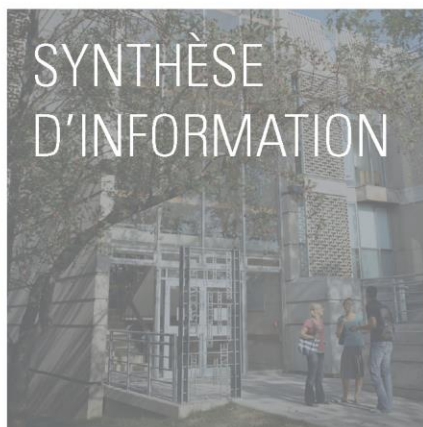




DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION

Synthèse d'information :
Donner l'élan nécessaire à l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable au Canada

15 février 2013

McMaster Health Forum

Pour les citoyens intéressés, de même que les penseurs et les acteurs influents, le McMaster Health Forum s'efforce de jouer le rôle de pivot de l'amélioration des résultats de santé grâce à la résolution collective des problèmes. En agissant à un niveau régional/provincial et au niveau national, le Forum met en valeur l'information, réunit les parties prenantes et prépare les dirigeants prêts à mettre en œuvre des actions pour surmonter de façon créative les problèmes de santé urgents. Le Forum agit comme un agent de changement en donnant aux parties prenantes la possibilité d'influencer les agendas gouvernementaux, de mettre en œuvre des mesures mûrement réfléchies et de communiquer efficacement les raisons sous-jacentes à ces mesures.

Auteurs

Lebei Pi, candidate au baccalauréat en sciences de la santé (avec distinction), McMaster University

François-Pierre Gauvin, Ph. D., Responsable, Synthèse des données probantes et relations avec les partenaires francophones, McMaster Health Forum

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

Financement

La présente synthèse d'information et le dialogue avec les parties prenantes ont été financés par l'Institut canadien d'information sur la santé. Le McMaster Health Forum reçoit un soutien financier et non financier de la part de McMaster University. Les points de vue exprimés ici ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Institut canadien d'information sur la santé ou de McMaster University.

Conflit d'intérêts

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

Examen du mérite

La synthèse a été examinée par un nombre restreint de chercheurs, de décideurs et de parties prenantes afin d'en assurer la rigueur scientifique et la pertinence pour le système de santé.

Remerciements

Les auteurs désirent remercier les membres du comité de direction et les examinateurs pour leurs commentaires sur les versions précédentes de la synthèse d'information. Nous sommes particulièrement reconnaissants aux membres du personnel de l'Institut canadien d'information sur la santé pour leur contribution, ainsi qu'à Brenda Wannell, Cameron Mustard et Cordell Neudorf pour leurs commentaires. Les points de vue exprimés dans la synthèse ne doivent pas être considérés comme représentant les points de vue de ces personnes. La traduction a été rendue possible grâce à l'Institut canadien d'information sur la santé. La traduction a été révisée par François-Pierre Gauvin du McMaster Health Forum.

Citation

Pi L., Gauvin F.-P., Lavis J.N. *Synthèse d'information : Donner l'élan nécessaire à l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable au Canada*. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 15 février 2013.

Numéros d'enregistrement des publications

ISSN 1929-7963 (imprimé)

ISSN 1929-7971 (en ligne)

Table des matières

MESSAGES CLÉS.....	5
Le contexte.....	8
Les principales définitions et caractéristiques de l'indicateur de mortalité évitable.....	11
La mortalité évitable au Canada.....	13
Comprendre la mortalité évitable dans le cadre d'une série d'indicateurs de la performance du système de santé	14
LE PROBLÈME	18
L'utilité de l'indicateur est peu connue, comprise ou acceptée	20
Les données probantes issues de la recherche permettant d'orienter la prise de décisions concernant la prévention et le traitement sont limitées, de même que leur utilisation.....	20
L'indicateur n'est pas incorporé dans les systèmes de mesure et de gestion de la performance	20
Autres observations touchant à l'équité concernant le problème	21
TROIS ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POUR FAIRE FACE AU PROBLÈME	22
Élément 1 – Renforcer le dialogue sur l'indicateur de mortalité évitable et ses utilisations potentielles.	23
Élément 2 – Appuyer une prise de décisions éclairées au sujet des programmes de prévention et de traitement.....	26
Élément 3 – Promouvoir les mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement et traitent de conditions ou d'inégalités particulières.	29
Autres observations touchant à l'équité.....	32
IMPLICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE	33
RÉFÉRENCES.....	36
ANNEXES.....	41

MESSAGES CLÉS

Quel est le problème?

- L'indicateur de mortalité évitable est encore peu utilisé au Canada dans l'établissement de rapports, la surveillance et la prise de décisions. Cette utilisation limitée peut s'expliquer par les enjeux interdépendants suivants :
 - l'utilité de l'indicateur est peu connue, comprise ou acceptée;
 - les données probantes issues de la recherche permettant d'orienter la prise de décisions concernant les programmes de prévention et de traitement qui pourraient avoir une incidence sur la mortalité évitable sont peu nombreuses, et l'utilisation des données probantes issues de la recherche qui sont disponibles est limitée;
 - l'indicateur de mortalité évitable n'est pas intégré dans les systèmes de mesure et de gestion de la performance.

Que connaissons-nous (à partir de revues systématiques) à propos de trois éléments d'une approche afin de faire face au problème?

- Élément 1 – Renforcer le dialogue sur l'indicateur de mortalité évitable et ses utilisations potentielles.
 - Nous avons découvert plusieurs revues systématiques qui décrivent les avantages des interventions à caractère éducatif à l'intention des professionnels de la santé, notamment les activités de formation, les documents imprimés et d'autres activités de formation continue, qui contribueraient à favoriser le dialogue au sujet de l'indicateur au sein de ce groupe.
 - Une revue de haute qualité (mais pas récente) donne des indications sur l'éducation du public grâce à des campagnes médiatiques de masse. Cependant, la revue portait sur l'utilisation des services de santé, et non pas à l'imputabilité à l'échelle de la population.
- Élément 2 – Appuyer une prise de décisions éclairées au sujet des programmes de prévention et de traitement.
 - Plusieurs revues systématiques se rapportent au financement, à la synthèse, à la diffusion et au soutien de l'utilisation des données probantes issues de la recherche. Bien que ces revues n'aient pas découvert de données probantes suffisantes concernant l'efficacité des stratégies visant à encourager l'utilisation des données probantes issues de la recherche (principalement des revues systématiques) par les décideurs et les gestionnaires en santé, une revue a répertorié plusieurs conditions propices à l'utilisation des données probantes : le message est simple et clair, le changement est relativement facile à apporter et les utilisateurs des données probantes deviennent de plus en plus conscients que la pratique doit être modifiée.
- Élément 3 – Promouvoir des mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement et qui portent sur certaines conditions ou inégalités.
 - Nous avons découvert une revue systématique pertinente pour la réorientation des systèmes de gestion de la performance actuels; cette revue définit 16 concepts de qualité qui peuvent orienter l'élaboration de cadres intersectoriels d'amélioration de la qualité. Les exemples de tels concepts comprennent : 1) les relations et les partenariats entre les systèmes, les réseaux et les prestataires; 2) l'engagement en faveur d'un environnement favorisant la formation continue; et 3) l'utilisation de processus de planification stratégique afin de s'adapter aux changements.
 - Plusieurs revues systématiques traitent de la production de rapports destinés au public, bien que la plupart d'entre eux parlent plutôt de la production de rapports sur des sujets de santé importants dans l'esprit des consommateurs de soins de santé, ce qui est incontestablement différent de la production de rapports concernant un indicateur général de la santé que le public juge probablement moins pertinent dans l'immédiat. Une revue révèle que les mesures de qualité qui font l'objet de rapports publics sont susceptibles de s'améliorer au fil du temps.

Quelles implications liées à la mise en œuvre devons-nous avoir toujours à l'esprit?

- Les obstacles potentiels à une approche globale visant à donner l'élan nécessaire à l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable au Canada peuvent être identifiés à l'échelle individuelle (par exemple, le public pourrait s'inquiéter de la priorité accordée aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement, puisque le traitement est considéré comme un problème extrêmement pressant), à l'échelle des fournisseurs (par exemple, ces derniers s'inquiètent d'être tenus responsables de la mortalité évitable

causée par des facteurs qui échappent à leur contrôle), à l'échelle des organisations (par exemple, ces dernières ne voient pas l'intérêt d'utiliser l'indicateur de mortalité évitable) et à l'échelle des systèmes (par exemple, on se désintéresse des indicateurs globaux qui ne produisent pas de messages concrets). Les efforts visant à surmonter ces obstacles doivent tenir compte des possibles fenêtres d'opportunité (par exemple, la révision des systèmes de mesure et de gestion de la performance existants à l'échelle provinciale, territoriale, régionale et professionnelle) et tirer des leçons d'autres pays qui utilisent actuellement l'indicateur de mortalité évitable (tels que l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni).

RAPPORT

Au cours des trois dernières décennies, le Canada a accompli des progrès notables dans la réduction du taux national de mortalité évitable (décès qui auraient pu être évités grâce à la prévention des maladies ou aux services de soins de santé). En fait, le taux national de mortalité évitable a baissé de moitié, passant de 373 par 100 000 habitants en 1979 à 185 par 100 000 habitants en 2008.⁽¹⁾ Au cours de cette période, la mortalité évitable attribuée à des causes pouvant être prévenues a diminué de 47 %, alors que la mortalité évitable attribuée à des causes traitables a chuté de 56 %. En outre, le Canada se porte bien sur la scène internationale, arrivant au troisième rang des nations du G7 qui ont le taux de mortalité évitable le plus faible, après le Japon et la France.⁽¹⁾ Cependant, malgré les avancées importantes du Canada dans la réduction des taux de mortalité évitable, on constate encore des variations dans la répartition de la mortalité évitable entre les provinces et les territoires et d'un groupe de population à l'autre.⁽¹⁾ Des efforts plus poussés sont nécessaires pour réduire les taux de mortalité évitable au sein des provinces ou des territoires et des groupes « laissés pour compte », ainsi qu'à l'échelle globale.

Au cours des quelques dernières années, le concept de la mortalité évitable a gagné de l'intérêt « puisqu'il permet d'établir un lien entre les résultats pour la santé de la population et le fonctionnement du système de santé ».⁽¹⁾ Plus particulièrement, la publication du rapport *Indicateurs de santé 2012*,⁽¹⁾ qui mettait un accent particulier sur les tendances de la mortalité évitable au Canada, a soulevé un intérêt dans tout le pays au moment de sa publication, recevant une couverture médiatique nationale et locale.⁽²⁻⁵⁾

Cependant, malgré l'attention récente accordée aux tendances de la mortalité évitable au Canada, l'indicateur de mortalité évitable est principalement utilisé dans le monde universitaire, et n'est que peu utilisé par les gouvernements, les organismes subventionnés et les conseils de santé du Canada (l'utilisation étant ici définie comme la production de rapports sur les taux de mortalité évitable, la surveillance de ces taux et la prise de décisions sur la base de ces taux).

La présente synthèse d'information et le dialogue avec les parties prenantes qu'elle vise à éclairer ont pour objectif d'étudier les connaissances actuelles au

Encadré 1 : Contexte de la synthèse d'information

Cette synthèse d'information réunit des données de recherche mondiales et locales sur un problème, trois éléments d'une approche pour faire face au problème et des implications liées à la mise en œuvre. La synthèse d'information résume aussi, dans la mesure du possible, d'autres données de recherche tirées de revues systématiques de la littérature scientifique et, à l'occasion, d'études individuelles. Une revue systématique résume les études portant sur une question claire et utilise des méthodes systématiques et explicites pour identifier, choisir et évaluer les études scientifiques et résumer des données tirées de ces études. La synthèse d'information ne présente pas de recommandations. Ceci aurait nécessité que les auteurs de la synthèse portent des jugements qui seraient peut-être teintés par leurs valeurs et préférences personnelles, ce qui aurait nui aux délibérations importantes sur les valeurs et préférences qui doivent éclairer ces enjeux.

La préparation de la synthèse d'information comprend cinq étapes :

- 1) réunir un comité de direction composé de représentants de l'organisme partenaire (ICIS) et du McMaster Health Forum;
- 2) élaborer et préciser le cadre de référence de la synthèse d'information, en particulier la formulation du problème et de trois éléments d'une approche viable afin de faire face au problème, en consultation avec le comité de direction ainsi qu'un certain nombre d'informateurs clés et avec l'assistance de plusieurs cadres conceptuels qui organisent la réflexion sur les façons d'aborder le problème;
- 3) recenser, sélectionner, évaluer et synthétiser les données de recherche pertinentes à propos du problème, des éléments d'une approche pour faire face au problème et des implications liées à la mise en œuvre;
- 4) rédiger la synthèse de manière à présenter les données de recherches mondiales et locales de façon claire et dans un langage accessible; et
- 5) finaliser la synthèse d'information à partir des commentaires de plusieurs personnes prenant part à un examen du mérite.

Les trois éléments pour faire face au problème pourraient être mis en œuvre simultanément ou de façon séquentielle, et certains éléments pourraient faire l'objet d'une plus grande attention que les autres.

