle de l'autorité sanitaire.

---

**« Avec la réorganisation, tout est consolidé. Il n'y a qu'un seul ensemble de normes et un seul vice-président des soins de courte durée à l'échelle de l'autorité sanitaire... Je crois que ç'a fait un gros changement et rendu l'autorité sanitaire beaucoup plus efficace. »**

— Santé Interior, Colombie-Britannique

---

- Santé Northern et Santé Interior encouragent la planification intersectorielle et l'élimination des cloisonnements durant le continuum des soins.
- Les autorités sanitaires travaillent de concert et tentent d'améliorer l'efficacité par l'adoption de pratiques de services partagés (p. ex. la paie et la TI) ou la création d'entités uniques pour impartir les technologies de la santé.







- En Nouvelle-Écosse, les initiatives de cheminement des patients misent sur des stratégies multiples et la collaboration intersectorielle pour améliorer la capacité de traitement des patients en soins de courte durée.

---

**« ... Si un service d'urgence déborde, le problème n'est pas seulement lié au service d'urgence; c'est un problème qui touche l'ensemble du système. L'idée, c'est de retourner les patients chez eux avant tout. C'est de les transférer en soins de longue durée. C'est de leur offrir des services communautaires... C'est un problème qui touche toutes sortes de facettes de notre système. Il se manifeste par un service d'urgence débordé alors qu'en fait, il concerne l'ensemble du système. »**

— South Shore-South West Nova, Nouvelle-Écosse

---



## Partenariats hors du secteur de la santé pour améliorer la santé de la population

- Les intervenants clés des 2 provinces ont reconnu que pour améliorer l'efficacité du système de santé, il faut former des partenariats entre les secteurs afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.
- Ils ont décrit divers partenariats conclus entre les autorités sanitaires, les organismes sans but lucratif et les collectivités pour améliorer la santé de la population.

Les intervenants de la Nouvelle-Écosse et de la Colombie-Britannique ont reconnu qu'en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, y compris le logement et l'emploi, il était possible d'améliorer l'efficacité du système de santé. Ils ont souligné la nécessité de nouer de solides partenariats intersectoriels, car bon nombre des leviers qui permettent d'agir sur les déterminants de la santé ne relèvent pas directement du système de santé.

Les intervenants clés des 2 provinces ont pu donner des exemples de partenariats solides et efficaces entre les autorités sanitaires et des organismes sans but lucratif ainsi que les collectivités. Les autorités sanitaires peuvent renforcer les organismes communautaires en leur communiquant de l'information. Elles peuvent aussi mettre en place des initiatives conjointes et réunir des groupes à vocations différentes autour d'un problème commun.

Les intervenants clés ont reconnu qu'un manque d'actions intersectorielles peut nuire à l'efficacité du système de santé. En Nouvelle-Écosse, plusieurs intervenants ont expliqué comment le logement social et le soutien communautaire inadéquats peuvent faire en sorte que des patients atteints de santé mentale et de toxicomanie reçoivent des traitements en soins de courte durée, traitements plus coûteux qui engorgent d'autres parties du système.



## Passer à l'action : Partenariats et collaboration

À Santé Northern, rallier la collectivité fait partie des responsabilités de l'autorité sanitaire. Les chefs de l'exploitation et les administrateurs des services de santé doivent tenir les maires et les conseils municipaux au courant de leurs initiatives et travailler de concert avec eux. En outre, les réunions des conseils d'administration sont organisées dans les différentes collectivités de la région, et les dirigeants y sont conviés pour discuter des besoins à l'échelle locale.

À South Shore-South West Nova, le personnel des services d'urgence collabore avec les agents de probation et les services correctionnels de la commission provinciale du logement pour fournir aux chefs de service, au personnel et aux agents une formation sur les problèmes de santé mentale. Cette formation vise à améliorer les soins dans la collectivité en aidant les personnes qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé à reconnaître les signes de maladie mentale et à réagir de façon appropriée.

