

LE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ DU CANADA : EFFICACITÉ ET EFFICIENCE

**Rédaction : Odette Madore
Division de l'économie
Octobre 1993**

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

EFFICACITÉ ET EFFICIENCE: CONCEPTS ET DÉFINITIONS

L'ÉTAT DE LA SITUATION: L'INFORMATION DISPONIBLE

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

LE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ DU CANADA: EFFICACITÉ ET EFFICIENCE

INTRODUCTION

Au Canada, maîtriser les dépenses en matière de santé est devenu depuis quelques années un objectif politique. Les gouvernements des provinces consacrent déjà une part importante de leur budget (environ le tiers) aux soins de santé. La conjoncture économique difficile, conjuguée au gel des transferts fédéraux au titre du Financement des programmes établis, accentue les contraintes financières auxquelles sont soumis les gouvernements provinciaux. En fait, les dépenses publiques dans le domaine de la santé ont atteint un seuil qu'il semble politiquement difficile de dépasser.

Dans ce contexte, une pléiade d'auteurs se sont penchés sur la «crise de financement» du régime canadien d'assurance-santé et sur le fait qu'il risque de devenir impossible de

préserver des critères nationaux comme l'universalité et l'accès gratuit aux soins. Le partage actuel des dépenses en matière de santé entre les secteurs public et privé est de plus en plus remis en question. En effet, selon certains, il faut revoir la liste des services «médicalement nécessaires» actuellement garantis par les régimes publics ou imposer des frais modérateurs.

D'autres, par contre, soutiennent que le contrôle des coûts passe non par une participation accrue du secteur privé au financement des dépenses en matière de santé, mais par une amélioration de l'efficacité et de l'efficience du régime de soins. Leur argumentation se présente comme suit: la prestation de services de santé appropriés et efficaces sur les plans clinique et économique contribue au rendement, c'est-à-dire à l'efficience, du régime de soins de santé. Des soins fournis de manière efficace au sein d'un système efficient permettent, d'une part, d'utiliser au mieux les ressources financières disponibles et, d'autre part, d'offrir des services à la fois universels et de haute qualité.

Dans ce document, nous discutons des aspects théoriques et pratiques de l'efficacité et de l'efficience dans le domaine des soins de santé. Nous définissons d'abord les concepts d'efficacité et d'efficience dans le secteur de la santé. Nous énumérons ensuite certains soins de santé qui sont, dans la pratique, jugés inefficaces et nous examinons les solutions envisagées pour remédier à la situation.

EFFICACITÉ ET EFFICIENCE: CONCEPTS ET DÉFINITIONS

L'efficacité et l'efficience sont deux concepts qui introduisent une dimension économique dans le secteur de la santé. La théorie économique appliquée à ce domaine particulier tente de répondre à trois questions qui ont trait à la répartition des ressources physiques, humaines et financières, et à l'ordre de priorité à suivre dans le processus de décision budgétaire. La première question, qui est liée au concept d'efficience, concerne la quantité optimale de ressources qu'il faut affecter aux soins de santé, laquelle est établie en fonction des ressources qu'il faut consacrer à la satisfaction d'autres besoins de la société. Pour y répondre, il faut nécessairement faire un choix, c'est-à-dire décider quelle part du budget il faut consacrer à la santé et quelle part il faut consacrer à d'autres investissements publics tous aussi importants comme l'éducation, la création d'emploi ou la recherche-développement. La seconde question est elle aussi liée à l'efficience et a trait à la répartition des ressources entre les diverses composantes des soins de santé. On peut s'interroger, par exemple, sur la répartition du budget entre les soins curatifs, la prévention ou encore la recherche médicale. Quant à la troisième question, elle concerne les activités jugées efficaces, auxquelles il faudra accorder une aide financière compte tenu des contraintes et priorités résultant des réponses données aux deux questions précédentes. Avant d'examiner l'efficience macro-économique du système, il convient de déterminer, sur le plan micro-économique, quelles activités sont efficaces.

L'**efficacité** est la relation qui existe entre le niveau des ressources investies et celui des résultats obtenus en gains de santé. Elle constitue la mesure de l'effet des pratiques et techniques médicales, qu'elles soient thérapeutiques, diagnostiques, chirurgicales ou pharmacologiques, sur la santé et le bien-être des individus. Pour évaluer ce rendement, il faut tenir compte non seulement des améliorations observées dans l'état de santé, mais également des retombées négatives, comme les effets secondaires et iatrogéniques(1).

Dans sa forme pure, la mesure de l'efficacité compare deux choses qui doivent conduire au

même résultat ou qui ont le même objectif. Prenons l'exemple de deux médicaments qui permettent tous deux de guérir une maladie donnée. Le médicament le plus efficace sera celui qui assure la période de guérison la plus rapide tout en ayant le moins d'effets secondaires. On dit alors que c'est le médicament le plus efficace sur le plan clinique.