Contrairement à une synthèse de données probantes réalisée par le Forum, une synthèse d'information n'a pas fait l'objet d'un examen aussi exhaustif des données probantes par le personnel du Forum.

La synthèse d'information a été préparée afin d'éclairer un dialogue avec les parties prenantes au cours duquel les données de recherche font partie des nombreux facteurs dont il faut tenir compte. Les opinions et les expériences des participants, de même que leurs connaissances tacites, permettront de nourrir le dialogue. L'un des objectifs du dialogue est de susciter des réflexions uniques – réflexions qui ne sont possibles que lorsque toutes les personnes impliquées dans la prise de décisions sur un problème, ou affectées par ces décisions, peuvent collaborer. Il a également été conçu pour encourager les participants à agir pour résoudre le problème, mais aussi pour influencer d'autres personnes, notamment ceux qui prendront connaissance du résumé du dialogue et des entrevues vidéo avec les participants du dialogue.

sujet de l'utilisation limitée de l'indicateur de mortalité évitable dans le pays, d'examiner les éléments qui pourraient faire partie d'une approche pour soutenir l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable et de se pencher sur les implications liées à la mise en œuvre d'une telle approche. Nous commençons la synthèse d'information en présentant le contexte historique de l'élaboration de l'indicateur de mortalité évitable, en définissant les concepts clés et en décrivant les principales caractéristiques de l'indicateur ainsi que l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable au Canada.

Le contexte

Les indicateurs de la santé jouent un rôle important dans la mesure de l'influence du système de santé sur une population cible.(6) Par système de santé, nous faisons référence à un système qui comprend les soins de santé et la santé publique. En outre, la mesure de divers indicateurs de performance et leur utilisation aux fins de comparaison, d'apprentissage et d'amélioration sont devenues un élément essentiel pour éclairer les politiques de santé, surtout parce que la responsabilisation et la transparence se trouvent au cœur des notions de gouvernance et d'intendance du système de santé.(7) La performance des systèmes de santé peut être clairement exprimée et servir de base aux stratégies d'amélioration, à condition que des indicateurs valables, fiables et pertinents existent pour mesurer la performance des services de soins de santé (à l'échelle moyenne) et des systèmes de santé (à grande échelle), et que ces renseignements soient interprétés de façon correcte pour évaluer la performance relative des services de soins de santé ou des systèmes de santé afin de pouvoir prendre des décisions appropriées concernant l'amélioration des résultats sur la santé.(7)

Différents types d'indicateurs ont été utilisés dans les études épidémiologiques empiriques pour évaluer les services de soins de santé et les systèmes de santé. Donabedian a établi trois composantes des soins de santé au sujet desquelles il est nécessaire d'obtenir des renseignements afin d'évaluer la qualité des soins de santé : la structure et l'organisation, le processus et les résultats.(8-10) Les études qui examinent les aspects de la performance du système de santé sont souvent catégorisées en études sur les processus (c'est-à-dire celles qui évaluent les indicateurs liés aux processus des soins de santé, comme le taux d'utilisation d'une intervention chirurgicale donnée) et en études sur les résultats (c'est-à-dire celles qui évaluent les indicateurs liés aux résultats des soins de santé, comme les décès ou la survie liés à un trouble médical donné).(11) Mant, parmi bien d'autres, affirme que les indicateurs des résultats présentent un intérêt intrinsèque supérieur à celui des indicateurs de processus, car ils « reflètent tous les aspects des soins, y compris ceux qui sont autrement difficiles à mesurer » (traduction libre).(12)

Encadré 2 : Observations sur l'équité

Un problème peut affecter certains groupes au sein de la société de façon disproportionnée. Les avantages, les dangers et les coûts des options qui permettent de faire face à un problème peuvent varier entre les groupes. Les réflexions sur la mise en œuvre peuvent aussi varier entre les groupes.

L'une des façons d'identifier les groupes nécessitant une attention particulière consiste à examiner les huit attributs pouvant être utilisés pour décrire les groupes (tels qu'identifiés par le cadre PROGRESS) :

- le lieu de résidence (p. ex., les populations rurales et éloignées);
- la race, l'ethnicité et la culture (p. ex., les populations des Premières nations et Inuits, les populations immigrantes et les minorités linguistiques);
- l'emploi, ou plus généralement l'expérience du marché du travail (p. ex., les personnes en situation d'emploi précaire);
- le genre;
- la religion;
- le niveau d'éducation (p. ex., la littératie en santé);
- le statut socioéconomique (p. ex., les populations économiquement désavantagées)
- capital social/exclusion sociale.

Bien que la synthèse d'information s'efforce de prendre en considération tous les Canadiens, elle accorde également (lorsque c'est possible) une attention particulière aux deux groupes suivants :

- les populations de faible statut socioéconomique;
- les groupes ethnoculturels minoritaires.

Une attention particulière pourrait être portée à d'autres groupes lorsque nécessaire (p. ex., les nouveaux arrivants).

(Le cadre PROGRESS a été élaboré par Tim Evans et Hilary Brown [Evans T, Brown H. Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. *Injury Control and Safety Promotion* 2003; **10(1-2)**: 11–12]. Il est mis à l'essai par le Cochrane Collaboration Health Equity Field comme outil d'évaluation des effets des interventions sur l'équité en santé.)

Les tendances des taux de mortalité (un indicateur des résultats) ont souvent servi de point de départ aux discussions concernant l'importance relative des programmes et des services de prévention et de traitement(13). Le concept de mortalité évitable est « basé sur la tradition d'utiliser la mortalité évitable telle que la mortalité périnatale et maternelle comme indicateurs négatifs de la santé et un point de départ pour l'évaluation des soins de santé » (traduction libre).(14) Cependant, les mesures de la mortalité évitable permettent la surveillance épidémiologique d'un groupe de décès plus large qui peut servir à lancer des avertissements concernant les lacunes potentielles du système de santé dans son ensemble.(15;16)

La description chronologique ci-après présente brièvement l'introduction de l'indicateur de mortalité évitable et ses principales évolutions : (17)

Mise au point initiale du concept et de la méthode

- 1976 : un groupe de travail américain, présidé par David D. Rutstein, propose que l'indicateur des résultats lié aux « décès prématurés inutiles » serve de mesure de la qualité des soins médicaux.(15)
 - il choisit environ 80 troubles médicaux pour lesquels les données probantes laissaient entendre que la maladie, l'incapacité ou le décès étaient entièrement ou en grande partie évitables grâce à des soins médicaux adéquats, étant donné le niveau des connaissances médicales et de l'évolution technique de l'époque;
 - il tente d'indiquer si les troubles médicaux peuvent être prévenus ou sont traitables; et
 - il établit une limite d'âge supérieure arbitraire pour la mortalité prématurée (et donc évitable) à 65 ans.
- 1980 : Rutstein et ses collègues mettent à jour la liste des 80 troubles médicaux et la font passer à 91, par suite des progrès de la médecine et du passage à la 9^e révision de la Classification internationale des maladies.(18)

Application empirique du concept

- 1978: Gerald S. Adler (19)
 - il applique empiriquement le concept de Rutstein pour la première fois, en évaluant la mortalité pouvant être prévenue aux États-Unis (de 1968 à 1971) afin de « démontrer l'utilité d'une telle approche » (traduction libre) en tant que mesure de la qualité des soins de santé.
- 1983: John R. Charlton et ses collègues (16)
 - ils appliquent le concept de Rutstein au niveau de la population pour la première fois, en analysant les variations dans les taux de mortalité en Angleterre et au pays de Galles (de 1974 à 1978); et
 - ils élaborent les concepts de « mortalité évitable » et de « [conditions] susceptibles d'être évitées par une intervention médicale ».

Révision et élargissement de la méthode

- 1983 : John R. Charlton et ses collègues (16)
 - ils limitent la liste des troubles médicaux à ceux qui « sont considérés comme étant les plus susceptibles d'être évités par intervention médicale (excluant les troubles médicaux dont la maîtrise dépend principalement de la prévention) » (traduction libre);
 - ils établissent des limites d'âge supérieures et inférieures entre lesquelles les décès sont considérés comme étant évitables.
- 1986-1988 : Kari Poikolainen et Juhani Eskola (20;21)
 - utilisant un concept similaire à celui de Charlton et de ses collègues, analysent un ensemble distinct de troubles médicaux « susceptibles d'être évités par des interventions médicales » (tels que la cardiopathie ischémique, le cancer de la peau avec mélanome bénin et la méningite), élargissant ainsi considérablement le concept de « mortalité évitable » et la proportion des décès jugés évitables;
 - ils dressent une liste explicite des troubles médicaux « non susceptibles d'être évités par des interventions médicales ».
- 1988 : European Community Concerted Action Project on Health Services and 'Avoidable Deaths' (ECCAP), dirigé par Walter W. Holland et publié sous le titre *European Community Atlas of Avoidable Death* (22)
 - il sélectionne des troubles médicaux classés soit comme étant susceptibles d'être évités par la

prévention secondaire (c'est-à-dire le ralentissement ou l'arrêt de l'évolution d'un facteur de risque ou d'une maladie) et par un traitement médical (c'est-à-dire le traitement du facteur de risque ou de la maladie), soit comme étant susceptibles d'être évités par la prévention primaire (c'est-à-dire la prévention de l'apparition d'un facteur de risque ou d'une maladie).

- 1988: Johan P. Mackenbach et ses collègues (23)
 - ils établissent des liens entre les variations dans les taux de mortalité à des innovations spécifiques en matière de soins médicaux; et
 - ils restreignent la définition de soins médicaux à « l'application des connaissances biomédicales grâce à un système de services personnalisés » (traduction libre et adapté de McDermott).(24)
- 1998 : Lorenzo Simonato et ses collègues (25)
 - ils classent les troubles médicaux en troubles évitables grâce à la prévention primaire, en troubles susceptibles d'être évités par la prévention secondaire grâce à une détection et à un traitement précoces et en troubles susceptibles d'être évités par un traitement et des soins médicaux améliorés.
- 2001 : Martin Tobias et Gary Jackson (26)
 - ils perfectionnent la démarche de Simonato et de ses collègues en attribuant une pondération relative aux troubles médicaux considérés comme étant « évitables » afin de refléter la gamme des possibilités de prévention dans chaque catégorie; et
 - ils font passer la limite d'âge supérieure pour la mortalité prématurée (et donc évitable) de 65 à 75 ans.
- 2004: Ellen Nolte et Martin McKee (17)
 - ils appliquent une version modifiée de la liste des causes de décès susceptibles d'être évités par des soins de santé qui a été élaborée par Rutstein, et ce, aux pays de l'Union européenne (EU-15).

De nombreuses études empiriques utilisant l'indicateur de mortalité évitable ont été menées dans les pays de l'Australasie, de l'Europe et de l'Amérique du Nord,(27) la grande majorité ayant été effectuée dans les pays occidentaux industrialisés.(14) En général, les études qui utilisaient l'indicateur de mortalité évitable soit adoptent une démarche intersectorielle (c'est-à-dire qu'elles analysent la mortalité évitable à un moment de l'histoire en mentionnant souvent les variations d'une région géographique ou d'un groupe de population à l'autre) soit analysent les tendances des variations de la mortalité évitable au fil du temps.(17) La méthodologie adoptée par ces études pour calculer les taux de mortalité évitable, la sélection et l'application de variables qui peuvent expliquer les tendances de ces taux et la qualité des études varient considérablement. Plus particulièrement, on remarque une variation considérable dans la sélection des causes « évitables »; tout un éventail de méthodologies est utilisé pour établir l'ensemble des troubles médicaux susceptibles d'être évités par des soins médicaux.(17)

En général, les constats des études portant sur les tendances au fil du temps indiquent que les taux de mortalité évitable ont chuté bien plus rapidement que les taux de mortalité liés aux causes « non évitables » sur une période donnée.(17) Par exemple, Charlton *et al.* tirent cette conclusion à partir d'une étude sur la période de 1950 à 1980,(28) Simonato *et al.* d'une analyse de la période de 1955 à 1994 (25) et Kjellstrand *et al.* d'une étude sur les tendances entre 1980 et 1990.(29) Bien que de nombreux facteurs puissent avoir contribué à cette chute, la cohérence de cette tendance à la baisse du taux de mortalité évitable et de sa rapidité par rapport au déclin de la mortalité « non évitable » laisse entendre « qu'une partie au moins de la chute de la mortalité est due à l'amélioration des soins de santé » (traduction libre).(30)

En revanche, dans les études intersectorielles qui analysaient les variations de la mortalité évitable d'une région géographique à l'autre, l'association entre la mortalité évitable et les caractéristiques des soins de santé est jugée faible et incohérente.(17) Au lieu d'attirer l'attention sur une caractéristique particulière des soins de santé en soi, ces études affichent une association solide et invariablement négative entre la mortalité évitable et les facteurs socioéconomiques. Ces études indiquent invariablement que les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique courent un risque plus élevé de décès à la suite des troubles médicaux évitables que les personnes privilégiées. Souvent, de telles études sont « basées sur l'hypothèse que l'écart en matière d'état de santé entre les différents groupes sociaux peut être dû en partie à l'accès aux services de santé et à leur qualité » (traduction libre),(17) alors que la véritable raison pourrait se cacher ailleurs.