---

**« Les relations avec la police, les services d'urgence et les services communautaires sont vraiment importantes pour décloisonner les soins... À mon avis, cela influe énormément sur l'efficacité. »**

— Ministère de la Santé et du Mieux-être, Nouvelle-Écosse

---



## Participation et rémunération des médecins

- Les intervenants ont reconnu que l'appui des médecins était essentiel à l'amélioration de l'efficacité du système de santé. En Colombie-Britannique, les divisions de médecine familiale s'inscrivent dans une initiative prometteuse visant à encourager la participation des médecins de famille à la planification des soins et la prise de décisions.
- Les intervenants clés des 2 provinces ont suggéré une réforme des modèles de rémunération des médecins. Selon eux, cette réforme rallierait les médecins et harmoniserait davantage leurs services avec les objectifs en matière d'efficacité.

Les intervenants clés des 2 provinces ont fait remarquer que la réussite des réformes visant à améliorer l'efficacité dépend du leadership et de la participation des médecins. Beaucoup ont cité comme exemple des initiatives visant à encourager la collaboration entre les médecins et les autorités sanitaires.

## Passer à l'action : Participation des médecins

En 2008, l'Association médicale de la Colombie-Britannique (Doctors of BC) a créé les [divisions de médecine familiale](#) afin de donner une voix commune aux médecins en soins de santé primaires. Ces divisions favorisent la collaboration entre les médecins et les autorités sanitaires et encouragent la formation de partenariats pour la prise de décisions et l'innovation. En outre, elles permettent de rapprocher les priorités et les actions en soins de santé primaires et de courte durée. Selon les intervenants clés, les divisions de médecine familiale encouragent l'adoption du dossier médical électronique et favorisent un plus grand sentiment d'appartenance dans l'ensemble du système de santé.

---

**« Les médecins n'ont pas l'habitude de travailler en étroite collaboration avec les autorités sanitaires de cette façon. Il a donc fallu du temps pour instaurer un climat de confiance, et il reste encore beaucoup de chemin à faire. »**

— Santé Northern, Colombie-Britannique

---

## Rémunération des médecins

Selon les intervenants clés des 2 provinces, la rémunération est un levier qui pourrait favoriser la participation des médecins et l'harmonisation des primes d'encouragement pour améliorer l'efficacité. Les intervenants clés considèrent en particulier les modèles de rémunération à l'acte comme un obstacle à l'efficacité du système de santé. Ils ont fait remarquer que la rémunération à l'acte encourage les visites courtes et fréquentes, ce qui peut être particulièrement problématique pour les personnes atteintes de maladies chroniques. En outre, cela contribue à axer la prestation des services sur les dispensateurs au lieu des patients, renforçant de ce fait la perception selon laquelle les médecins exercent habituellement de manière autonome.

D'autres ont suggéré que la modification des codes de tarif encouragerait la collaboration interprofessionnelle ainsi que les consultations virtuelles ou à distance, ce qui amènerait des gains d'efficacité. Selon les intervenants, une adaptation des mécanismes de rémunération à l'acte pourrait aussi contribuer à améliorer la qualité.

---

**« En fait, ici, on a commencé à utiliser le modèle de rémunération à l'acte... pour encourager la prestation de soins de haute qualité... On a aussi instauré des tarifs qui tiennent compte du temps et des efforts requis pour la prise en charge des patients atteints de multiples maladies chroniques complexes. »**

— Pictou County-Guysborough Antigonish Strait, Nouvelle-Écosse

---

Les autres modes de paiement peuvent aussi attirer les médecins dans les régions rurales. Un intervenant a par exemple mentionné qu'à Fort St. John, Santé Northern a engagé directement des médecins et leur verse un salaire.

**Les intervenants clés ont reconnu l'importance d'optimiser l'ensemble de la main-d'œuvre de la santé pour accroître la souplesse et l'efficacité des soins. Le recrutement et le maintien en poste des médecins présentent un défi particulier dans les régions rurales et éloignées, dont les collectivités des Premières Nations. Les personnes interviewées de Santé Northern et de la Nouvelle-Écosse ont décrit la pénurie de personnel paramédical, dont le travail est souvent exigeant et le salaire, relativement faible. Elles ont aussi indiqué que la migration interprovinciale du personnel infirmier et paramédical (en particulier des nouveaux diplômés) empêchait d'obtenir une composition et une quantité de personnel optimales. Certains intervenants ont fait remarquer qu'en raison des règles syndicales, les autorités sanitaires ont parfois de la difficulté à modifier les champs de pratique.**



## Souplesse du financement

- Les intervenants clés ont convenu que la souplesse du financement peut donner lieu à des gains d'efficacité.
- Dans les 2 provinces, les arguments en faveur d'investissements en amont sont encore difficiles à faire accepter.
- Les stratégies misant sur les investissements dans des partenariats avec d'autres secteurs se révèlent efficaces dans les 2 provinces.