La dimension économique de l'efficacité fait intervenir la notion de coût. On parle alors de coût-efficacité et de réduction des coûts. Par exemple, si deux médicaments mènent à des résultats identiques en tous sens (même durée de traitement ou de guérison et mêmes effets secondaires), alors le médicament le plus efficace sur le plan des coûts est celui qui coûte le moins cher.

Dans son sens large, l'efficacité combine à la fois les aspects clinique et économique des soins. L'évaluation de l'efficacité permet de répertorier les pratiques et les techniques médicales qui, d'une part, contribuent réellement à améliorer l'état de santé et qui, d'autre part, permettent un bon usage des ressources. Comme les ressources affectées à la santé sont limitées, seules les pratiques et techniques efficaces devraient être employées.

En corollaire, l'examen clinique et l'évaluation du rendement économique des soins de santé débouchent sur une catégorisation des soins qui permet de déterminer ceux qui sont inefficaces ou inappropriés. Un soin est jugé inefficace sur le plan clinique lorsqu'il n'atteint pas les objectifs voulus, comme la guérison, la détection de la maladie ou l'amélioration de l'état de santé. Un soin inefficace sur le plan des coûts en est un qui ne rapporte que de faibles gains en santé par rapport au coût des soins fournis. On qualifie un soin d'inapproprié lorsque la procédure médicale employée ne comporte aucun bénéfice pour le patient ou risque même d'entraîner des effets indésirables pour sa santé. On parvient à mieux contrôler les dépenses dans le secteur de la santé lorsqu'on cesse de financer ces soins inappropriés ou inefficaces.

L'évaluation de l'efficacité ne se limite pas à la comparaison de deux choses similaires, comme deux médicaments ou deux tests diagnostiques; elle peut également être appliquée à des domaines variés. Par exemple, on peut comparer, pour ce qui est des coûts, l'utilisation de médicaments et la prévention(2), les soins à domicile et les soins hospitaliers(3), les soins offerts par un médecin et les soins donnés par un autre professionnel de la santé(4), ou encore une nouvelle technique et les pratiques médicales existantes(5).

L'évaluation de l'efficacité est parfois évidente, parfois difficile. Par exemple, il est relativement facile de faire un choix entre des médicaments onéreux et des médicaments peu coûteux lorsque, selon les prévisions, les résultats obtenus seront sensiblement les mêmes. Cependant, le choix est plus complexe lorsque l'emploi d'un médicament plus économique qu'un autre entraîne une période de guérison plus longue ou des effets secondaires plus importants. La décision ne peut pas alors être prise selon les seuls critères économiques. C'est la raison pour laquelle l'évaluation clinique et la rentabilité économique doivent aller de pair dans la détermination du niveau d'efficacité. Le but essentiel que vise l'efficacité doit demeurer double: que le système de soins de santé produise la plus grande amélioration possible de l'état de santé au meilleur coût possible.

L'**efficience**, qui est un concept beaucoup plus complexe, est le rapport qui existe entre le niveau des ressources que l'on investit dans le régime de soins de santé et le volume de services produits (ou, ce qui revient au même, le volume des gains de santé)(6). Le but visé est la maximisation des soins offerts (ou la maximisation des résultats) de façon efficace,

compte tenu d'un budget donné. Selon ce concept, chaque service fourni doit l'être au moindre coût, qu'il présente des avantages dont la valeur égale ou excède le coût et qu'il entraîne une allocation optimale des ressources investies. L'efficacité se distingue de l'efficacités en ce qu'elle relativise les coûts par rapport aux avantages.

L'évaluation du niveau d'efficacité des interventions et des techniques médicales permet d'établir des priorités dans l'allocation des ressources. Supposons, par exemple, que le gouvernement dispose d'un budget d'un million de dollars qu'il peut consacrer à l'achat de médicaments qui s'avèrent efficaces contre des maladies mortelles(7). Supposons également que des experts estiment que si le budget était consacré en totalité au médicament A, il serait possible de sauver 50 vies, mais que, par contre, s'il était entièrement dévolu au médicament B, on pourrait prévenir 100 décès. Quel médicament le gouvernement devrait-il acheter? Selon les critères d'efficacité, le gouvernement devrait consacrer son budget à l'achat du médicament B, qui comporte le plus de bénéfices, soit le nombre de vie épargnées. Dans cet exemple, on compare les coûts évalués en dollars aux avantages mesurés en nombre de vies humaines. Cependant, il arrive fréquemment que les avantages soient quantifiés en argent(8).