Les principales définitions et caractéristiques de l'indicateur de mortalité évitable

Dans le champ d'application de la présente synthèse d'information, le concept de mortalité évitable a le même sens que celui qui lui est donné dans le rapport *Indicateurs de santé 2012*, soit un sous-ensemble du concept de mortalité prématurée (décès qui surviennent chez les personnes âgées de moins de 75 ans). La mortalité évitable désigne les « décès prématurés qui ne devraient pas se produire avec la prestation de soins de santé opportuns et efficaces, ou la mise en place de pratiques, programmes et de politique de santé publique appropriée ».(1) Elle se limite aux causes des décès pour lesquels on connaît les mécanismes de réduction de la mortalité, et « sert à concentrer l'attention sur la partie de la santé de la population qui peut être influencée par le système de santé ».(1) La mortalité évitable peut donc servir de mesure de la performance globale du système de santé.

Le concept de mortalité évitable peut être encore décomposé en trois sous-ensembles :

- *La mortalité potentiellement évitable* est définie comme les « décès prématurés qui auraient pu être évités par des efforts de prévention à tous les niveaux (primaire, secondaire et tertiaire) ».(1)
- *La mortalité de causes pouvant être prévenues* (ou mortalité pouvant être prévenue) fait référence aux décès qui peuvent être évités grâce à la prévention de l'apparition des maladies (c'est-à-dire la réduction de l'incidence). Elle comprend les décès par suite de troubles médicaux liés à des facteurs modifiables ou les décès liés aux interventions efficaces en matière de santé publique. La prévention de l'apparition des maladies est principalement assurée par la prévention primaire, qui comprend les programmes de santé publique favorisant les facteurs de protection de la santé, les politiques visant à s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et les politiques visant à réduire les facteurs de risque contribuant à la mauvaise santé (par exemple, les facteurs de risque comportementaux et environnementaux qui rendent la population vulnérable aux maladies)(1).
- *La mortalité de causes traitables* (ou mortalité susceptible d'être évitée par des interventions médicales) est définie comme les décès qui peuvent être évités en prévenant ou en retardant le décès après l'apparition d'un trouble médical (c'est-à-dire la diminution de la létalité). Cet objectif est principalement atteint grâce à la prévention secondaire et tertiaire, qui comprennent le dépistage ou l'intervention précoce visant à identifier une maladie et à en retarder la progression à un stade précoce ou préclinique afin de réduire l'incapacité au minimum, ainsi que le traitement des problèmes de santé existants.

Outre la clarification des différences de définition entre la mortalité évitable et la notion plus large de mortalité prématurée, il faut également souligner une distinction liée aux mesures. On peut choisir entre deux paramètres pour mesurer la mortalité prématurée : 1) le taux de mortalité, et 2) les années potentielles de vie perdue (APVP). Le taux de mortalité mesure le nombre de décès (en général, ou dus à une cause précise) dans une population par unité de temps, habituellement exprimé en unités de décès par 1 000 ou 100 000 habitants par année. Les APVP, en revanche, estiment le nombre d'années qu'une personne aurait vécues si elle n'était pas prématurément décédée. Elles tiennent donc compte de l'âge au moment du décès et accordent une pondération plus importante aux décès qui surviennent chez les personnes jeunes. L'indicateur de mortalité évitable, lorsqu'il est utilisé à titre de mesure de la performance d'un système de santé, est calculé sous forme de taux de mortalité et non sous forme d'APVP (utilisées pour la publication de l'indicateur lorsqu'il mesure l'état de santé).

On a soutenu que l'indicateur de mortalité évitable a plusieurs utilisations concrètes potentielles : (1)

- il présente un aperçu général de la performance et aide particulièrement à déterminer à un moment précis, et à surveiller sur une période précise, les lacunes potentielles dans la performance d'un système de santé (par exemple, les grosses lacunes dans la prestation des soins de santé et des maladies problématiques) et dans les mesures générales visant à traiter les déterminants sociaux de la santé;
- il peut identifier quand il est nécessaire de morceler l'indicateur en fonction de maladies distinctes afin d'explorer plus en profondeur ce qui peut influencer les taux de mortalité évitable;

- il met en lumière des différences dans les taux selon les régions géographiques et entre différents groupes, ce qui peut pousser à examiner plus en détail les raisons sous-jacentes à ces différences (tels que les inégalités);
- il favorise la discussion au sujet des avantages et des inconvénients liés à la réduction de la mortalité pouvant être prévenue par rapport à la réduction de la mortalité de causes traitables, ainsi que des avantages et des inconvénients liés à la réduction de la mortalité pouvant être prévenue grâce au système de santé par rapport à sa réduction grâce aux déterminants sociaux de la santé;
- il offre le potentiel d'évaluer l'incidence des changements d'orientation à l'échelle du système sur les résultats pour la santé de la population; et
- il sert de bon indicateur pour les comparaisons internationales.

Il serait possible d'étayer certaines de ces utilisations en présentant les données sur la mortalité évitable de façon différente. Par exemple, la définition des inégalités pourrait être appuyée en présentant la proportion de la mortalité évitable dans différents groupes, ce qui faciliterait une allocation ciblée des ressources aux groupes dont les taux sont élevés.

L'indicateur de la mortalité évitable possède quelques points forts pour les décideurs et les parties prenantes du système de santé :

- son caractère intuitif, en particulier la décomposition de la mortalité évitable en décès « pouvant être prévenus » et en décès « traitables », ainsi que la classification « tout ou rien » de chaque cause de décès et le fait qu'aucune modélisation complexe n'est nécessaire pour le calculer;(31)
- sa pertinence, au vu de sa relation plus directe avec les services de soins de santé et le système de santé que d'autres indicateurs des résultats pour la santé, tels que l'espérance de vie, le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité lié à la maternité;(32;33) et
- sa disponibilité (depuis peu), étant donné l'utilisation d'une méthodologie normalisée pour tout le Canada, la désagrégation à l'échelle des provinces et des territoires et la perspective longitudinale (bien que la définition des causes de décès devienne compliquée lorsque la période considérée comprend les versions antérieures de la classification internationale des maladies).

Quelques-unes des préoccupations concernant l'indicateur de mortalité évitable ont été abordées au cours des dernières années. Par exemple, des efforts soutenus ont été consacrés à la normalisation de la composition de l'indicateur (c'est-à-dire les décès appelés « évitables » et les décès appelés « inévitables » au Canada, dans les pays européens et dans d'autres contextes); les investissements à ce sujet continueront probablement au fil de l'évolution des démarches de prévention et de traitement et lorsque des objectifs propres à chaque contexte auront été déterminés en ce qui concerne l'utilisation de l'indicateur. D'autres préoccupations, comme le fait que l'indicateur ne rend pas compte de la morbidité, sont communes à toutes les mesures de la mortalité; alors que d'autres encore, telles que la nécessité d'éclater les données de façon plus poussée afin de comprendre précisément où les mesures doivent être prises, sont communes à tous les indicateurs « à grande échelle ».

Deux limitations supplémentaires méritent réflexion :

- l'accès aux données nécessaires pour calculer l'indicateur peut être coûteux au Canada et même impossible dans certaines régions géographiques ou dans certains groupes de population (comme les forces armées, les Premières Nations et les Inuits), soit parce que les données pertinentes ne sont pas contenues dans les données existantes sur la mortalité, soit parce que cela soulève des préoccupations au chapitre de la confidentialité ou de la qualité des données; et
- l'indicateur ne change pas rapidement – il existe un délai entre la mise en œuvre des changements d'orientation à l'échelle du système et l'incidence constatée sur les taux de mortalité évitable – et il peut être influencé par des facteurs autres que la prévention et le traitement (bien que les exemples de facteurs fréquemment mentionnés, tels que la prédisposition génétique, ne sont importants que si des estimations précises de l'attribution sont requises).

La mortalité évitable au Canada

Plusieurs études sur la mortalité évitable ont été menées au Canada. La première de ces études est celle de Robert Pampalon en 1993, qui étudie les variations temporelles et géographiques des taux de mortalité évitable au Québec et dans les régions avoisinantes.⁽³⁴⁾ Depuis lors, d'autres études ont examiné les tendances de la mortalité évitable dans tout le Canada,⁽³⁵⁾ dans différents groupes socioéconomiques ou métiers au Canada⁽³⁶⁻³⁸⁾ et entre le Canada et les États-Unis.⁽³⁹⁾

En 2012, l'ICIS, en collaboration avec Statistique Canada, a intégré pour la première fois l'indicateur de mortalité évitable dans son rapport *Indicateurs de santé 2012*. Ce rapport présente les tendances de la mortalité évitable au Canada au fil du temps, offrant une analyse des deux sous-ensembles de la mortalité évitable (celle des causes pouvant être prévenues et celles des causes traitables).⁽¹⁾ Ce rapport est un complément utile à la présente synthèse d'information.

En général, le rapport indique une variation géographique dans l'ensemble du Canada en ce qui concerne les progrès en matière de réduction des taux de mortalité évitable au cours des trois dernières décennies (voir le tableau 1).

Tableau 1 : Progrès en matière de réduction du taux de mortalité évitable dans les provinces et les territoires canadiens de 1979 à 2008

Indicateur	Provinces ou territoires qui affichent la plus grande réduction de la mortalité évitable (de la plus grande à la plus petite réduction)			Provinces ou territoires qui affichent la plus petite réduction de la mortalité évitable (de la plus grande à la plus petite réduction)		
	Juridiction	Taux standardisé pour l'âge (100 000 personnes)		Juridiction	Taux standardisé pour l'âge (100 000 personnes)	
		1979	2008		1979	2008
Mortalité évitable	Yukon (réduction de 60%)	584.6	235.8	Manitoba (réduction de 36%)	356.9	228.8
	Québec (réduction de 54%)	398.1	184.4			
	Ontario (réduction de 53%)	368.1	173.5			
	Colombie-Britannique (réduction de 53%)	364.0	172.6		Saskatchewan (réduction de 31%)	330.3
Mortalité de causes pouvant être prévenues	Colombie-Britannique (réduction de 51%)	234.4	115.2	Manitoba (réduction de 33%)	213.2	143.0
	Ontario (réduction de 51%)	216.9	107.1			
	Yukon (réduction de 49%)	350.9	180.7	Saskatchewan (réduction de 26%)	200.4	148.3
	Québec (réduction de 49%)	237.2	121.4			
Mortalité de causes traitables	Yukon (réduction de 76%)	233.6	56.0	Manitoba (réduction de 40%)	143.7	85.8
	Nouveau-Brunswick/Québec (réduction de 61%)	154.6/161.0	59.8/63.0	Saskatchewan (réduction de 39%)	129.9	79.3

Source: (1;40;41)

D'après ces tendances, on peut conclure que des changements importants de la performance relative des provinces et des territoires se sont produits au cours des trois dernières décennies. En particulier, les provinces des Prairies (en particulier la Saskatchewan et le Manitoba) – qui occupaient une très bonne position à la fin des années 1970 du point de vue des taux de mortalité évitable par rapport au reste du pays – affichent maintenant l'un des taux de mortalité évitable les plus élevés de toutes les provinces et de tous les territoires canadiens. D'autres provinces, comme le Québec, l'Ontario et la Colombie-Britannique, ont connu des réductions considérables des taux de mortalité évitable.

Outre les variations géographiques, le rapport *Indicateurs de santé 2012* fait également remarquer un écart entre les deux sexes pour ce qui a trait au taux de mortalité évitable.⁽¹⁾ De 1979 à 2008, les hommes affichent des taux de mortalité évitable systématiquement plus élevés que les femmes du point de vue des causes pouvant être prévenues et des causes traitables, le taux de mortalité pouvant être prévenue étant deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Néanmoins, le taux de régression de la mortalité évitable sur les trois dernières décennies est plus important chez les hommes (52 %) que chez les femmes (36 %), ce qui comble

cet écart entre les sexes. Dans le passé, l'écart de la mortalité de causes traitables entre les sexes était bien plus faible que celui de la mortalité de causes pouvant être prévenues.

Le rapport met également en évidence d'importantes inégalités entre les couches socioéconomiques. Les taux de mortalité sont invariablement plus élevés chez les habitants des quartiers les moins aisés du pays, les taux de variation socioéconomiques étant plus prononcés pour la mortalité pouvant être prévenue que pour la mortalité de causes traitables.⁽¹⁾ Les inégalités socioéconomiques sont encore plus prononcées lorsque l'écart entre les deux sexes est pris en compte. En particulier, pendant la période de 2005 à 2007, le taux comparatif de mortalité pouvant être prévenue des habitants des quartiers les plus défavorisés est presque le double de celui des habitants des quartiers les plus riches, alors que le rapport concernant la mortalité de causes traitables est de 1,6. Cependant, lorsque l'écart entre les deux sexes est pris en compte, le rapport concernant la mortalité évitable passe à 4, alors que le rapport concernant la mortalité de causes traitables se fixe à 2, ce qui pourrait laisser entendre une « interaction » entre le statut socioéconomique et le sexe.

