



Fondation canadienne pour  
**l'amélioration des  
services de santé**

# Accélération de l'amélioration des services de santé au Canada :

examen des options stratégiques  
pour appuyer, améliorer et transformer  
les services de santé

Février 2013

Sandra Milicic  
Gillian Mulvale  
Stephen Petersen

## REMERCIEMENTS

Les auteurs aimeraient remercier les participants de Polinomix pour leurs commentaires constructifs, ainsi que Lindsay Wilson et Joshua Nutt de la FCASS pour leurs contributions.

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) est un organisme sans but lucratif financé dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement du Canada. La FCASS tient à remercier Santé Canada pour son soutien financier qui a donné lieu à l'Initiative sur le financement, l'innovation et la transformation (FIT) des services de santé. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

Ce document est disponible à [www.cfhi-fcass.ca](http://www.cfhi-fcass.ca).

Le présent rapport est publié par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé ou FCASS. La FCASS a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé pour les Canadiens et les Canadiennes et est financée selon une entente avec le gouvernement du Canada. Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de la FCASS ou du gouvernement du Canada.

ISBN 978-1-927024-83-6

*Accélération de l'amélioration des services de santé au Canada : examen des options stratégiques pour appuyer, améliorer et transformer les services de santé* © Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2013.

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie, à des fins non commerciales seulement, à condition que le contenu original de la publication ou une partie de la publication ne soit pas modifié de quelque façon que ce soit sans la permission écrite de la FCASS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez communiquer par courriel à [info@cfhi-fcass.ca](mailto:info@cfhi-fcass.ca)

Veuillez utiliser la formule de mention suivante : « Reproduit avec la permission de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, tous droits réservés, Février 2013. »

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé  
1565, avenue Carling, bureau 700  
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Courriel : [info@cfhi-fcass.ca](mailto:info@cfhi-fcass.ca)  
Téléphone : 613-728-2238  
Télécopieur : 613-728-3527

## MESSAGES PRINCIPAUX

- ▶ Tant au Canada que partout dans le monde, les dépenses de santé ont augmenté à un rythme plus rapide que la croissance du PIB, ce qui suscite des préoccupations qui ont infiltré le discours politique non seulement sur la viabilité financière des systèmes publics de santé du Canada, mais aussi sur les dépenses de santé publique.
- ▶ La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) – désormais connue sous le nom de Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) – a lancé, en 2011, un programme de recherche commandé par Santé Canada, l'initiative Financement, innovation et transformation (FIT) des services de santé, afin, d'une part, de synthétiser les données probantes sur les générateurs de coûts et sur les options pour améliorer l'efficacité et étendre le financement, et d'autre part, d'examiner la transformation des systèmes de santé au Canada. Les informations contenues dans le présent rapport sont destinées à fournir un aperçu préliminaire et une analyse des options qui méritent d'être approfondies et mises en évidence pour appuyer les initiatives d'amélioration visant à transformer l'organisation, le financement, la gestion et la prestation des services de santé au Canada.
- ▶ L'analyse de l'initiative FIT des services de santé donne à entendre qu'il existe de nombreuses options stratégiques uniques à différents niveaux décisionnels. Or, ce rapport porte sur quatre domaines de la conception des systèmes de santé couverts par l'analyse, à savoir la rémunération des médecins, le financement des hôpitaux, la tarification et le remboursement des produits pharmaceutiques et les options de financement des dépenses non couvertes par le régime d'assurance publique.
- ▶ La rémunération des médecins a augmenté rapidement (ICIS, 2011), mais aucune donnée probante solide ne suggère que cette augmentation a entraîné une amélioration de l'état de santé ou de l'accès aux services de santé (Brasset-Latulippe et coll., 2011b; ICIS, 2011). Or, il est possible d'optimiser le mode traditionnel de rémunération des médecins à l'acte en mettant en œuvre d'autres mécanismes de paiement, tels que des systèmes mixtes.
- ▶ Les hôpitaux qui représentent l'une des catégories de dépenses les plus élevées du secteur public au Canada (Constant et coll., 2011; ICIS, 2011) sont financés principalement par des budgets globaux qui, fondés sur des niveaux historiques, n'encouragent pas effectivement l'amélioration de l'accès, de la qualité ou de l'efficacité. Des solutions de rechange comme la combinaison de budgétisation globale et de financement basé sur les activités permettent d'optimiser les atouts respectifs de chaque type de financement et d'inciter les hôpitaux à offrir un accès équitable et en temps opportun, un volume de soins approprié et des services de santé efficaces (Sutherland, 2011).
- ▶ Au Canada, les stratégies de tarification des produits pharmaceutiques sont diverses et peuvent entraîner une hausse globale des prix, une tarification inégale et un accès réduit et inéquitable pour certaines personnes. La modification des mécanismes de tarification peut non seulement contribuer à l'élimination de cette discrimination par les prix entre les provinces, mais aussi à une plus grande accessibilité des nouveaux médicaments, à une répartition plus équitable des ressources et à un meilleur accès pour les patients (Grootendorst et Hollis, 2011).
- ▶ Le fait que l'assurance publique ne couvre que des soins « médicalement nécessaires » dispensés par les hôpitaux et les médecins et non d'autres services peut engendrer des obstacles et des inégalités dans l'accès aux soins. Une approche de l'assurance sociale soigneusement conçue, mise en œuvre pour financer un régime universel de médicaments sur ordonnance et applicable également à d'autres services favoriserait grandement la rapidité des traitements et l'équité d'accès.