L'évaluation de l'efficacité ne se limite toutefois pas aux avantages absolus. En fait, il faut plutôt tenir compte des bénéfices à la marge. Reprenons notre exemple des médicaments A et B en supposant cette fois que le gouvernement ne dispose que d'un budget de 500 000 \$. Les experts estiment que si le budget était consacré en totalité à l'achat du médicament A, la vie de 40 personnes pourrait être sauvée, tandis que s'il l'était à l'achat du médicament B, on pourrait sauver 80 vies. Encore une fois, le gouvernement devrait accorder la priorité au médicament B. Toutefois, compte tenu de ces dernières informations, si le budget du gouvernement était porté à un million de dollars, serait-il plus avantageux sur le plan de l'efficacité de consacrer la totalité de l'argent à l'achat du médicament B et empêcher 100 décès, comme on l'avait tout d'abord suggéré dans le premier exemple? La réponse est évidemment non. Si le gouvernement achetait uniquement le médicament B, le budget supplémentaire de 500 000 \$ ne contribuerait qu'à sauver la vie de 20 personnes de plus. Par contre, s'il consacrait ce budget supplémentaire à l'achat du médicament A, il pourrait sauver 40 vies de plus. Dans l'ensemble, il serait donc plus efficace de répartir le budget de façon équitable entre les médicaments A et B, puisque, ce faisant, le gouvernement empêcherait au total la perte de 120 vies (40 + 80), alors qu'il ne sauverait que 100 vies en achetant uniquement le médicament B; en adoptant cette solution, le gouvernement maximiserait les résultats.

L'évaluation du niveau d'efficacité facilite les choix qu'il faut faire entre diverses pratiques ou interventions médicales. Il faut toujours considérer les choix à la marge. Le traitement de la maladie A a-t-il un rendement marginal supérieur ou inférieur au traitement de la maladie B? Ou encore, faut-il faire un choix entre le présent et l'avenir? Par exemple, vaut-il mieux consacrer plus d'argent au traitement d'une maladie ou investir dans la recherche pour trouver un moyen de guérir totalement cette maladie? Dans l'évaluation du niveau d'efficacité, on s'efforce de comparer les coûts et les avantages pour l'ensemble de la société et on tente de bien faire ressortir les conséquences économiques de dépenses publiques additionnelles effectuées de diverses façons, afin que les gouvernements soient en mesure de savoir quels investissements supplémentaires procurent les avantages nets les plus grands.

Par ailleurs, il faut accepter le fait que l'allocation efficace des ressources résulte d'un

choix qui comportera toujours des dimensions à la fois morales et sociales. Faut-il investir dans des équipements qui servent à traiter des cas rares ou mettre en place des programmes de prévention qui touchent des milliers de gens? Quelle priorité faut-il accorder aux services qui ne modifient pas le cours naturel de la maladie, mais qui améliorent la qualité de vie? Faut-il privilégier les services aux enfants ou les soins aux personnes âgées, les problèmes physiques ou les problèmes mentaux? Pourquoi certaines personnes sont-elles choisies de préférence à d'autres pour recevoir un traitement donné? La réponse à de telles questions demeurera toujours difficile à trouver. Aux aspects clinique et économique des soins devront s'ajouter des considérations d'ordre éthique dans les processus de décision budgétaire.

L'efficacité pourrait également être évaluée du point de vue macro-économique pour qu'on puisse tenter d'établir la proportion des ressources qu'il faudrait consacrer aux services de santé. Dans ce cas, toutefois, il est évidemment plus facile de définir un critère théorique de l'efficacité macro-économique en ce qui concerne les soins de santé que de faire la démonstration de ce qu'est ou n'est pas, dans la pratique courante, une allocation optimale des ressources en santé à un coût jugé acceptable pour la société. Personne n'a encore établi le niveau optimal de ressources que les gouvernements devraient consacrer aux dépenses dans le domaine de la santé ni le pourcentage idéal du PIB qui devrait être dévolu à ce secteur. Il ne semble pas y avoir de norme. À preuve, les pays consacrent des proportions différentes de leur PIB à la santé, et l'importance du secteur public dans ce domaine varie d'un pays à l'autre. Quel pays présente le système idéal? Il n'y a pas vraiment de réponse à cette question. Selon Evans, «[r]ien ne nous permet, à l'échelle internationale, de conclure qu'une forme particulière d'organisation ou de financement a «fonctionné» ou s'est révélé de façon définitive supérieure aux autres»⁽⁹⁾. D'après lui, les pays n'ont pas accordé suffisamment d'importance à l'efficacité et à la responsabilité dans le financement des soins de santé: «Il est donc possible de conclure que malgré leur diversité, les régimes de soins de santé dans chaque société ont tous évolués sans que soient mis en place des mécanismes capables d'assurer l'obligation de rendre compte pour ce qui est de l'efficacité, de l'efficacité et de là-propos des soins fournis»⁽¹⁰⁾.