Comprendre la mortalité évitable dans le cadre d'une série d'indicateurs de la performance du système de santé

Même si le récent rapport de l'ICIS met l'accent sur la mortalité évitable, il se termine par des données relatives aux autres indicateurs mesurés par l'organisation, que nous avons présentés ci-dessous en lien avec le cadre des indicateurs de la santé de l'ICIS et de Statistique Canada (tableau 2). Toute série d'indicateurs de ce genre (et les données relatives à leurs taux et tendances) peut aider les décideurs et les parties prenantes à tirer des leçons des provinces ou territoires qui ont réalisé de grands progrès.

Tableau 2 : Cadre des indicateurs de santé de l'ICIS et de Statistique Canada (avec l'indicateur de mortalité évitable en caractère gras)

Catégorie	Explication	Sous-catégorie	Exemples
État de santé	L'état de santé permet de déterminer comment se portent les Canadiens. L'état de santé « peut être mesuré au moyen de divers indicateurs, dont le bien-être, les problèmes de santé, l'incapacité ou les décès ». ⁽¹⁾	Bien-être	Santé perçue
			Santé mentale perçue
			Stress de la vie perçue
		Problèmes de santé	Indice de masse corporelle chez les adultes
			Diabète
			Douleur ou maux empêchant des activités
			Faible poids à la naissance
			Hospitalisation pour blessure
			Taux d'hospitalisation pour AVC
		Fonction humaine	Santé fonctionnelle
			Participation et limitation de l'activité
			Espérance de vie ajustée en fonction de la santé
		Décès	Mortalité infantile
			Espérance de vie
			Mortalité prématurée
			Mortalité évitable (pouvant être prévenue)
Déterminants non médicaux de la santé	On sait que « les déterminants non médicaux de la santé peuvent influencer la santé et, dans certains cas, l'utilisation des services de santé ». ⁽¹⁾	Comportements sanitaires	Tabagisme
			Consommation de fruits et de légumes
			Port du casque à vélo
		Conditions de vie et de travail	Diplômes postsecondaires
			Taux de chômage
			Revenu personnel moyen
		Ressources personnelles	Incidents criminels
			Sentiment d'appartenance à la collectivité
		Facteurs environnementaux	Satisfaction à l'égard de la vie
			Exposition à la fumée passive
Performance du système de santé	La performance du système de santé permet de déterminer comment se porte le système de santé. Les indicateurs de cette catégorie « mesurent divers aspects de la qualité des soins ». ⁽¹⁾	Acceptabilité	Exposition à la fumée passive
		Accessibilité	Concentration de plomb
			Concentration de bisphénol A
			Satisfaction du patient (et évaluation de la qualité des services reçus)
			Immunisation contre la grippe
			Dépistage du cancer colorectal
			Médecin régulier
			Temps d'attente pour les interventions en cas de fracture du col du fémur (proportion d'interventions dans les 48 heures)

		Pertinence	Césarienne
			Patients hospitalisés de façon répétée pour cause de maladie mentale
		Compétence	(Non disponible)
		Continuité	Taux de réadmission à 30 jours pour cause de maladie mentale
		Efficacité	Conditions propices au traitement ambulatoire
			Mortalité en hôpital à 30 jours
			Taux de réadmission pour chirurgie à 30 jours
			Taux d'hospitalisation pour automutilation
			Mortalité évitable (de causes traitables)
Caractéristiques de la collectivité et du système de santé	Les indicateurs de cette catégorie « présentent une information contextuelle utile, mais ne sont pas des mesures directes de l'état de santé ou de la qualité des soins ».(1)	Efficiences	(Non disponible)
		Sécurité	Taux d'hospitalisation pour fracture du col du fémur
		Collectivité	Densité de la population
			Rapport de dépendance
			Population autochtone
			Familles monoparentales
			Population des minorités visibles
		Système de santé	Rapport du débit entrant et du débit sortant
			Pontage aortocoronarien
			Prothèse de la hanche
			Contact avec un médecin
			Contact avec un dentiste
			Taux de jours-patients en santé mentale
		Ressources	Médecins généralistes/médecins de famille

Source : Institut canadien d'information sur la santé(1) et Statistique Canada(42)

L'indicateur de mortalité évitable peut être interprété et utilisé de façon optimale dans le contexte d'une série d'indicateurs qui, collectivement :

- traitent de la mortalité et de la morbidité;
- sont particulièrement pertinents à différents niveaux du système;
- changent à différents rythmes;
- fournissent des perspectives d'un genre différent au sujet des causes potentielles des changements;
- reflètent les changements de différentes façons (par exemple, indicateurs retardés ou précurseurs);
- reflètent les tendances au fil du temps, d'une région géographique à l'autre et d'un groupe de la population à l'autre.

En règle générale, les indicateurs de performance utilisés au Canada répondent collectivement à ces critères. Un exemple de cadre de ce genre, qui a été établi afin de catégoriser et de comprendre les relations entre les composantes d'une série d'indicateurs, est présenté ci-dessus (tableau 3).

Tableau 3 : Exemple d'une série intégrée d'indicateurs de santé (avec l'indicateur de mortalité évitable en caractère gras)

Dimension	Objet	Exemples	Niveau ciblé*
État de santé et bien-être	Permet d'évaluer comment se portent les Canadiens. Comprend des « mesures comme les taux de certaines maladies ou les causes de décès et d'invalidité, ou les mesures de bien-être, nous aident à cerner l'état de santé de la population »(43).	Années potentielles de vie perdue dues au suicide	Décideurs et financeurs
		Taux d'incidence du cancer des poumons	Décideurs et financeurs
		Taux de mortalité pour cause d'AVC	Décideurs et financeurs
		Taux de prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Décideurs et financeurs
		Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) auto-déclarée	Décideurs et financeurs
		Indice de masse corporelle (IMC)	Décideurs et financeurs
		Espérance de vie	Décideurs et financeurs
		Mortalité infantile	Décideurs et financeurs
		Mortalité évitable (qui peut être prévenue)	Décideurs et financeurs
Performance du système de santé – Accès aux soins de santé	Permet d'évaluer comment se porte le système de santé, particulièrement « si les Canadiens ont	Proportion de la population qui déclare avoir un médecin de famille	Décideurs et financeurs
		Difficulté auto-déclarée à obtenir des	Décideurs et financeurs

Donner l'élan nécessaire à l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable au Canada

	accès à d'importants services et procédures»(43).	renseignements ou des conseils en matière de santé	
		Difficulté auto-déclarée à obtenir des soins immédiats	Cadre
		Temps d'attente auto-déclarés pour les interventions chirurgicales	Cadre
		Dépenses auto-déclarées en médicaments sur ordonnance sous forme de pourcentage du revenu	Décideurs et financeurs
Performance du système de santé – Qualité des soins de santé	Permet d'évaluer comment se porte le système de santé, particulièrement « si les services fournis sont appropriés, efficaces et sûrs»(43).	Satisfaction des patients à l'égard des services de santé	Cadre
		Taux d'hospitalisation pour les conditions propices au traitement ambulatoire	Cadre
		Taux de réadmission pour cause d'infarctus aigu du myocarde	Cadre
		Mortalité évitable (de causes traitables)	Décideurs et financeurs
Durabilité du système de soins de santé	Mesure la quantité des ressources humaines et des ressources médicales et techniques disponibles dans le système de soins de santé.	Nombre de médecins de famille	Décideurs et financeurs
		Nombre d'infirmières autorisées	Décideurs et financeurs
		Nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM)	Décideurs et financeurs; cadre
		Nombre de tests d'imagerie par résonance magnétique (IRM)	Décideurs et financeurs; cadre
		Nombre de tomodensitomètres	Décideurs et financeurs; cadre
Déterminants non médicaux de la santé	Donne une image des facteurs externes au système de santé qui ont une incidence sur la santé des Canadiens Comprend des « mesures des conditions de vie, des comportements liés à la santé, des facteurs socioéconomiques et environnementaux nous donnent un aperçu des aspects non médicaux de la vie qui influent sur notre santé»(43).	Consommation de fruits et de légumes	Décideurs et financeurs
		Satisfaction à l'égard de la vie	N. d.
		Sentiment d'appartenance à la collectivité	N. d.
		Taux de tabagisme	Décideurs et financeurs
		Revenu personnel moyen	N. d.
Caractéristiques de la collectivité et du système de santé	Donne une image de la façon dont les Canadiens utilisent les soins de santé et décrit la nature des collectivités. « Les indicateurs de ce groupe ne sont pas des mesures directes de l'état de santé des Canadiens, ni de la qualité des soins, mais elles présentent un contexte utile pour comprendre divers problèmes. »(43).	Caractéristiques des groupes de population, telles que le nombre et le pourcentage des immigrants, des familles monoparentales, etc.	Décideurs et financeurs
		Taux de chirurgies de remplacement de la hanche	Décideurs et financeurs; cadre
		Dépenses en santé	Décideurs et financeurs
Inégalités (ou injustices si les inégalités sont jugées inéquitables ou injustes)	Permet d'évaluer l'égalité selon laquelle les Canadiens peuvent jouir d'une bonne santé et d'une bonne qualité de vie. « Dans ce groupe, on peut considérer un indicateur à travers le prisme d'un autre, pour comprendre des disparités liées à la santé et pour poser des questions comme les suivantes : Quelles sont les différences d'état de santé parmi les groupes de population au Canada, et quels facteurs y contribuent?»(43).	Hospitalisation pour cause de blessure par niveau de revenu du quartier	Décideurs et financeurs; cadre

* Pour les cliniciens : les rapports et les protocoles d'évaluation en temps réel fournissent les données probantes à l'appui des pratiques exemplaires
 Pour les cadres : les indicateurs de qualité et de sécurité comparables mesurent la performance organisationnelle
 Pour les décideurs et les financeurs : les tendances, les résultats et les profils de service de la population appuient la durabilité, la planification, l'affectation des ressources et la responsabilisation du système de santé
 Source : adapté d'après les travaux du Conseil canadien de la santé(43) et de Santé Canada(44)

La présente synthèse d'information incorpore les définitions ci-dessus, s'appuie sur les connaissances actuelles au sujet de la mortalité évitable au Canada et aborde l'indicateur de mortalité évitable dans le cadre d'une série d'indicateurs. Il examine l'utilisation limitée de l'indicateur au Canada jusqu'à ce jour (et les possibilités offertes par l'accent mis par l'ICIS sur cet indicateur), les éléments d'une approche potentielle visant à donner l'élan nécessaire à l'utilisation de l'indicateur et les implications concernant la mise en œuvre d'une telle approche.

Pour examiner l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable, deux secteurs sont analysés :

- les secteurs dans lesquels la santé est un objectif explicite (par exemple, les soins de santé primaires et la santé publique), où l'enjeu concerne les investissements dans la prévention au lieu du traitement afin de réduire la mortalité évitable;
- les secteurs dans lesquels la santé est une conséquence potentielle, mais pas un objectif (par exemple, le logement, la sécurité du revenu et le marché du travail), où l'enjeu concerne la façon dont les objectifs propres au secteur peuvent être atteints parallèlement à la réduction de la mortalité évitable.

Les principales caractéristiques suivantes du contexte politique et systémique en matière de santé au Canada sont également prises en compte dans la préparation de la présente synthèse d'information :

- le système de santé canadien est composé de 13 systèmes de soins de santé financés par les deniers publics (10 systèmes provinciaux et 3 systèmes territoriaux);
- la plupart des provinces ont délégué les décisions concernant la planification, le financement et l'intégration des soins de santé à des agences régionales de la santé; le nombre d'agences régionales de la santé et les types de décisions qu'elles sont autorisées à prendre varient d'une province à l'autre (bien que certaines provinces, comme l'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard, ont « recentralisé » la prise de décisions).

LE PROBLÈME

Jusqu'à présent, l'indicateur de mortalité évitable n'a été que peu utilisé par les gouvernements, les agences et les conseils de santé au Canada.

Une analyse par province et territoire des organisations et des organismes canadiens qui produisent des rapports sur les indicateurs de performance révèle que l'indicateur de mortalité évitable ne figure que dans peu de rapports préparés par les gouvernements provinciaux ou territoriaux ou par les conseils provinciaux de qualité de la santé (tableau 4). Les rapports sur la mortalité évitable semblent généralement être limités à l'ICIS et à Statistique Canada à l'échelle nationale et à l'Institute for Clinical and Evaluative Sciences à l'échelle provinciale. Il est cependant intéressant de constater qu'une agence régionale de la santé en Saskatchewan – la région Sun Country – produit des rapports sur la mortalité évitable.⁽⁴⁵⁾ En revanche, plusieurs autres pays ont publié des rapports sur l'indicateur de mortalité évitable.

Étant donné le nombre limité de rapports sur l'indicateur de mortalité évitable, il est donc probable que la surveillance de l'indicateur et son utilisation dans la prise de décisions soient limitées. Pourquoi donc accorde-t-on si peu d'attention aux rapports, à la surveillance et à l'utilisation de cet indicateur dans la prise de décisions?

Il est peut-être plus facile de comprendre les raisons de l'utilisation limitée de l'indicateur de mortalité évitable au Canada si l'on réfléchit à trois séries d'enjeux interdépendants : 1) l'utilité de l'indicateur de mortalité évitable est peu connue, comprise ou acceptée; 2) les données probantes issues de la recherche permettant d'orienter la prise de décisions concernant les programmes de prévention et de traitement qui pourraient réduire les taux de mortalité évitable sont peu nombreuses, et l'utilisation des données probantes issues de la recherche disponibles est limitée; et 3) l'indicateur n'est pas incorporé dans les systèmes de mesure et de gestion de la performance. Nous abordons chacun des enjeux ci-dessous.