## RÉSUMÉ

Au Canada et ailleurs dans le monde, les dépenses de santé ont augmenté plus vite que le PIB. Ensemble, le taux de croissance des dépenses de santé et leur part dans les dépenses totales des gouvernements provinciaux ont soulevé des inquiétudes quant à la viabilité financière des systèmes publics de santé du Canada. Afin d'introduire de meilleures données probantes dans les discussions sur la viabilité, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) – désormais connue sous le nom de Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) – a lancé, en 2011, une initiative afin non seulement de synthétiser les données probantes sur les générateurs de coûts et les options pour améliorer l'efficacité et étendre le financement, mais aussi de comprendre et d'appuyer la transformation des systèmes de santé au Canada.

Dans le cadre de l'initiative FIT (financement, innovation, transformation) des services de santé, la FCASS a commandé à des spécialistes au total 20 rapports évalués par un comité d'examen du mérite et a tenu une série de dialogues sur les politiques avec les parties prenantes pour discuter des résultats. Les rapports produits s'inscrivent dans trois grands thèmes que sont 1) les générateurs de coûts et l'efficacité, 2) le financement des services de santé et 3) l'innovation et la transformation des services de santé. Sous le thème « Générateurs de coûts et efficacité », on a dégagé un certain nombre de sujets de synthèse sur la connaissance individuelle des données probantes, ainsi que des suggestions pour promouvoir une plus grande efficacité. La FCASS a organisé deux séries de dialogues sur les politiques pour discuter des options stratégiques et des conclusions des rapports, la première réunissant des responsables de politiques, des chercheurs et des prestataires de services de santé qui sont des spécialistes dans les domaines liés aux dépenses pharmaceutiques (février 2011), aux modes de rémunération des médecins et de paiement des hôpitaux (mars, 2011) et au financement des services de santé (mai 2011). En juillet 2011, des options de réformes prometteuses, fondées sur ce travail, ont été présentées à un auditoire de 105 participants à une conférence internationale organisée par la FCASS de concert avec l'International Health Economics Association (iHEA) à Toronto, en Ontario.

On a effectuée l'analyse comme suit :

- (i) déterminer les objectifs généraux d'amélioration et de transformation des systèmes de santé et procéder à une analyse de contenu (Charmaz, 2010) du rapport *Analyse des initiatives pour la transformation des systèmes de soins de santé : Des leçons à tirer pour le système de santé du Canada* de Denis et ses collègues (2011);
- (ii) étudier la mesure dans laquelle les options proposées dans les rapports sur les générateurs de coûts, sur l'efficacité ainsi que sur le financement des systèmes de santé permettraient d'atteindre les objectifs de transformation énoncés au point (i);
- (iii) examiner les points de vue des parties prenantes sur les options stratégiques proposées.