L'ÉTAT DE LA SITUATION: L'INFORMATION DISPONIBLE

On prévoit que le Canada, tout comme plusieurs autres pays, accordera dans l'avenir plus d'importance à l'efficacité et à l'efficacité de manière à rationaliser son secteur de la santé. Selon une étude publiée par l'OCDE:

En matière de prestations médicales, la période qui s'ouvre devrait connaître une remise en cause constante. Les techniques nouvelles ne seront plus universellement adoptées sans que le rapport coût-utilité en soit apprécié. Même la prestation d'actes courants sera examinée de près parce que le besoin de justification se sera davantage imposé⁽¹¹⁾.

Cette tendance nouvelle vers une évaluation plus systématique de l'efficacité et de l'efficacité se justifie à quatre niveaux. Premièrement, l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité atténuée en partie les problèmes de financement des régimes publics d'assurance-santé. Deuxièmement, une meilleure efficacité dans la prestation des soins se traduit directement par une amélioration de la qualité de ces derniers. Troisièmement, l'accroissement du niveau d'efficacité des services et des soins de santé contribue directement à l'amélioration des gains dans le domaine de la santé. Quatrièmement, des

soins de santé fournis d'une manière efficace assurent un meilleur rendement du régime.

Il existe cependant certains obstacles à l'évaluation systématique de l'efficacité et de l'efficience. Même si la théorie économique offre des outils utiles pour l'évaluation de l'efficacité et l'efficience des soins de santé, le Canada ne dispose pas toujours d'une information suffisante pour procéder à un tel examen. La rareté des indicateurs permettant de mesurer les gains dans le domaine de la santé et le manque d'information sur l'impact des interventions médicales rendent difficile, à l'heure actuelle, les évaluations portant sur l'efficacité des soins et le rendement global du régime de soins de santé.

Premièrement, il existe peu de moyens de mesurer l'amélioration de la santé à la suite d'une intervention médicale, de sorte que les résultats du régime de soins demeurent souvent inconnus. D'une part, il n'est pas toujours facile de dissocier l'effet de l'intervention elle-même de l'impact d'autres facteurs. En effet, «le niveau de santé est dépendant de très nombreux facteurs interreliés et nous ne sommes pas en mesure de savoir, de façon non équivoque, quelle est l'influence réelle des services de santé sur la santé»⁽¹²⁾. D'autre part, on ne tient pas de banque d'information sur les patients ayant subi une intervention ou un traitement. Dans le cas des soins hospitaliers par exemple, il est souvent impossible d'évaluer l'efficacité des soins car il n'y a pas de suivi après que le patient a quitté l'hôpital. Certains auteurs suggèrent même qu'il est impossible de mesurer l'efficacité-coût des soins fournis à l'hôpital:

[...] la logique comptable, utilisée pour la presque totalité du financement des opérations courantes [des hôpitaux], ne permet pas de savoir avec quelle efficacité les ressources investies dans les établissements hospitaliers contribuent à produire des résultats au chapitre de la santé et du bien-être. Il ne sert à rien de produire de façon efficace une chose inutile ou qui pourrait être obtenue dans des conditions de production différentes. Or, les systèmes d'information actuels, s'ils nous renseignent partiellement sur les services produits, ne disent rien des résultats⁽¹³⁾.

Deuxièmement, on ignore encore beaucoup de choses sur l'efficacité de la médecine et on en sait encore moins sur le rapport coût-efficacité de nombreuses interventions. Ainsi, selon l'ancien ministre de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, Benoît Bouchard, 70 p. 100 des nouvelles techniques médicales n'ont pas été évaluées pour ce qui est du rapport coût-efficacité⁽¹⁴⁾.

En dépit de ces lacunes, il existe malgré tout quelques informations portant sur l'inefficacité de certains médicaments, de certains tests diagnostiques ou de certaines interventions chirurgicales. Nous les résumons brièvement ci-après.

Plusieurs études remettent en question l'efficacité clinique et économique des médicaments. Dans son livre, Rheault indique que près de la moitié des médicaments actuellement sur le marché au Canada n'ont jamais été évalués: «[...] des 3 500 sortes de médicaments actuellement disponibles au Canada, 1 500 ont été mises sur le marché avant 1963, donc avant que des évaluations systématiques n'aient débuté»⁽¹⁵⁾. À l'échelle mondiale, on retrouve environ 100 000 médicaments différents. Or, l'Organisation mondiale de la santé estime que, parmi ceux-ci, seulement 270 sont vraiment essentiels⁽¹⁶⁾.

Certains auteurs ont également des préoccupations à l'égard de certains médicaments

d'ordonnance. Par exemple, selon des comparaisons internationales, les médecins du Canada prescrivent plus souvent des antibiotiques que ne le font ceux de divers pays d'Europe pour les patients souffrant d'infection de la gorge et des oreilles. Pourtant, il semble que la période de guérison soit environ la même sans antibiotiques. De même, les médecins canadiens ont tendance à prescrire des médicaments aux patients souffrant d'un rhume, alors que de tels médicaments ne sont pas nécessaires. Il semble que les médecins cherchent à satisfaire leurs patients qui exigent souvent des médicaments pour soigner leur rhume. Soulignons que les médecins de l'Ontario reçoivent une rémunération annuelle d'environ 200 millions de dollars pour traiter des patients souffrant d'un rhume(17).