Encadré 3 : Mobiliser les données de recherche sur le problème

Les données de recherche disponibles sur le problème sont tirées d'une gamme d'études publiées et de documents faisant partie de la littérature grise. Les recherches dans les études publiées qui permettaient de formuler le problème de façon différente ont été effectuées à l'aide de MEDLINE. Les recherches dans la littérature grise ont été menées en passant en revue les sites Web de plusieurs organisations canadiennes et internationales, telles que l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et l'Institute for Clinical and Evaluative Sciences.

La priorité est accordée aux données probantes issues de la recherche récemment publiées, qui peuvent être appliquées localement (dans le sens que les recherches ont été menées au Canada) et qui tiennent compte de l'équité.

Le tableau 4 présente les résultats d'une analyse par province et territoire menée en 2011 par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) afin d'examiner la production de rapports concernant l'indicateur de mortalité évitable au sein des gouvernements, des organismes subventionnés et des conseils de santé du Canada à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale. La liste des gouvernements, des organismes et des conseils de santé inclus dans l'analyse par province et territoire est tirée de la figure 1 d'un rapport du Conseil canadien de la santé (Conseil canadien de la santé. *Mesure de la performance du système de santé et production de rapports au Canada : possibilités d'optimisation*. Toronto, Ontario: Conseil canadien de la santé; 2012). Il est à noter que, bien que cette figure comprenne une quatrième catégorie de groupes de réflexion et d'organisations, l'ICIS juge que ces organisations n'entrent pas dans le champ d'application. La liste des gouvernements, des organismes et des conseils de santé examinés n'est pas exhaustive; la recherche n'a pas été poussée jusqu'à une recherche détaillée des sites Web des agences régionales de la santé ou des directions de santé publique.

Tableau 4 : Rapports au sujet de l'indicateur de mortalité évitable dans l'ensemble du Canada (en 2011)

Type de gouvernement, d'organisme ou de conseil de santé	Nom du ministère gouvernemental, de l'agence ou du conseil de santé		Rapports sur l'indicateur de mortalité évitable		
			Oui	Non	Inconnu*
Gouvernement fédéral et agences	Santé Canada			✓**	
	Institut canadien d'information sur la santé		✓		
	Institut canadien pour la sécurité des patients			✓**	
	Agence de la santé publique du Canada			✓**	
	Statistique Canada		✓		
	Partenariat canadien contre le cancer			✓**	
Gouvernements provinciaux et territoriaux et agences	Ministères de la Santé provinciaux/territoriaux	British Columbia Ministry of Health Services		✓	
		Alberta Health		✓	
		Saskatchewan Health		✓	
		Santé Manitoba			✓
		Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario		✓	
		Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec		✓	
		Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick		✓	
		Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse		✓	
		Prince Edward Island Department of Health		✓	
		Newfoundland and Labrador Health and Community Services		✓	
		Nunavut Department of Health and Social Services		✓	
		Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest			✓
		Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon			✓
	Alberta Diabetes Surveillance System			✓**	
	Action Cancer Ontario/Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario			✓	
	Cardiac Care Network (ON)			✓**	
	Institute for Clinical and Evaluative Sciences (ON)		✓		
	Manitoba Centre for Health Policy			✓	
	Newfoundland and Labrador Centre for Health Information			✓**	
	Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit			✓**	
Conseils de la santé national/provinciaux	Conseil canadien de la santé			✓**	
	British Columbia Patient Safety and Quality Council			✓**	
	Commissaire à la Santé et au bien-être du Québec			✓	
	Health Quality Council of Alberta			✓**	
	Qualité des services de santé de l'Ontario			✓**	
	Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba			✓	
	Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick			✓	
	Saskatchewan Health Quality Council			✓	

* On ne sait pas exactement quels indicateurs sont inclus dans un système de production de rapports sur les indicateurs de performance, ou aucun indicateur de la performance n'a encore été élaboré ** On n'a rien trouvé dans ces organisations
Source : Institut canadien d'information sur la santé

L'utilité de l'indicateur est peu connue, comprise ou acceptée

La notion de mortalité évitable est encore relativement nouvelle au Canada; l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable dans le cadre des rapports, de la surveillance et de la prise de décisions concernant la performance l'est encore plus. Il se peut que les décideurs ne connaissent tout simplement pas l'indicateur et ses utilisations potentielles. S'ils en connaissent l'existence, il se peut qu'ils ne le comprennent pas tout à fait (même si, comme nous l'avons souligné précédemment, il est plus facile à comprendre que bien d'autres indicateurs) ou ne conviennent pas de son utilité potentielle (même si, comme nous l'avons également mentionné plus haut, il offre plusieurs utilisations très pratiques).

Les données probantes issues de la recherche permettant d'orienter la prise de décisions concernant la prévention et le traitement sont limitées, de même que leur utilisation

Nous avons parcouru un long chemin au chapitre de la disponibilité des données sur l'efficacité (et, dans une moindre mesure, des données sur le rapport coût-efficacité) au sujet des programmes de prévention primaire (qui pourraient réduire l'incidence des maladies) et des programmes de prévention secondaire et de traitement (qui pourraient réduire la létalité). Par exemple, McMaster PLUS et Health-Evidence.ca contiennent des milliers de revues systématiques au sujet de l'efficacité de tels programmes. Cependant, il existe très peu de données propres au contexte et pertinentes pour la prise de décisions qui permettent d'orienter la discussion sur les avantages et les inconvénients liés à la réduction de la mortalité pouvant être prévenue par rapport à la réduction de la mortalité de causes traitables, ainsi que sur les avantages et les inconvénients liés à la réduction de la mortalité pouvant être prévenue grâce au système de santé par rapport à sa réduction grâce aux déterminants sociaux de la santé, ou au sujet des autres démarches permettant de résoudre les inégalités d'une région et d'un groupe à l'autre. De plus, même si ces renseignements étaient facilement disponibles, nous savons que les données probantes issues de la recherche font concurrence à de nombreux autres facteurs dans le processus de prise de décisions, et qu'elles ne sont souvent pas appréciées à leur juste valeur, ne sont pas pertinentes pour les décisions à prendre et ne sont pas faciles à utiliser.

L'indicateur n'est pas incorporé dans les systèmes de mesure et de gestion de la performance

Les arrangements actuels du système de santé ne permettent pas de soutenir de façon adéquate l'utilisation ciblée de l'indicateur de mortalité évitable. Du point de vue des arrangements liés à la prestation de services, les systèmes de mesure de la performance existants (par exemple, les bulletins de rendement à l'échelle du système) et les systèmes de gestion de la performance (par exemple, les ententes de responsabilité conclues avec les agences régionales de la santé) n'ont pas encore été mis à jour de façon à inclure l'indicateur de mortalité évitable, tel qu'ils l'ont été dans des pays comme l'Australie. Au Canada, les évaluations des politiques à l'échelle du système n'ont pas encore commencé à utiliser l'indicateur de mortalité évitable, contrairement à d'autres pays comme l'Italie.⁽⁴⁶⁾ Du point de vue des arrangements financiers, les systèmes de financement et de rémunération existants (pour les organisations telles que les hôpitaux et les fournisseurs tels que les médecins) n'ont pas encore commencé à incorporer l'indicateur de mortalité évitable. Enfin, du point de vue des arrangements de gouvernance, les ministères de la Santé au pays n'ont pas encore commencé à utiliser l'indicateur de mortalité évitable comme point central dans leur rôle d'intendance, et les gouvernements d'un bout à l'autre du pays ont mis en place dans le passé des mécanismes peu nombreux ou limités dans le temps pour soutenir les mesures intersectorielles, quels que soient les indicateurs utilisés (bien que l'on trouve des exceptions, telles que les évaluations obligatoires des impacts sur la santé des politiques qui ont des répercussions sur la santé au Québec, même si ces politiques ne sont pas du secteur de la santé).⁽⁴⁷⁾

Autres observations touchant à l'équité concernant le problème

Comme nous l'avons déjà décrit, la mortalité évitable au Canada semble toucher certains groupes de façon disproportionnée, comme les populations de faible statut socioéconomique. Comme l'indique le rapport *Indicateurs de santé 2012*, les taux de mortalité évitable sont invariablement plus élevés chez les habitants des quartiers les plus défavorisés que chez les habitants des quartiers les plus riches.⁽¹⁾ En outre, le rapport indique une interaction potentielle entre le statut socioéconomique et le sexe. Mais ce qui nous intéresse ici, c'est de savoir si le problème de l'utilisation limitée de l'indicateur de mortalité évitable touche de façon disproportionnée les populations de faible statut socioéconomique et les groupes ethnoculturels minoritaires, ce qui serait jugé particulièrement inéquitable et injuste par de nombreuses personnes. Certaines restrictions attachées aux données empêchent à l'heure actuelle d'établir des rapports sur l'indicateur de mortalité évitable dans les populations des Premières Nations et des Inuits,⁽¹⁾ et la production de rapports est la première étape nécessaire à franchir sur le parcours vers l'utilisation de cet indicateur. En outre, les données probantes issues de la recherche qui sont actuellement disponibles pour orienter la prise de décisions concernant la prévention et le traitement ne sont souvent pas propres aux populations de faible statut socioéconomique et aux groupes ethnoculturels minoritaires, et la plupart des systèmes de mesure et de gestion de la performance du pays n'adoptent pas une optique globale d'équité concernant ces populations et ces groupes.^(48;49) Ces limitations des données probantes et de nos systèmes de mesure et de gestion de la performance rendront difficile de garder cela à l'esprit dans le cadre de la surveillance de l'indicateur de mortalité évitable et de la prise de décisions basées sur cet indicateur.

TROIS ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POUR FAIRE FACE AU PROBLÈME

Bon nombre d'approches pourraient être choisies comme point de départ des délibérations afin de donner l'élan nécessaire à l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable au Canada. Pour encourager la discussion au sujet des avantages et des inconvénients des différentes façons de procéder, nous avons sélectionné trois éléments d'une approche potentiellement viable permettant d'aborder l'utilisation limitée de l'indicateur de mortalité évitable dans la production des rapports, la surveillance et la prise de décisions. Les voici : 1) renforcer le dialogue sur l'indicateur de mortalité évitable et ses utilisations potentielles; 2) appuyer une prise de décisions éclairées au sujet des programmes de prévention et de traitement; et 3) promouvoir les mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement et traitent de conditions ou d'inégalités particulières.

Ces trois éléments ont été identifiés et sélectionnés en consultation avec le comité de direction et des informateurs clés. Les éléments ne sont pas mutuellement exclusifs. Ils pourraient être mis en œuvre simultanément ou séquentiellement, ou des composantes de chaque élément pourraient être réunies pour formuler un nouvel (et quatrième) élément. Ils sont présentés séparément afin de favoriser les délibérations au sujet de leurs composantes respectives, de leur importance ou priorité relative, de leur interdépendance et de leur potentiel (ou de leur nécessité) de mise en séquence, ainsi que de leur faisabilité.

Dans la partie suivante de la synthèse d'information, nous examinons les données probantes issues de la recherche disponibles au sujet de chaque élément. Notre examen n'a produit que peu de données probantes issues de la recherche qui traitent particulièrement de l'indicateur de mortalité évitable. Cependant, nous avons inclus des données probantes issues de la recherche qui pouvaient offrir des points de vue pertinents et susciter la réflexion au sujet de chaque élément en ce qui concerne le soutien à l'utilisation de l'indicateur.

Encadré 4 : Mobilisation des données de recherches sur les options pour faire face au problème

Les données de recherche disponibles sur les options pour faire face au problème ont été obtenues de trois sources principalement. Premièrement, nous avons cherché des revues systématiques dans Health Systems Evidence (www.healthsystemsevidence.org), une base de données mise à jour continuellement qui contient plus de 2700 revues systématiques portant sur les arrangements de gouvernance, les arrangements financiers et les arrangements relatifs à la prestation de services dans les systèmes de santé. Les revues ont été répertoriées en cherchant dans la base de données ceux qui traitent des caractéristiques relatives aux composantes de chaque élément. La taxonomie utilisée est disponible sur demande.

Les conclusions des auteurs ont été extraites des revues dans la mesure du possible. Il se peut que certaines revues ne contiennent aucune étude en dépit d'une recherche exhaustive (c.-à-d. qu'il s'agissait de revues « vides »), tandis que d'autres peuvent conclure qu'il existait une incertitude importante au sujet de l'option basée sur les études repérées. Aucune de ces possibilités n'a été rencontrée dans la production de cette synthèse d'information. Lorsque c'était pertinent, nous avons formulé des mises en garde au sujet des conclusions tirées par ces auteurs et basées sur des évaluations de la qualité des revues, du caractère applicable de leurs résultats au niveau local, des considérations relatives à l'équité et de la pertinence à la question. (Se reporter aux annexes pour une description complète de ces évaluations.)