Les thèmes de la transformation indiqués au point (i) comprennent : l'accès, l'efficacité, le processus décisionnel éclairé par les données probantes, les soins coordonnés et concertés entre les prestataires, les soins coordonnés et concertés entre les organismes et les soins axés sur le patient. Ces objectifs ont été également discutés ailleurs (Lalonde, 1974; Kirby, 2002; Romanow, 2002) et ont atteint divers degrés de succès.

Selon Denis, une « transformation se produit si des changements s'opèrent dans le mode de pensée des principaux intervenants au même rythme que dans l'architecture du système » (Denis et coll., 2011, p.1). Sans de tels changements transformationnels, les systèmes de santé tendent à reproduire leur logique dominante. Denis souligne que des changements éclairés par les données probantes et la participation citoyenne sont de puissants leviers pour appuyer le changement transformationnel. Les données présentées dans cette synthèse visent à étayer un tel changement, ainsi qu'à fournir une vue d'ensemble et une analyse préliminaire des options qui pourraient être approfondies et appuieraient les initiatives d'amélioration visant à transformer le mode d'organisation, de financement, de gestion et de prestation des services de santé au Canada.

Selon l'analyse de l'initiative FIT des services de santé, il existe de nombreuses options stratégiques uniques à différents niveaux du processus décisionnel (local, provincial, inter-provincial et national) qui permettent non seulement de répondre aux préoccupations concernant la viabilité financière, mais aussi d'atteindre les objectifs d'amélioration et de transformation des systèmes de santé qui sont énoncés dans cette analyse. Cette dernière porte sur les quatre domaines de la conception des systèmes de santé qui ont fait l'objet de 20 rapports publiés, à savoir la rémunération des médecins, le financement des hôpitaux, la tarification et le remboursement des produits pharmaceutiques, ainsi que les options d'extension du financement en cas de lacunes dans la couverture de l'assurance publique.

Les dépenses en honoraires des médecins représentaient, en 2011, la deuxième catégorie en importance des dépenses publiques de santé et comptaient pour 20 % du total (Constant et coll., 2011). Bien que la rémunération des médecins augmente plus vite que la moyenne des salaires hebdomadaires des autres travailleurs de la santé et des services sociaux (ICIS, 2011), aucune donnée probante solide ne laisse entendre que l'augmentation de ces dépenses a permis d'améliorer l'accès aux services ou les résultats de santé (Brasset-Latulippe et coll., 2011; ICIS, 2011). En vue d'améliorer les mécanismes pour établir les honoraires des médecins, on a suggéré de recourir à l'évaluation des technologies de la santé (ETS) afin de fixer les frais des honoraires en fonction de l'optimisation des ressources plutôt qu'en fonction du coût du service comme l'approche la plus souvent utilisée à l'heure actuelle (Husereau et Cameron, 2011a). Il existe d'autres options de paiement, dont les mécanismes de paiement mixtes, les enveloppes budgétaires et l'intéressement collectif, qui sont toutes également attrayantes, car elles peuvent inciter les médecins à tenir compte tant des bienfaits des traitements que des coûts associés, ce qui réduit les dépenses de santé en diminuant une utilisation excessive (inefficace) des services de santé (Léger, 2011).