Selon les intervenants clés de Santé Northern, la souplesse de la structure de financement des autorités sanitaires est essentielle à l'amélioration de l'efficacité. Par exemple, Santé Northern a pu utiliser les fonds destinés à l'intégration des soins primaires et communautaires pour mettre en place des maisons de soins primaires dans un plus grand nombre de collectivités.

Les personnes interviewées des 2 provinces ont insisté sur l'importance d'investir dans les soins primaires et préventifs pour diminuer le recours aux soins de courte durée, qui sont plus coûteux. Bien que certains intervenants aient pu fournir des exemples de réussites, des défis ont aussi été constatés. Par exemple, il peut être difficile de justifier le financement de partenariats communautaires, car les données servant à appuyer les décisions de financement sont peu nombreuses. D'autres ont fait remarquer que même s'il est souhaitable d'investir dans la prévention, il faut aussi continuer à financer la prise en charge des patients déjà en soins de courte durée.

---

**« ... Il faudra faire un acte de foi extraordinaire pour investir davantage dans... les soins primaires, la prévention et... la formation tout en continuant à financer les soins de courte durée pour les patients qui sont déjà dans le système. »**

— South Shore-South West Nova, Nouvelle-Écosse

---

La Nouvelle-Écosse a investi dans des programmes axés sur les déterminants sociaux de la santé, y compris les programmes Thrive, Home First et Health Promoting Schools. De plus, les autorités sanitaires ont accordé de petites subventions aux municipalités pour amorcer le dialogue sur la promotion de la santé.

## Défis provenant de l'environnement extérieur

### Caractéristiques de santé de la population

Les intervenants clés de la Nouvelle-Écosse ont mentionné qu'une population vieillissante atteinte de plus en plus par des maladies chroniques nuit à l'amélioration de l'efficacité. Ils ont reconnu la nécessité d'investir pour améliorer la prévention et la prise en charge des maladies chroniques chez les patients aux besoins complexes. Santé Northern est aussi aux prises avec des défis uniques en matière de santé de la population, notamment l'éloignement et une proportion élevée d'Autochtones aux besoins importants.

Dans les 2 provinces, les personnes interviewées ont souligné leur manque de contrôle sur les comportements nuisibles à la santé. Par exemple, les intervenants de la Colombie-Britannique ont mentionné la résistance culturelle à la vaccination dans certaines collectivités, alors que les intervenants de la Nouvelle-Écosse ont souligné les comportements enracinés tels que le tabagisme et l'alcoolisme.

**Les intervenants clés ont aussi évoqué le manque d'efficacité des services offerts en régions rurales. Le transport, les ressources technologiques, le maintien en poste du personnel et les attentes quant aux soins à fournir localement y représentent les principaux défis. Toutefois, les intervenants ont aussi fait valoir qu'en raison de leurs caractéristiques uniques, les milieux ruraux permettent de réaliser des gains d'efficacité par d'autres moyens, par exemple grâce à la télésanté ou à l'élargissement du champ de pratique du personnel paramédical et des infirmières praticiennes. Ils ont aussi précisé que des liens solides et informels en région rurale peuvent favoriser la collaboration intersectorielle.**

## Résistance culturelle aux changements

Dans les 2 provinces, les personnes interviewées ont précisé que les attentes du public en matière de soins de santé peuvent entraver la réalisation des objectifs d'efficacité. Par exemple, le public peut s'attendre à subir certaines analyses diagnostiques, souvent inutilement, à se faire soigner à l'hôpital au lieu de recevoir des services à domicile, à être admis dans un établissement de soins de longue durée à partir d'un certain âge et à utiliser « les services d'urgence comme s'il s'agissait d'une clinique de médecine familiale » (Pictou County-Guysborough Antigonish Strait, Nouvelle-Écosse). Par conséquent, la modification du système aux fins d'optimisation devra se faire avec le concours et le soutien du public.