Il peut être tout aussi important de savoir ce que nous savons et ce que nous ne savons pas. Face à une revue vide, une incertitude importante ou des préoccupations soulevées par la qualité et l'applicabilité locale ou le manque d'attention aux facteurs liés à l'équité, nous pourrions recommander plus de recherches primaires ou chercher à appliquer une option et concevoir un plan de surveillance et d'évaluation dans le contexte de sa mise en œuvre. Face à une revue publiée il y a de nombreuses années, nous pourrions en commander la mise à jour si le temps le permet.

Aucune autre donnée de recherche n'a été demandée au-delà de ce qui était inclus dans les revues systématiques. Les personnes intéressées à mettre en œuvre un élément en particulier pourraient tenter d'obtenir une description plus détaillée de l'élément ou d'autres données de recherche sur l'élément.

Élément 1 – Renforcer le dialogue sur l'indicateur de mortalité évitable et ses utilisations potentielles.

Cet élément consiste à renforcer le dialogue sur l'indicateur de mortalité évitable et ses utilisations potentielles. Ses sous-éléments pourraient comprendre :

- éduquer les décideurs et les cadres du système de santé au sujet de l'indicateur de mortalité évitable, de la nécessité d'une collecte de données permanente/élargie si l'on veut optimiser l'utilité de l'indicateur, des utilisations potentielles de l'indicateur dans le cadre de la production de rapports, de la surveillance et de la prise de décisions, ainsi que des implications de l'indicateur au chapitre de la responsabilisation à l'échelle de la population;
- éduquer les professionnels de la santé au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et du rôle de point central de responsabilisation à l'échelle de la population qu'il pourrait jouer;
- éduquer les décideurs, les cadres et les professionnels des autres secteurs au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et du rôle de point central de responsabilisation à l'échelle de la population qu'il pourrait jouer;
- éduquer le public au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et du rôle de point central de responsabilisation à l'échelle de la population qu'il pourrait jouer.

Bien que nous ayons utilisé le terme « éduquer » pour tous ces sous-éléments, nous avons adopté une vue holistique du terme, de sorte qu'il pourrait comprendre tout un éventail d'interventions, allant par exemple de démarches plus didactiques à des démarches plus délibératives qui pourraient appuyer un dialogue éclairé au sujet de l'indicateur. De plus, bien que nous ayons utilisé le terme « professionnels de la santé » dans le deuxième sous-élément, ce sont les dirigeants de cette profession qui auront sans doute le plus à apporter (et à gagner) à ce dialogue.

L'hypothèse fondamentale sous-jacente à cet élément est la suivante : l'utilisation limitée de l'indicateur de mortalité évitable peut s'expliquer en partie par le fait que l'utilité de cet indicateur est mal connue, comprise ou acceptée. En renforçant le dialogue au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et de ses utilisations potentielles, il serait possible de déterminer si cet indicateur peut être utilisé dans le cadre de la production de rapports, de la surveillance et de la prise de décisions.

Nous n'avons trouvé aucune revue systématique qui traite des sous-éléments ciblés sur l'éducation des décideurs et des cadres du système de santé ou sur l'éducation des décideurs, des cadres et des professionnels d'autres secteurs. Nous revenons à la question du soutien aux décideurs et aux cadres du système de santé dans la section suivante, mais en mettant l'accent sur l'appui de leur utilisation des données probantes issues de la recherche, et non sur la sensibilisation, l'approfondissement de la compréhension ou l'examen d'un consensus potentiel au sujet de l'utilité d'un indicateur. Cependant, on pourrait tirer des leçons à partir des expériences vécues avec le « ratio standardisé de mortalité en hôpital » au Canada, en particulier lorsque l'on veut déterminer si c'est l'éducation qui a soutenu son utilisation ou si la production de rapports au sujet de l'indicateur a déclenché un apprentissage autonome parmi les décideurs et les cadres du système de santé.

Nous avons trouvé plusieurs revues systématiques qui étudient diverses interventions éducatives qui ciblent les professionnels de la santé (sous-élément 2) et qui pourraient susciter la réflexion au sujet de leur éducation concernant l'indicateur de mortalité évitable et donc encourager le dialogue au sujet de cet indicateur dans ce milieu. Cela semble particulièrement important à la lumière d'une revue qui laisse entendre que de nombreux programmes d'études sur l'amélioration de la qualité destinés aux médecins abordent les objectifs éducatifs de l'amélioration de la qualité de façon inadéquate et sont associés à des recherches de qualité relativement faible.⁽⁵⁰⁾ Plusieurs revues constatent que les interventions éducatives présentent des avantages, notamment les activités éducatives,⁽⁵¹⁾ les documents imprimés (par exemple, les manuels, les bulletins, les lignes directrices, les guides de référence, les bulletins d'information et les protocoles d'accord),^(51;52) les conférences d'examen sur la morbidité et la mortalité,⁽⁵³⁾ et d'autres activités d'éducation médicale permanente (par exemple, conférences, ateliers et tournées d'enseignement).⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾ En général, les méthodes d'enseignement didactiques semblent moins efficaces pour éduquer les professionnels de la santé (54;56) que

les interventions éducatives qui offrent la possibilité de mettre des compétences en pratique,(54;55) de discuter en petits groupes (56) ou de recevoir un encadrement.(56) Enfin, il semble que les données probantes de bonne qualité issues de la recherche soient limitées en ce qui a trait à l'efficacité des interventions éducatives, telles que la formation au savoir-faire culturel destinée aux professionnels de la santé afin de les aider à améliorer la qualité des soins prodigués aux minorités ethnoculturelles, qui sont l'un des deux groupes prioritaires de la présente synthèse d'information.(57;58)

Nous avons trouvé une revue systématique de haute qualité (mais pas récente) qui étudie l'efficacité des interventions médiatiques de masse ciblant le public (sous-élément 4); cependant, le résultat étudié a trait à l'utilisation des services de santé, pas au soutien de la responsabilisation à l'échelle de la population.(59) La revue a révélé que les campagnes médiatiques de masse planifiées et non planifiées peuvent avoir une influence positive sur l'utilisation des services de santé. Cependant, cette revue n'a permis de trouver que des données probantes limitées à partir desquelles tirer des conclusions concernant les caractéristiques des campagnes médiatiques de masse réussies, et surtout concernant la façon dont les messages devraient être formulés.

Les principaux constats des données probantes issues de la recherche disponibles qui ont fait l'objet d'une synthèse figurent dans le tableau 5. Le tableau peut être consulté si vous désirez obtenir de plus amples renseignements au sujet des données probantes issues de la recherche à partir desquelles les conclusions ci-dessus ont été tirées. Pour ceux qui souhaiteraient en savoir encore davantage sur les revues systématiques contenues dans le tableau 5 (ou obtenir les références bibliographiques des revues), l'Annexe 1 présente une description plus complète des revues systématiques.

Tableau 5 : Sommaire des principaux constats des revues systématiques pertinents pour l'élément 1 – Renforcer le dialogue sur l'indicateur de mortalité évitable et ses utilisations potentielles

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Avantages	• Éduquer les professionnels de la santé au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et du rôle de point central de responsabilisation à l'échelle de la population qu'il pourrait jouer ○ Une revue récente de qualité moyenne portant sur la rigueur méthodologique des programmes d'études sur l'amélioration de la qualité destinés aux médecins stagiaires conclut que de nombreux programmes abordent les objectifs éducatifs de l'amélioration de la qualité de façon inadéquate et sont associés à des recherches de qualité relativement faible.(50) ○ Plusieurs revues, y compris des revues récentes et de haute qualité, constatent que les interventions éducatives suivantes destinées aux professionnels de la santé présentent des avantages : ▪ les interventions à volets multiples (par exemple, les activités éducatives avec distribution de documents imprimés, vérifications et rétroaction, encadrement et autre);(51;55;56;60) ▪ les activités d'éducation médicale continue (par exemple, les conférences, les ateliers et les tournées d'enseignement) qui sont basées sur des discussions de cas interactives en petits groupes (54;56) ou qui offrent l'occasion de mettre des compétences en pratique; (55) ▪ les conférences d'examen sur la morbidité et la mortalité; (53) et ▪ les documents éducatifs imprimés (par exemple, manuels, bulletins, lignes directrices, guides de référence, bulletins d'information et protocoles d'accord).(52) ○ Trois revues concluent que les méthodes d'enseignement didactiques semblent moins efficaces pour éduquer les professionnels de la santé.(54-56) • Éduquer le public au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et du rôle de point central de responsabilisation à l'échelle de la population qu'il pourrait jouer ○ Une revue de haute qualité, mais pas récente, constate que toutes les études (qui étaient de qualité variable), sauf une, concluent que les campagnes médiatiques de masse planifiées et non planifiées peuvent avoir une influence positive sur l'utilisation des services de santé. Cependant, les auteurs n'ont pas pu tirer de conclusions définitives au sujet des caractéristiques des campagnes médiatiques de masse réussies et de la façon dont les messages devraient être formulés.(59)
Préjudices possibles	• Aucune des revues répertoriées ne fournit de renseignements au sujet des dangers potentiels des sous-éléments
Coûts ou rapport coût-	• Aucune revue n'évalue les coûts ou le rapport coût-efficacité en lien avec le statu quo

efficacité en lien avec le statu quo	
Incertitude concernant les avantages et les préjudices possibles (la surveillance et l'évaluation seraient alors justifiées si l'élément était retenu)	• Il y a incertitude parce qu'aucune revue systématique n'a été recensée ○ Éduquer les décideurs et les cadres du système de santé au sujet de l'indicateur de mortalité évitable, de la nécessité d'une collecte de données permanente/élargie, des utilisations potentielles de l'indicateur et de ses implications au chapitre de la responsabilisation à l'échelle de la population ○ Éduquer les décideurs, les cadres et les professionnels des autres secteurs au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et du rôle de point central de responsabilisation à l'échelle de la population qu'il pourrait jouer • Il y a incertitude parce qu'aucune étude n'a pu être recensée malgré des recherches exhaustives dans le cadre d'une revue systématique ○ Sans objet (aucune revue « vide » n'a été découverte) • Absence d'un message clair des études incluses dans une revue systématique ○ Éduquer les professionnels de la santé au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et du rôle de point central de responsabilisation à l'échelle de la population qu'il pourrait jouer ▪ Deux revues récentes (une revue de haute qualité et une revue de qualité moyenne) relèvent des données probantes limitées concernant les avantages des interventions visant à améliorer la qualité des soins de santé pour les minorités raciales/ethniques,(57) y compris la formation au savoir-faire culturel(58). ▪ Un examen récent et de haute qualité relève des données probantes limitées permettant d'estimer l'effet des documents imprimés sur les résultats pour les patients ou leurs effets par rapport à d'autres interventions éducatives.(52)
Caractéristiques clés de l'élément s'il a été mis en œuvre ailleurs	• Aucune des revues répertoriées ne fournit de renseignements au sujet des principaux sous-éléments
Opinions et expérience des parties prenantes	• Aucune des revues répertoriées ne fournit de renseignements au sujet des opinions et des préférences des parties prenantes à l'égard des sous-éléments

Élément 2 – Appuyer une prise de décisions éclairées au sujet des programmes de prévention et de traitement.

Cet élément consiste à appuyer une prise de décisions éclairées au sujet des programmes de prévention et de traitement. Ses sous-éléments pourraient comprendre :

- l'établissement d'une trousse d'outils et de ressources qui place l'indicateur de mortalité évitable dans le contexte d'une série d'indicateurs qui traitent de la mortalité et de la morbidité, sont particulièrement pertinents à différents niveaux du système, varient à différents rythmes, fournissent différents genres de perspectives au sujet des causes potentielles des variations et reflètent ces variations de différente manière (par exemple, indicateurs retardés ou précurseurs);
- l'investissement dans la collecte de données qui fournissent le genre d'information nécessaire à la prise de décisions (par exemple, données décomposées par groupes clés), règlent les désaccords méthodologiques au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et incorporent l'indicateur dans les systèmes de mesure de la performance existants;
- le financement, la synthèse, la diffusion et le soutien de l'utilisation des données probantes issues de la recherche au sujet des initiatives de prévention et de traitement qui auraient la plus grande incidence sur l'indicateur de mortalité évitable.

L'hypothèse fondamentale sous-jacente à cet élément est la suivante : pour augmenter l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable, en particulier dans le domaine de la prise de décisions (contrairement à ceux de la production de rapports et de la surveillance), il faut renforcer la capacité des décideurs et des parties prenantes du système de santé à utiliser l'indicateur, généralement en leur donnant les renseignements, les outils et les ressources nécessaires pour étayer leur prise de décisions au sujet des programmes de prévention et de traitement.

Nous n'avons trouvé aucune revue systématique qui discute de l'élaboration d'une trousse d'outils et de ressources qui pourrait placer un indicateur tel que l'indicateur de mortalité évitable dans le contexte d'une série d'indicateurs (sous-élément 1) ou qui parle de l'investissement dans la collecte de données, du règlement des désaccords méthodologiques ou de l'incorporation d'un indicateur dans les systèmes de mesure de la performance existants (sous-élément 2). Cependant, de tels enjeux pratiques ne font que rarement l'objet central d'études empiriques (et donc des revues systématiques), mais relèvent tout à fait du type de dialogue délibératif que la présente synthèse d'information vise à éclairer. Pour orienter la délibération au sujet de l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable dans les systèmes de mesure de la performance, l'ICIS a mené une analyse internationale afin de recenser les exemples d'efforts de cette nature dans les autres pays. Les constats de cette analyse sont exposés ci-dessous.