Des tests diagnostiques et des examens médicaux sont aussi remis en question. Par exemple, le Dr Gibson estime que les tests servant à évaluer le taux de cholestérol et les traitements visant à contrôler un taux trop élevé sont hors de contrôle en Amérique du Nord. D'après lui, les bénéfices qu'en tire le patient sont minimes et parfois non prouvés. Selon lui, les échographies dans le cas des grossesses normales ou à faibles risques ne procurent probablement aucun avantage; pourtant, il s'en pratique en moyenne deux par grossesse en Ontario. Il reconnaît que les patientes l'exigent souvent et qu'il s'agit maintenant d'une pratique standard reconnue en médecine(18). On estime que ces tests coûtent quelque 25 millions de dollars par année en Ontario(19). Par ailleurs, le Dr Gibson trouve que l'on effectue trop de radiographies pour des blessures mineures et trop de mammographies. Il juge également que l'examen médical des bébés en santé pourrait être fait de façon plus économique par des infirmières formées adéquatement dans ce domaine. Enfin, il affirme que plusieurs composantes de l'examen médical annuel traditionnel n'ont aucun bénéfice prouvé(20).

Enfin, d'autres estiment que le taux de certaines interventions chirurgicales pratiquées au Canada est trop élevé par rapport à celui d'autres pays. Dans son étude, Rheault précise: «Il est intéressant de mentionner que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère acceptable un taux de césariennes de 10 à 12 p. 100. Or, le taux québécois est de 19 p. 100. Ajoutons que le taux d'épisiotomies acceptable selon l'OMS est de 20 p. 100, alors que celui observé au Québec s'élève à 64,7 p. 100»(21). Selon elle, certaines pratiques médicales s'avèrent totalement inefficaces et fort coûteuses:

Au Manitoba, une équipe de chercheurs a examiné le cas de 2 000 patients ayant subi une ablation de la vésicule biliaire. Il en est ressorti que l'ablation occasionne davantage de décès que l'absence d'intervention. Or, en 1983, 50 000 ablations de la vésicule biliaire ont été effectuées au Canada à un coût d'environ 75 à 100 millions de dollars. Si on ajoute à cela les jours de travail perdus et les décès dus aux conséquences négatives de ces interventions, on obtient pour une année des frais de 200 millions de dollars(22).

Similairement, un article indique que 40 p. 100 des opérations du dos sont inutiles car les problèmes peuvent être résolus sans chirurgie. On y précise également que certaines chirurgies comme l'hystérectomie, les pontages artéro-coronariens et les opérations pour les cataractes ne sont pas toujours nécessaires(23).

Les inefficacités dans le secteur de la santé ne se limitent pas aux interventions médicales proprement dites. On retrouve aussi des inefficacités dans la gestion du régime public d'assurance-santé. Par exemple, selon un rapport préparé par le ministère de la Santé de l'Ontario, près de un milliard de dollars dépensés dans le domaine de la santé dans cette

province le sont par suite de fraude(24). Selon ce rapport, la fraude en matière de soins de santé prend plusieurs formes. D'une part, certaines personnes utilisent illégalement les cartes d'assurance-santé. D'autre part, plus de 100 000 personnes ont deux cartes d'assurance-santé. Par ailleurs, près de 500 000 personnes qui utilisent la carte d'assurance-santé ne sont pas admissibles au régime de soins de santé public. De plus, certains patients utilisent des cartes dont le récipiendaire est décédé. Il semble également que certains bénéficiaires de l'aide sociale profitent du régime d'assurance-médicaments en revendant leurs médicaments sur le marché noir.

Dans l'ensemble, les experts s'entendent pour dire que l'amélioration de l'efficacité du régime de soins de santé du Canada nécessite la participation des patients, des médecins et des gouvernements. Par exemple, Gibson soutient que:

Les médecins, les patients et les responsables gouvernementaux sont collectivement responsables des ratés du régime de soins de santé du Canada. La plus grande partie des gestes posés sont peu rentables ou inutiles - bon nombre de «traitements» n'ont jamais fait l'objet d'une étude appropriée qui permette de déterminer s'ils sont efficaces ou dommageables(25).