---

**« Il est parfois difficile sur le plan politique d'introduire des mesures d'efficacité, et pour rendre la chose plus acceptable, je crois qu'il faut inclure les citoyens dans la discussion et planifier ensemble les changements à apporter. »**

— Ministère de la Santé et du Mieux-être, Nouvelle-Écosse

---

Les intervenants clés ont aussi indiqué que la résistance au changement observée chez certains dispensateurs de soins nuisait parfois à l'amélioration de l'efficacité. En Nouvelle-Écosse, cette résistance peut se traduire par une réticence à adopter certains outils ou moyens technologiques plus efficaces et par les possibilités inexploitées de formation continue et de perfectionnement. Certains intervenants ont aussi souligné le refus de certains décideurs de considérer les coûts comme une priorité :

---

**« Quand je suis passé du privé au public, j'ai été frappé par le peu d'importance accordée aux investissements nécessaires à une unité d'extrants... on dirait que les coûts sont un sujet tabou; comme si au Canada, il était impoli de parler de ces choses-là. »**

— Ministère de la Santé et du Mieux-être, Nouvelle-Écosse

---

## Comparaison avec la littérature

Le cadre conceptuel d'optimisation du système de santé, tel qu'il ressort de nos analyses (voir la figure 3), est en phase avec les concepts énoncés dans une bonne partie de la littérature grise et didactique<sup>ii</sup>. Le suivi de la performance ressort particulièrement de cette littérature : elle joue un rôle de premier plan dans l'amélioration de l'efficacité. D'autres éléments du cadre conceptuel, notamment le leadership, l'intégration à l'échelle du système, les partenariats et la collaboration ainsi que la participation des médecins, sont aussi présents dans la littérature empirique, mais dans une moindre mesure. En outre, plusieurs rapports de premier plan, publiés récemment au pays et à l'étranger, soulignent l'importance de recourir à une prestation intégrée et coordonnée des services pour améliorer l'efficacité du système de santé<sup>1, 11</sup>.

La priorité accordée au suivi de la performance dans la littérature peut être attribuée en partie au grand nombre d'études américaines. Elle pourrait aussi résulter d'une compréhension plus large de l'efficacité, définie dans notre étude comme la capacité de réduire les décès prématurés de causes évitables, et non seulement de la nécessité de dispenser des services.

D'autres actions décrites dans les études empiriques pour améliorer l'efficacité ont été examinées dans le cadre de notre analyse, mais de manière moins soutenue :

- mobilisation accrue du personnel envers l'amélioration continue de la qualité;
- augmentation des possibilités de perfectionnement professionnel, de formation (p. ex. meilleure compréhension des coûts) et de transmission des connaissances;
- amélioration des processus cliniques et administratifs (notamment au moyen de la méthode Lean).

## Conclusions

Cette phase 3 du projet de l'ICIS sur l'efficacité du système de santé nous permet de mieux comprendre les actions entreprises et les défis que doivent relever les décideurs. Notre approche qualitative nous a permis de découvrir pourquoi certaines régions réussissent mieux que d'autres à réaliser des gains d'efficacité, comme le décrit la phase 2 du projet.

Les mécanismes qui, selon les participants à l'étude, permettraient d'améliorer l'efficacité du système de santé peuvent se produire dans les 5 dimensions suivantes (voir la figure 3) :

- suivi de la performance aux fins de responsabilisation et de prise de décisions
- intégration de la gouvernance et de la prestation des soins à l'échelle du système

---

ii. Cette synthèse repose sur un examen de 60 études empiriques énumérées dans *Améliorer l'efficacité du système de santé au Canada : description des méthodes*.

- partenariats hors du secteur de la santé pour améliorer la santé de la population
- participation et rémunération des médecins
- souplesse du financement

Les personnes interviewées ont insisté sur l'importance d'un leadership solide pour favoriser les progrès dans ces 5 dimensions. Elles ont aussi reconnu que bon nombre des obstacles à l'amélioration du système de santé résultent des caractéristiques de leur environnement de travail.