- Le cadre de performance *National Healthcare Agreement* (accord national sur les soins de santé) de l'Australie, accepté par le Conseil des gouvernements australiens en 2008 et mis à jour en août 2011, comprend l'indicateur de mortalité évitable dans une série d'indicateurs de la performance, et plus particulièrement dans le domaine des résultats intitulé « les Australiens reçoivent des services de santé primaires et communautaires d'une qualité appropriée et abordables » (traduction libre).(61)
- Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande utilise l'indicateur de mortalité évitable, ainsi que ses composantes, la mortalité susceptible d'être évitée par des interventions médicales et la mortalité pouvant être prévenue, à titre de mesure de la qualité de la performance du système de santé.(62) Les données sur la mortalité évitable ont été calculées pour chacune des quatre régions (nord, moyen pays, centre et sud),(63) et les variations de la mortalité susceptible d'être évitée par intervention médicale ont également été analysées pour la Nouvelle-Zélande de 1996 à 2006 et entre les conseils de santé de district de la Nouvelle-Zélande de 2001 à 2004.(64)
- Le *National Health Service* du Royaume-Uni utilise l'indicateur de mortalité évitable (sous forme d'années potentielles de vie perdue pour causes susceptibles d'être évitées par les soins de santé) à titre d'indicateur global dans son *Outcomes Framework 2012/2013*, dans le domaine intitulé « prévenir le décès prématuré ». Ce domaine comprend des possibilités d'amélioration précises, telles que la réduction de la mortalité prématurée (chez les personnes âgées de moins de 75 ans) due aux principales causes de décès (maladie

cardiovasculaire, maladie respiratoire, maladie du foie et cancer), la réduction des décès prématurés chez les personnes atteintes d'une grave maladie mentale et la réduction des décès chez les nouveau-nés et les jeunes enfants(65).

Nous avons trouvé plusieurs revues systématiques portant sur le financement, la synthèse, la diffusion et le soutien de l'utilisation des données probantes issues de la recherche (et des données probantes issues de la recherche typiquement sous forme de revues systématiques) (sous-élément 3). Bien que ces revues n'aient pas découvert de données probantes suffisantes concernant l'efficacité des stratégies pour encourager l'utilisation des données probantes issues de la recherche par les décideurs et les gestionnaires du système de santé, une revue répertorie plusieurs conditions propices à l'utilisation des données probantes : lorsque le message est simple et clair, le changement est relativement facile à apporter, et les utilisateurs des données probantes deviennent de plus en plus conscients que la pratique doit être modifiée.(66) Plusieurs revues présentent un aperçu des perspectives des parties prenantes sur les obstacles (par exemple, ignorance ou manque de connaissance, manque d'utilité, manque de motivation et autres obstacles externes) et les catalyseurs (par exemple, faciliter les interactions entre les utilisateurs et les producteurs des données probantes issues de la recherche, assurer un accès opportun aux données probantes issues de la recherche, ainsi qu'adapter et présenter les constats dans des formats plus directement adaptés à leurs besoins) à l'utilisation des données probantes issues de la recherche.(67-72) Bon nombre de ces questions seront pertinentes pour relever le défi qui consiste à soutenir les décideurs et les cadres du système de santé dans l'utilisation des données probantes issues de la recherche au sujet des initiatives de prévention et de traitement qui auraient la plus grande incidence sur l'indicateur de mortalité évitable. La question de savoir si l'incorporation des données probantes issues de la recherche au sujet de la prévention et du traitement dans des modèles interactifs de micro-simulation aiderait les décideurs et les parties prenantes à conclure les compromis qui découlent du choix d'options différentes.

Les principaux constats des données probantes issues de la recherche disponibles qui ont fait l'objet d'une synthèse figurent dans le tableau 6. Le tableau peut être consulté si vous désirez obtenir de plus amples renseignements au sujet des données probantes issues de la recherche à partir desquelles les conclusions ci-dessus ont été tirées. Pour ceux qui souhaiteraient en savoir encore davantage sur les revues systématiques contenues dans le tableau 6 (ou obtenir les références bibliographiques des revues), l'Annexe 2 présente une description plus complète des revues systématiques.

Tableau 6 : Sommaire des principaux constats des revues systématiques pertinentes pour l'élément 2 – Appuyer une prise de décisions éclairées au sujet des programmes de prévention et de traitement

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Avantages	• Financement, synthèse, diffusion et soutien de l'utilisation des données probantes issues de la recherche au sujet des initiatives de prévention et de traitement qui auraient la plus grande incidence sur l'indicateur de mortalité évitable ○ Une revue récente et de haute qualité constate que les produits d'information conçus pour appuyer l'adoption des données probantes des examens systématiques sont efficaces dans certaines conditions : le message est simple et clair, le changement est relativement facile à apporter et les utilisateurs des données probantes deviennent de plus en plus conscients que la pratique doit être modifiée.(66) • Investissement dans la collecte de données qui fournissent le genre d'information nécessaire à la prise de décisions (par exemple, données décomposées par groupes clés), règlent les désaccords méthodologiques au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et incorporent l'indicateur dans les systèmes de mesure de la performance existants ○ Une revue récente et de faible qualité portant sur l'échange de données sur la santé dans les cabinets de soins primaires constate que de tels systèmes parviennent efficacement à offrir un accès aux résultats des analyses et à d'autres données à partir de l'extérieur du cabinet et à diminuer le temps que le personnel passe à traiter les recommandations et les demandes de remboursement.(73)
Préjudices possibles	• Investissement dans la collecte de données qui fournissent le genre d'information nécessaire à la prise de décisions (par exemple, données décomposées par groupes clés), règlent les

	désaccords méthodologiques au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et incorporent l'indicateur dans les systèmes de mesure de la performance existants ○ Une revue récente et de faible qualité portant sur l'échange de données sur la santé dans les cabinets de soins primaires révèle des préoccupations relatives à la protection des renseignements personnels et à l'imputabilité.(73)
Coûts ou rapport coût-efficacité en lien avec le statu quo	• Aucune revue n'évalue les coûts ou le rapport coût-efficacité en lien avec le statu quo
Incertitude concernant les avantages et les préjudices possibles (la surveillance et l'évaluation seraient alors justifiées si l'élément était retenu)	• Il y a incertitude parce qu'aucune revue systématique n'a été recensée ○ Établissement d'une trousse d'outils et de ressources qui placent l'indicateur de mortalité évitable dans le contexte d'une série d'indicateurs qui traitent de la mortalité et de la morbidité, sont particulièrement pertinents à différents niveaux du système, varient à différents rythmes, fournissent différents genres de perspectives au sujet des causes potentielles des variations et reflètent ces variations de différente manière (par exemple, indicateurs retardés ou précurseurs) • Il y a incertitude parce qu'aucune étude n'a pu être recensée malgré des recherches exhaustives dans le cadre d'une revue systématique ○ Sans objet (aucune revue « vide » n'a été découverte) • Absence d'un message clair des études incluses dans une revue systématique ○ Investissement dans la collecte de données qui fournissent le genre d'information nécessaire à la prise de décisions (par exemple, données décomposées par groupes clés), règlent les désaccords méthodologiques au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et incorporent l'indicateur dans les systèmes de mesure de la performance existants ▪ Une revue récente et de faible qualité portant sur l'échange de données sur la santé dans les cabinets de soins primaires relève des données probantes limitées concernant son effet sur les économies, l'efficacité du déroulement du travail et la qualité(73). ○ Financement, synthèse, diffusion et soutien de l'utilisation des données probantes issues de la recherche au sujet des initiatives de prévention et de traitement qui auraient la plus grande incidence sur l'indicateur de mortalité évitable ▪ Plusieurs revues systématiques, notamment une revue récente et de haute qualité, évaluent les stratégies et les interventions visant à encourager l'utilisation des données probantes issues de la recherche (principalement des revues systématiques) par les décideurs et les cadres en santé, et les données probantes répertoriées par chacun d'entre eux ne suffisent pas à tirer des conclusions concernant l'efficacité des interventions qui ont été conçues à cet effet.(66;74-77) Cependant, une revue récente, mais de faible qualité, relève quelques données probantes qui laissent entendre que les messages ciblés adaptés au public, alliés à l'accès aux registres des données probantes issues de la recherche, peuvent augmenter l'utilisation de ces dernières dans le domaine de l'établissement des politiques.(75) La même revue constate également que les données probantes ne suffisent pas à étayer l'efficacité des courtiers du savoir.
Caractéristiques clés de l'élément s'il a été mis en œuvre ailleurs	• Financement, synthèse, diffusion et soutien de l'utilisation des données probantes issues de la recherche au sujet des initiatives de prévention et de traitement qui auraient la plus grande incidence sur l'indicateur de mortalité évitable ○ Une revue récente, mais de faible qualité, constate que l'offre d'une formation dans le domaine de l'évaluation de la recherche et de son utilisation peut améliorer les compétences des participants en matière d'évaluation critique et peut-être leurs perceptions à l'égard de l'utilisation de ces données (mais pas leur utilisation proprement dite).(75)
Opinions et expérience des parties prenantes	• Financement, synthèse, diffusion et soutien de l'utilisation des données probantes issues de la recherche au sujet des initiatives de prévention et de traitement qui auraient la plus grande incidence sur l'indicateur de mortalité évitable ○ Plusieurs revues systématiques étudient les obstacles et les catalyseurs de l'utilisation des données probantes issues de la recherche par les décideurs et les parties prenantes.(67-71) Les facteurs les plus fréquemment cités qui augmentent l'utilisation des données probantes issues de la recherche sont les interactions catalysatrices entre les utilisateurs et les producteurs des données probantes issues de la recherche et l'accès opportun à ces dernières. Les autres obstacles comprennent l'ignorance et le manque de connaissance, le manque d'utilité, le manque de motivation et d'autres obstacles externes. ○ Une revue récente et de qualité moyenne portant sur les ressources et les outils d'application des connaissances, qui vise à maximiser l'incidence des revues systématiques sur la prise de décisions dans le domaine des soins de santé, révèle que de tels obstacles pourraient être surmontés en adaptant et en présentant les constats dans des formats plus directement personnalisés selon leurs besoins (par exemple, le fait de fournir des sommaires, des aperçus et des synthèses pour politique, qui ajoute de l'intérêt aux examens systématiques, l'évaluation de leur qualité méthodologique, le fait de déterminer si les constats sont applicables dans un milieu donné).(72)

Élément 3 – Promouvoir les mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement et traitent de conditions ou d'inégalités particulières.

Cet élément comprend la promotion de mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement (ou, plus précisément, aux investissements qui offrent un meilleur équilibre entre la prévention et le traitement) et traitent de conditions ou d'inégalités particulières. Ses sous-éléments pourraient comprendre :

- la réorientation des systèmes de gestion de la performance existants de sorte qu'ils mettent l'accent, au moins en partie, sur l'indicateur de mortalité évitable et sur le déséquilibre entre la prévention et le traitement (et les mesures intersectorielles qui s'y rapportent), les conditions et les inégalités que cet indicateur met en lumière;
- la réorientation des évaluations de l'incidence existantes (notamment dans les secteurs où la santé est un objectif explicite et les secteurs où la santé est une conséquence potentielle, mais pas un objectif) de sorte qu'ils mettent l'accent, au moins en partie, sur l'indicateur de mortalité évitable et sur le déséquilibre entre la prévention et le traitement (et les mesures intersectorielles qui s'y rapportent), les conditions et les inégalités que cet indicateur met en lumière;
- la production de rapports publics sur les mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement (et les mesures intersectorielles qui s'y rapportent) et traitent de conditions ou d'inégalités particulières.

Cet élément prend pour hypothèse que la réorientation des évaluations de l'incidence et des systèmes de gestion de la performance existants, ainsi que la production de rapports destinés au grand public, pourrait créer une motivation tangible à prendre des mesures qui accordent la priorité aux investissements dans des domaines mis en lumière par l'indicateur de mortalité évitable.

Nous avons trouvé une revue systématique pertinente au chapitre de la réorientation des systèmes de gestion de la performance existants (sous-élément 1). La revue étudie les cadres de mesure et d'amélioration de la performance au sein des systèmes de santé, d'éducation et de services sociaux et entre ces systèmes. Elle répertorie 16 concepts de qualité applicables à l'orientation de l'élaboration de cadres d'amélioration de la qualité intersectoriels(78). Les exemples de tels concepts comprennent : 1) les relations et les partenariats entre les systèmes, les réseaux et les prestataires; 2) l'engagement en faveur d'un environnement d'éducation continue; et 3) l'utilisation de processus de planification stratégique afin de pouvoir s'adapter aux changements et d'obtenir un succès durable. Pour orienter la délibération au sujet de l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable dans les systèmes de gestion de la performance, l'ICIS a également examiné, dans le cadre de son analyse internationale, les exemples d'efforts de cette nature déployés dans d'autres pays; cependant, il n'a trouvé qu'un seul exemple (communication personnelle) : le conseil d'autorisation du *National Health Service* du Royaume-Uni est « censé mettre l'accent sur l'amélioration de la mortalité dans tous les aspects de la mortalité susceptible d'être évitée par intervention médicale, ainsi que du point de vue du taux global »(traduction libre) ; certains domaines d'amélioration (tels que la réduction de la mortalité prématurée pour cause de maladie cardiovasculaire, maladie respiratoire et maladie du foie) relevant de la responsabilité partagée de *Public Health England*.(79)

Nous n'avons trouvé aucune revue systématique qui traite de la réorientation des évaluations d'incidence existantes (sous-élément 2).