Différentes solutions sont suggérées pour accroître l'efficacité des services de santé et du régime de soins. D'une part, il apparaît nécessaire de bien indiquer aux patients ce que sont des soins efficaces de sorte qu'ils ne fassent pas inutilement pression sur les médecins pour recevoir un service ou un médicament qui ne contribue pas à améliorer leur état de santé. D'autre part, sans remettre en cause le travail acharné des médecins pour améliorer la santé et sauver des vies, il apparaît nécessaire de mieux informer ces derniers sur l'efficacité clinique et économique des interventions médicales. De façon générale, il est reconnu que le jugement quant à l'efficacité ne devrait pas reposer sur les épaules des médecins pris individuellement, mais devrait plutôt être rendu par un organisme de contrôle et de suivi. Enfin, les gouvernements ont un rôle important à jouer dans la diffusion de l'information destinée aux patients et aux médecins.

À cet égard, les gouvernements de certaines provinces ont trouvé des solutions innovatrices pour résoudre les problèmes liés à l'inefficacité et à l'inefficience. Au Manitoba par exemple, un organisme de révision - le Comité d'évaluation médicale du Manitoba - est chargé depuis quelques années de surveiller les modes de pratique médicale afin de prévenir et de contrôler la prestation inappropriée de services (définie comme un volume de services supérieur à la moyenne provinciale). Ce comité demande aux médecins qui semblent fournir des soins superflus de réduire le volume de leurs services. Le mode de pratique des médecins est alors revu pendant quelques années afin de s'assurer que ceux-ci suivent les lignes directrices fournies par le Comité. Il semble que le Comité joue un rôle efficace dans la réduction du recours excessif à des examens complets ou partiels, à des tests diagnostiques, à des visites spéciales et à domicile. En effet, selon une étude réalisée entre 1984 et 1988, le nombre de services fournis a diminué, et cette diminution n'a pas été contrebalancée par des augmentations dans les autres services ou le nombre de patients. On estime que l'évaluation des modes de pratique médicale a permis des économies de plus de deux millions de dollars sur une période de quatre ans(26).

De façon similaire, la Health Services Utilization and Research Commission, de la Saskatchewan, publie des lignes directrices à l'intention du personnel médical. L'an dernier, la Commission a étudié l'efficacité-coût des tests de la thyroïde et a ensuite publié des

lignes directrices pour limiter le recours excessif à de tels tests(27). Dans son rapport, la Commission indique que le volume des tests de la thyroïde a diminué d'environ 30 p. 100 depuis la publication des lignes directrices(28). Selon des estimations, la diminution des tests de la thyroïde a entraîné des économies de l'ordre de un million de dollars(29).

En Colombie-Britannique, le gouvernement et des représentants de la profession médicale sont parvenus à une entente de principe devant permettre d'économiser 370 millions de dollars dans le domaine de la santé sur une période de cinq ans. Cette entente vise à limiter l'utilisation abusive du régime et à améliorer l'efficacité des soins. D'une part, les médecins devraient participer à un programme d'éducation visant à informer la population et à l'encourager à ne pas recourir de façon excessive au régime de soins de santé. Par la suite, si un patient exigeait un test particulier et que son médecin jugeait que ce test n'est pas nécessaire, c'est le patient, et non le régime public d'assurance-santé, qui devrait payer pour le test. D'autre part, les médecins pourraient également participer à l'établissement d'un processus de vérification des modes de pratique médicale afin de déterminer la pratique excessive. Les médecins qui ne se conformeraient pas aux lignes directrices devraient couvrir eux-mêmes le coût des soins(30).

Récemment, les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé ont convenu, lors de leur rencontre annuelle, d'envisager la possibilité d'établir des lignes directrices nationales sur les modes de pratique médicale(31).

CONCLUSION

Dans ce document, nous avons défini, sur le plan théorique, les concepts d'efficacité et d'efficience dans le secteur de la santé et avons suggéré que des services fournis d'une manière efficace favorisent une meilleure efficience du régime. Nous avons vu, sur le plan pratique, qu'une plus grande efficacité et une meilleure efficience nécessitent une utilisation adéquate des ressources, une prestation de soins appropriés et une bonne gestion des fonds publics dans le secteur de la santé. Parce qu'elles encouragent un bon usage des ressources monétaires, physiques et humaines, une plus grande efficacité et une meilleure efficience contribuent à la maîtrise des coûts des soins de santé. S'il apparaît difficile, voire impossible, de déterminer le niveau optimal des dépenses qu'il faudrait consacrer aux soins de santé, il existe tout de même des moyens, par l'analyse économique, de s'assurer que le budget soit dévolu aux composantes du système qui favorisent la plus grande efficacité. Certaines provinces ont déjà commencé à relever le défi posé par le financement des soins de santé en améliorant l'efficacité et l'efficience de leur régime de soins. Il faut encourager les autres provinces à faire de même.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Associated Press. «Study Finds Routine Ultrasound Unnecessary for Most Pregnancies». *Montreal Gazette*, 16 septembre 1993, p. B-1.