Les dépenses hospitalières, qui représentaient, 2011, 29 % des dépenses totales de santé publiques au Canada en constituaient l'une des catégories les plus importantes (Constant et coll., 2011; ICIS, 2011). Les hôpitaux sont financés principalement par des budgets globaux, soit un modèle de financement des hôpitaux basé sur un montant annuel forfaitaire préétabli. Une solution de rechange à la budgétisation globale est le financement basé sur les activités (FBA). En vertu du FBA, le paiement est fonction du type et du volume des services fournis et les hôpitaux efficaces sont en droit de conserver la différence entre leurs coûts de traitement et le montant de paiement (Sutherland, 2011), d'où une plus grande efficacité. Une autre approche consiste à combiner le financement basé sur les activités (FBA) et la budgétisation globale. Cette approche mixte permet d'optimiser les points forts respectifs de chaque type de financement et de créer des incitations à un accès équitable et opportun, à un volume de soins approprié et à l'efficacité des services de santé (Sutherland, 2011). La clé du succès d'une approche mixte de FBA réside dans la mise en œuvre de systèmes d'information pour suivre de près les données sur la durée du séjour et sur l'utilisation des fonds, entre autres (Sutherland, 2011).

Les initiatives qui se penchent seulement sur la rémunération des médecins et le financement des hôpitaux ne tiennent pas compte du réel problème de cloisonnement entre les médecins et les hôpitaux, lequel peut constituer des obstacles non seulement à l'efficacité, mais aussi à la coordination des soins axés sur les besoins des patients. Cette structure de paiement fragmentée et incohérente conduit à des inefficacités et n'offre aucune incitation à la coordination et à la collaboration des soins axés sur le patient. Une solution proposée qui vise à harmoniser les incitations à l'intention des hôpitaux et des médecins pour promouvoir une plus grande efficacité dans les services hospitaliers consiste à mettre en œuvre un programme d'intéressement collectif qui favoriserait l'alignement des incitatifs des médecins et des hôpitaux et qui permettrait aux hôpitaux de verser des primes à leurs médecins en fonction des économies réalisées lorsque ces derniers choisissent des options de traitement plus efficaces.

Les dépenses en médicaments représentaient environ 9 % du total des dépenses publiques en matière de santé et ont augmenté 6,3 % de 1999 à 2009. Les changements dans les caractéristiques des maladies (des maladies aiguës à des problèmes de santé chroniques) ont changé le traitement des patients : une transition des soins hospitaliers vers des soins ambulatoires avec une plus grande utilisation de médicaments d'ordonnance. Parmi les options proposées, figurent une échelle mobile qui reproduit l'entrée sur le marché et une approche d'appel d'offres pour réduire les prix des médicaments génériques, ainsi que l'évaluation des technologies de la santé (ETS) qui peut être utilisée dans des approches coordonnées entre les provinces et les territoires pour fixer les prix de remboursement des médicaments d'origine, ce qui contribue à faire baisser les prix et à améliorer l'équité partout au pays (Husereau et Cameron, 2011b).

Le financement des systèmes de santé canadiens est effectué principalement par le biais du régime fiscal : 70 % des systèmes sont financés par les recettes fiscales et les 30 % restants par des sources privées comme les paiements directs et l'assurance maladie privée (Constant et coll., 2011). Le fait que l'assurance publique ne couvre que des soins « médicalement nécessaires » dispensés par les hôpitaux et les médecins, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*, et non d'autres services peut imposer des obstacles et conduire à de moins bons résultats de santé ou à des inégalités d'accès. Selon la présente synthèse, l'adoption d'une approche d'assurance sociale pourrait conduire une meilleure équité si elle est mise en œuvre pour financer un régime universel de médicaments sur ordonnance et si elle est applicable également à d'autres services.

Dans l'ensemble, cette analyse examine la façon dont les options stratégiques proposées dans les différents rapports de l'initiative FIT des services de santé peuvent contribuer à accélérer l'amélioration et la transformation des systèmes de santé au regard de six objectifs, à savoir l'efficacité, l'accès, la prise de décision fondée sur les données probantes, la coordination et la concertation des soins entre les différents organismes, la coordination et la concertation des soins entre les différents prestataires et les soins axés sur le patient et la famille. Il ressortait clairement des discussions avec les participants internationaux au colloque à Toronto sur le financement que le Canada n'est pas le seul pays qui se débat pour atteindre les objectifs de transformation du système de santé. L'analyse de ce rapport peut être intégrée au processus décisionnel sur les options stratégiques appropriées lorsqu'une occasion d'influencer les politiques se présente.