Plusieurs intervenants clés de la Colombie-Britannique attribuent les réussites de la province au chapitre de l'efficacité à la structure actuelle des autorités sanitaires, qui facilite l'intégration entre les secteurs et les régions d'une autorité donnée. En outre, depuis l'établissement des autorités sanitaires régionales en 2001, la Colombie-Britannique s'est efforcée d'harmoniser ses priorités avec celles des autorités sanitaires. Grâce au solide cadre de suivi de la performance et à l'importance accordée à l'efficacité dans toute la province, les intervenants de la Colombie-Britannique semblent bien connaître le concept d'efficacité et la façon dont il s'applique à leur travail.

En revanche, de nombreux intervenants de la Nouvelle-Écosse ont admis que la structure précédente, composée de 9 autorités sanitaires, était fragmentée et cloisonnée, ce qui entraînait une baisse d'efficacité au chapitre de la gouvernance et de la prestation des services. Ils ont dit avoir bon espoir que le regroupement des autorités sanitaires et les réformes qui l'accompagnent augmenteront l'efficacité dans son ensemble en améliorant l'intégration et le suivi de la performance.

L'expérience de dirigeants du système dans 2 provinces à différentes étapes de la transformation constitue une riche source d'information sur les actions et les défis liés à l'optimisation du système de santé au Canada. Le cadre élaboré ici pourra aussi servir ailleurs à évaluer et à comparer les progrès réalisés en matière d'efficacité du système de santé. Nous pouvons aussi examiner les approches permettant de mesurer de façon quantitative les concepts importants énoncés ici et raffiner les estimations actuelles de l'efficacité du système de santé.

## Annexe 1 : Texte de remplacement pour la figure 2

La C.-B. établit 20 conseils régionaux de santé en 1993. La N.-É. établit 4 conseils régionaux de santé en 1996. La C.-B. établit 11 conseils régionaux de santé en 1997. La N.-É. établit 9 autorités sanitaires de district en 2001. La C.-B. établit 5 autorités sanitaires régionales en 2001. Données disponibles pour la phase 2 entre 2007 et 2009. Entrevues de la phase 3 menées d'octobre 2014 à mai 2015. La Nouvelle-Écosse établit l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse en 2015.



# Références

1. Santé Canada. [Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada — rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé](#). Juillet 2015.
2. Blomqvist A, Busby C. [Better Value for Money in Healthcare: European Lessons for Canada](#). Commentaire 339 de l'Institut C.D. Howe. Janvier 2012.
3. Gouvernement de l'Australie — Productivity Commission. [Efficiency in Health](#). Document de recherche de la Productivity Commission. Avril 2015.
4. Yong PL, Saunders RS, Olsen LA, dir. [The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes — Workshop Series Summary](#). Institute of Medicine (US) Roundtable on Evidence-Based Medicine. 2010.
5. Bielaszka-DuVernay C. [Vermont's blueprint for medical homes, community health teams, and better health at lower cost](#). *Health Affairs*. Mars 2011.
6. Klein S, McCarthy D, Cohen A. [Buffalo and Western New York: Collaborating to Improve Health System Performance by Leveraging Social Capital](#). Fonds du Commonwealth. Avril 2014.
7. Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. [Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally](#). Fonds du Commonwealth. Juin 2014.
8. Institut canadien d'information sur la santé. [Vers un modèle de mesure de l'efficacité du système de santé au Canada](#). Octobre 2012.
9. Institut canadien d'information sur la santé. [Mesurer l'efficacité du système de santé canadien et ses déterminants](#). 2014.
10. Allin S, Veillard J, Wang M, Grignon M. [How can health system efficiency be improved in Canada?](#). *Healthcare Policy*. Août 2015.
11. Alderwick H, Robertson R, Appleby J, Dunn P, Maguire D. [Better Value in the NHS: The Role of Changes in Clinic Practice](#). The King's Fund. Juillet 2015.

# Parlez-nous

**ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond  
Bureau 600  
Ottawa (Ont.)  
K2A 4H6  
**613-241-7860**

**ICIS Toronto**

4110, rue Yonge  
Bureau 300  
Toronto (Ont.)  
M2P 2B7  
**416-481-2002**

**ICIS Victoria**

880, rue Douglas  
Bureau 600  
Victoria (C.-B.)  
V8W 2B7  
**250-220-4100**

**ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest  
Bureau 602  
Montréal (Qc)  
H3A 2R7  
**514-842-2226**

**ICIS St. John's**

140, rue Water  
Bureau 701  
St. John's (T.-N.-L.)  
A1C 6H6  
**709-576-7006**