Bouchard, Benoît. Discours reproduit dans le *Hamilton Spectator*, 14 mai 1993, p. A-9.

«Campaign Launched Against Harmful, Ineffective Drugs». *Toronto Star*, 18 septembre 1993, p. F-8.

Collectif. *Health Care Technology: Effectiveness, Efficiency and Public Policy*. Étude conjointe de l'Association médicale canadienne et de l'Institut de recherches politiques. Montréal, 1986.

Culyer, Anthony J. *Health Care Expenditures in Canada: Myth and Reality; Past and Future*. L'Association canadienne d'études fiscales, Canadian Tax Paper n° 82, 1988.

Evans, Robert G. «Health Care Reform: The Issue From Hell». *Options Politiques*, vol. 14, n° 6, juillet-août 1993, p. 35-41.

Francis, Diane. «Ontario Health System Open to \$ 980 M in Fraud». *Financial Post* (Toronto), 6 août 1993, p. 4.

Füller, A., V. Schumann et U. Laaser. «Attitude and Behavior of Stuttgart's Primary Care Physicians With Regard to the Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment of Mild Hypertension». *Costs and Benefits in Health Care and Prevention - An International Approach to Priorities in Medicine*. Actes d'une conférence sur l'analyse des coûts et des avantages des soins de santé. Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag, 1990, p. 41-50.

Gibson, Dr Gary. «Doctors Must Choose the Way to Go». *Globe and Mail* (Toronto), 18 juin 1993, p. A-17.

Gouvernement de la Saskatchewan. Health Services Utilization and Research Commission. *Follow-Up Report: Thyroid Testing Guidelines*. Août 1993.

Groupe de travail sur les stratégies des tests pour les maladies de la thyroïde. *Report Presented to the Task Force on the Use and Provision of Medical Services*. Janvier 1992.

Heller, Linda. «When to Say No to Surgery». *Chatelaine*, octobre 1993, p. 99-100.

McPherson, Klim. «Variations entre pays des pratiques médicales». *Les systèmes de santé - À la recherche d'efficacité*. Études de politique sociale n° 7, OCDE, 1990, p. 17-29.

Mickleburgh, Rod. «\$1 Million to be Saved by Cuts in Thyroid Tests». *Globe and Mail* (Toronto), 31 août 1993, p. A-1 et A-2.

Modan, M., Z. Fuchs. et J.B. Rosenfeld. «Evaluation of Cost-Effectiveness of Physician-Nurse Teams as Compared to Physicians Working Alone in Primary Care Practices in Community Control of Hypertension». *Costs and Benefits in Health Care and Prevention - An International Approach to Priorities in Medicine*. Actes d'une conférence sur l'analyse des coûts et des avantages des soins de santé. Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag, 1990, p. 57-71.

Rheault, Sylvie. *Financement des services de santé: Défis pour les années 90*. Gouvernement du Québec, Conseil des affaires sociales, 1990.

Shapiro, Evelyn. «There's No Place Like Home». *Restructuring Canada's Health Care System - Where Do We Get There From Here?* Actes de la quatrième conférence canadienne sur l'économie de la santé. Association canadienne pour la recherche en économie de la

santé, Toronto, Presses de l'Université de Toronto, 1992, p. 99-104.

Wahn, Dr Michael. «Controlling Overservicing by Physicians: Review of Office Practices in Manitoba». *Canadian Medical Association Journal*, volume 146, n° 5, 1er mars 1992, p. 723-728.

Walker, Robert. «Physician Resource Plan Seen as Priority - Guidelines to be shared by Other Provinces». *Medical Post*, 28 septembre 1993, p. 1 et 37.

Weissert, William G. «Cost-Effectiveness of Home Care». *Restructuring Canada's Health Care System - Where Do We Get There From Here?* Actes de la quatrième conférence canadienne sur l'économie de la santé. Association canadienne pour la recherche en économie de la santé, Toronto, Presses de l'Université de Toronto, 1992, p. 89-98.

Wilson, Deborah. «B.C. Pact on Health Care Counts on Major Savings». *Globe and Mail* (Toronto), 1er septembre 1993, p. A-5.

(1) Sylvie Rheault, *Financement des services de santé: Défis pour les années 90*, Conseil des Affaires sociales, Gouvernement du Québec, 1990, p. 104.

(2) A. Füller, V. Schumann et U. Laaser, «Attitude and Behavior of Stuttgart's Primary Care Physicians With Regard to the Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment of Mild Hypertension», *Costs and Benefits in Health Care and Prevention - An International Approach to Priorities in Medicine*, Actes d'une conférence sur l'analyse des coûts et des avantages dans le domaine des soins de santé, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag, 1990, p. 41-50.

(3) Pour un résumé de 27 études américaines, on peut consulter William G. Weissert, «Cost-Effectiveness of Home Care», p. 89-98, ou une étude réalisée au Manitoba par Evelyn Shapiro, «There's No Place Like Home», p. 99-104, dans *Restructuring Canada's Health Care System - Where Do We Get There From Here? - Proceedings of the Fourth Canadian Conference on Health Economics*, Raisa B. Deber et Gail G. Thompson (éd.), Association canadienne pour la recherche en économie de la santé, Toronto, Presses de l'Université de Toronto, 1992.

(4) Voir par exemple, M. Modan, Z. Fuchs et J.B. Rosenfeld, «Evaluation of Cost-Effectiveness of Physician-Nurse Teams as Compared to Physicians Working Alone in Primary Care Practices in Community Control of Hypertension», *Costs and Benefits in Health Care and Prevention - An International Approach to Priorities in Medicine*, 1990, p. 57-71.

(5) Collectif, *Health Care Technology: Effectiveness, Efficiency and Public Policy*, Étude conjointe de l'Association médicale canadienne et de l'Institut de recherches politiques, Montréal, 1986.

(6) Sylvie Rheault (1990), p. 2.

(7) D'autres exemples intéressants sont donnés dans l'ouvrage collectif *Costs and Benefits in Health Care...* (1990), et dans le chapitre 5 du livre de Anthony J. Culyer, *Health Care Expenditures in Canada: Myth and Reality; Past and Future*, L'Association canadienne d'études fiscales, Canadian Tax Paper n° 82, 1988.

(8) Lorsque les coûts et les avantages sont tous deux mesurés en termes monétaires, la priorité doit être accordée, pour un budget donné, aux projets ou activités dont le rapport avantage/coût est supérieur à l'unité.

(9) Robert Evans, «Health Care Reform: The Issue From Hell», *Options Politiques*, vol. 14, n° 6, juillet-août 1993, p. 36 (traduction).

(10) *Ibid.*, p. 39 (traduction).

(11) Klim McPherson, «Variations entre pays des pratiques médicales», *Les systèmes de santé - À la recherche d'efficacité*, Études de politique sociale n° 7, OCDE, 1990, p. 17.

(12) Selon André-Pierre Contandriopoulos, cité dans Sylvie Rheault (1990), p. 104.

(13) André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay et Geneviève Tessier, «Les coûts et le financement du système socio-sanitaire», *Programme de recherche - Recueil de résumés*, Rapports de recherches préparés pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, 1987, p. 372-373.

(14) Discours prononcé par Benoît Bouchard et reproduit dans le *Hamilton Spectator*, 14 mai 1993, p. A-9.

(15) Sylvie Rheault (1990), p. 108.

(16) «Campaign Launched Against Harmful, Ineffective Drugs», *Toronto Star*, 18 septembre 1993, p. F-8.

(17) Dr Gary Gibson, «Doctors Must Choose the Way to Go», *Globe and Mail* (Toronto), 18 juin 1993, p. A-17.

(18) *Ibid.*

(19) Selon une étude réalisée aux États-Unis, les échographies ne sont souvent pas nécessaires, étant donné que 80 p. 100 des femmes enceintes ont des grossesses à risque peu élevé. Voir Associated Press, «Study Finds Routine Ultrasound Unnecessary for Most Pregnancies», *Montreal Gazette*, 16 septembre 1993, p. B-1.

(20) Dr Gary Gibson (1993).

(21) Sylvie Rheault (1990), p. 110.

(22) *Ibid.*

- (23) Linda Heller, «When to Say No to Surgery», *Chatelaine*, Octobre 1993, p. 99.
- (24) Diane Francis, «Ontario Health System Open to \$ 980 M in Fraud», *Financial Post* (Toronto), 6 août 1993, p. 4.
- (25) Dr Gary Gibson (1993) (traduction).
- (26) Dr Michael Wahn, «Controlling Overservicing by Physicians: Review of Office Practices in Manitoba», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 146, n° 5, 1er mars 1992, p. 723-728.
- (27) Des lignes directrices similaires ont été recommandées en Ontario. Pour plus de détails, voir *Working Party on Testing Strategies in Thyroid Disease*, Rapport présenté au groupe de travail sur l'utilisation et la prestation de services médicaux, janvier 1992.
- (28) Health Services Utilization and Research Commission, *Follow-Up Report: Thyroid Testing Guidelines*, août 1993.
- (29) Rod Mickleburgh, «\$1 Million to be Saved by Cuts in Thyroid Tests», *Globe and Mail* (Toronto), 31 août 1993, p. A-1 et A-2.
- (30) Deborah Wilson, «B.C. Pact on Health Care Counts on Major Savings», *Globe and Mail* (Toronto), 1er septembre 1993, p. A-5.
- (31) Robert Walker, «Physician Resource Plan Seen as Priority - Guidelines to be shared by Other Provinces», *Medical Post*, 28 septembre 1993, p. 1 et p. 37.