Nous avons trouvé plusieurs revues systématiques qui traitent de la production de rapports destinés au public (sous-élément 3), bien que la plupart d'entre eux parlent plutôt de la production de rapports sur des sujets de santé prépondérants dans l'esprit des consommateurs de soins de santé, ce qui est incontestablement différent de la production de rapports concernant un indicateur général de la santé que le public juge probablement moins pertinent dans l'immédiat. Une revue révèle que les mesures de qualité qui font l'objet de rapports publics sont susceptibles de s'améliorer au fil du temps.(80) D'autres revues constatent que la production de rapports destinés au public peut stimuler les activités d'amélioration de la qualité à l'échelle des hôpitaux (81) améliorer certains résultats (par exemple, la satisfaction des patients et les taux d'accouchement par

césarienne) (82) et améliorer les connaissances et l'attitude des consommateurs au sujet de l'utilisation des renseignements sur la qualité.(83) Cependant, les données probantes concernant les effets de la production de rapports destinés au public sur la modification des comportements des consommateurs ou sur l'amélioration des soins,(81;84) sur la sécurité des patients, les résultats pour la santé et les régimes de soins axés sur les patients (81) ainsi que sur les taux de mortalité (80) sont incohérentes ou limitées. Il en va de même concernant la question de savoir si la production de rapports destinés au public incitait les fournisseurs à des comportements négatifs non voulus, tels que le tri des patients sur le volet ou la modification des évaluations en manipulant les populations de patients.(80) Une revue constate que la production de rapports destinés au public peut creuser les inégalités raciales au chapitre de l'utilisation des soins de santé,(85) mais une autre revue relève des données probantes discordantes au sujet de l'effet de la production de rapports destinés au public sur l'accès aux soins de santé.(80) Enfin, une revue souligne que les programmes efficaces de production de rapports destinés au public devraient être implantés dans les efforts consacrés à l'établissement de relations durables avec le public cible, qui visent à comprendre les besoins de ce dernier en matière d'information, à déterminer la façon dont il utilise ces renseignements et à lui apprendre la valeur et la signification des renseignements.(86) Des exemples plus directement révélateurs dans le domaine de la production de rapports destinés au public, tels que les vérifications de l'équité et les rapports pangouvernementaux à l'échelle sous-nationale dans certains pays européens, n'ont pas fait l'objet de revues systématiques, mais ils relèvent du type de dialogue délibératif que la présente synthèse d'information vise à éclairer.

Les principaux constats des données probantes issues de la recherche disponibles qui ont fait l'objet d'une synthèse figurent dans le tableau 7. Le tableau peut être consulté si vous désirez obtenir de plus amples renseignements au sujet des données probantes issues de la recherche à partir desquelles les conclusions ci-dessus ont été tirées. Pour ceux qui souhaiteraient en savoir encore davantage sur les revues systématiques contenues dans le tableau 7 (ou obtenir les références bibliographiques des revues), l'Annexe 3 présente une description plus complète des revues systématiques.

Tableau 7 : Sommaire des principaux constats des revues systématiques pertinentes pour l'élément 3 – Promouvoir les mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement et traitent de conditions ou d'inégalités particulières.

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Avantages	• Production de rapports publics sur les mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement (et les mesures intersectorielles qui s'y rapportent) et traitent de conditions ou d'inégalités particulières ○ Trois revues, comprenant deux revues de qualité moyenne et une revue de haute qualité, constatent que la production de rapports destinés au public présente les avantages suivants : ▪ les mesures de la qualité faisant l'objet de rapports publics ont de bonnes chances de s'améliorer au fil du temps;(80) ▪ la production de tels rapports stimule les activités d'amélioration de la qualité à l'échelle des hôpitaux;(81) ▪ elle améliore les connaissances et l'attitude des consommateurs au sujet de l'utilisation des renseignements sur la qualité;(83) et ▪ elle a une incidence faible, mais croissante, sur les décisions prises par les consommateurs.(82)
Préjudices possibles	• Production de rapports publics sur les mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement (et les mesures intersectorielles qui s'y rapportent) et traitent de conditions ou d'inégalités particulières ○ Une revue récente et de qualité moyenne constate que la production de rapports destinés au public pourrait creuser les inégalités raciales au chapitre de l'utilisation des soins de santé.(85) mais une autre revue récente et de haute qualité relève des données probantes discordantes au sujet de l'effet de la production de rapports destinés au public sur l'accès aux soins de santé.(80)
Coûts ou rapport coût-efficacité en lien avec le statu quo	• Aucune revue n'évalue les coûts ou le rapport coût-efficacité en lien avec le statu quo
Incertitude concernant les avantages et les	• Il y a incertitude parce qu'aucune revue systématique n'a été recensée ○ Réorientation des évaluations de l'incidence existantes (notamment dans les secteurs

préjudices possibles (la surveillance et l'évaluation seraient alors justifiées si l'élément était retenu)	où la santé est un objectif explicite et les secteurs où la santé est une conséquence potentielle, mais pas un objectif) de sorte qu'ils mettent l'accent, au moins en partie, sur l'indicateur de mortalité évitable et sur le déséquilibre entre la prévention et le traitement (et les mesures intersectorielles qui s'y rapportent), les conditions et les inégalités que cet indicateur met en lumière • Il y a incertitude parce qu'aucune étude n'a pu être recensée malgré des recherches exhaustives dans le cadre d'une revue systématique ○ Sans objet (aucune revue « vide » n'a été découverte) • Absence d'un message clair des études incluses dans une revue systématique ○ Production de rapports publics sur les mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement (et les mesures intersectorielles qui s'y rapportent) et traitent de conditions ou d'inégalités particulières ▪ Trois revues systématiques (une revue de qualité moyenne et deux revues de haute qualité) relèvent des données probantes discordantes ou limitées concernant les effets de la production de rapports destinés au public sur : ▪ les comportements des consommateurs, des professionnels et des organisations;(80;84) ▪ la sécurité;(81) ▪ les régimes de soins axés sur les patients;(81;82) ▪ l'accès aux soins (par exemple, les conséquences non voulues, comme le tri des patients sur le volet ou la modification des évaluations en manipulant les populations de patients).(80) bien qu'un autre examen laisse entendre que cela pourrait creuser les inégalités raciales au chapitre de l'utilisation des soins de santé(85); et ▪ les taux de mortalité.(80)
Caractéristiques clés de l'élément s'il a été mis en œuvre ailleurs	• Réorientation des systèmes de gestion de la performance existants de sorte qu'ils mettent l'accent, au moins en partie, sur l'indicateur de mortalité évitable et sur le déséquilibre entre la prévention et le traitement (et les mesures intersectorielles qui s'y rapportent), les conditions et les inégalités que cet indicateur met en lumière ○ Une revue récente et de qualité moyenne étudie les cadres de mesure et d'amélioration de la performance au sein des secteurs et entre ces derniers (à savoir la santé, l'éducation et les services sociaux) et relève 16 concepts de qualité permettant d'orienter les cadres d'amélioration de la qualité intersectoriels. Les concepts de qualité sont regroupés en cinq catégories : collaboration, apprentissage et innovation, perspective de gestion, prestations de services, et résultats.(78) • Production de rapports publics sur les mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement (et les mesures intersectorielles qui s'y rapportent) et traitent de conditions ou d'inégalités particulières ○ Une revue moins récente et de faible qualité portant sur l'efficacité des pratiques relatives à la production de rapports destinés au public concernant la qualité des soins de santé constate que la publication pure et simple des rapports dans le domaine public ne suffit pas à obtenir la responsabilisation et la qualité. Il est indispensable que toute initiative de production de rapports destinés au public soit implantée dans les efforts continus consacrés à l'établissement des relations avec le public cible, qui visent à comprendre clairement les besoins de ce dernier en matière d'information, à déterminer la façon dont il utilise ces renseignements et à lui apprendre la valeur et la signification des renseignements.(86)
Opinions et expérience des parties prenantes	• Production de rapports publics sur les mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement (et les mesures intersectorielles qui s'y rapportent) et traitent de conditions ou d'inégalités particulières ○ Une revue moins récente et de qualité moyenne portant sur les effets de la rémunération au rendement et de la production de rapports destinés au public sur les inégalités raciales au chapitre de l'utilisation des soins de santé révèle que les dirigeants des grands programmes d'incitation à la performance aux États-Unis sont d'avis que les programmes actuels ne sont pas conçus pour réduire les inégalités, et qu'ils manquent souvent des caractéristiques qui peuvent être importantes pour réduire les inégalités (par exemple, le recueil de données sur la race et l'ethnicité, la mise en évidence des troubles médicaux dont la prévalence est plus élevée dans les minorités, la récompense des améliorations et l'encouragement des organisations prédominantes à l'échelle nationale à établir des lignes directrices ou des mesures concernant l'inégalité).(85) ○ Une revue moins récente et de faible qualité portant sur les données probantes concernant la diffusion de données relatives à la performance auprès du public révèle que, bien que les hôpitaux puissent répondre aux données communiquées publiquement, les consommateurs et les prestataires ne recherchent que rarement ce type d'information, ne le comprennent pas ou s'en méfient.(82)

Autres observations touchant à l'équité

Au cours de notre examen des données probantes issues de la recherche, nous avons découvert peu de revues systématiques qui traitent explicitement des deux sous-populations prioritaires dans la présente synthèse d'information (c'est-à-dire les populations de faible statut socioéconomique et les groupes ethnoculturels minoritaires). Une revue systématique moins récente et de qualité moyenne relevé pour le troisième élément – la promotion des mesures – étudie les effets de la rémunération au rendement et de la production de rapports destinés au public sur les inégalités raciales au chapitre de l'utilisation des soins de santé.⁽⁸⁵⁾ La revue étudie à quel degré et de quelle manière les programmes d'incitation au rendement poussent les médecins et les organisations à trier les patients sur le volet (c'est-à-dire à choisir des patients qui peuvent les aider à obtenir une bonne évaluation ou à éviter ceux qui leur ferait obtenir une mauvaise évaluation), et si de tels programmes peuvent élargir le fossé des ressources qui sépare les organisations de soins de santé qui desservent un grand nombre de patients issus de minorités ethniques et les organisations qui ne desservent pas de tels patients. La revue relève des données probantes selon lesquelles un important programme de production de rapports destinés au public augmente les inégalités en ce qui concerne les taux de pontage coronarien. La revue est complétée par les perspectives des dirigeants de grands programmes d'incitation à la performance aux États-Unis, qui indiquent que les programmes actuels ne sont pas conçus pour réduire les inégalités et manquent souvent des caractéristiques clés pour ce faire. Ils soulignent qu'il faut systématiquement recueillir des données sur la race et l'ethnicité, mettre l'accent sur les troubles médicaux dont la prévalence est plus élevée dans les minorités, récompenser les améliorations et encourager les organisations prédominantes à l'échelle nationale à établir des lignes directrices ou des mesures concernant l'inégalité.⁽⁸⁵⁾ On trouve des exemples prometteurs de tels travaux dans le contexte canadien, tel que la collecte de données par le Réseau universitaire de santé concernant de nombreux domaines PROGRESS (encadré 2).

IMPLICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE

Étant donné que les catalyseurs potentiels de l'action semblent plus évidents que les obstacles potentiels, et que certains obstacles peuvent être si importants qu'ils forcent à réévaluer si une approche donnée, nous mettons ici principalement l'accent sur les obstacles potentiels à l'essor de l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable au Canada. Les obstacles peuvent être cernés à l'échelle individuelle (par exemple, les niveaux de littératie pour interpréter l'indicateur de mortalité évitable sont faibles et le public s'inquiète de la priorité accordée aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement, alors que le traitement est considéré comme un problème extrêmement pressant), à l'échelle des fournisseurs (par exemple, ces derniers s'inquiètent d'être tenus responsables de la mortalité évitable causée par des facteurs qui échappent à leur contrôle), à l'échelle des organisations (par exemple, ces dernières ne voient pas l'intérêt d'utiliser l'indicateur de mortalité évitable) et à l'échelle des systèmes (par exemple, on se désintéresse des indicateurs globaux qui ne produisent pas de messages concrets). Une liste détaillée des obstacles potentiels à la mise en œuvre des trois éléments figure dans le tableau 8 et vise à susciter la réflexion à propos de quelques-unes des considérations qui peuvent influencer les choix de la marche à suivre optimale. Nous avons trouvé peu d'études empiriques qui aident à déterminer ou à établir l'importance de ces obstacles; nous avons donc énuméré ici celles que nous avons répertoriées dans diverses sources (pas seulement les études empiriques), sans leur attribuer d'ordre quelconque. En fait, en ce qui concerne l'élément 1, les obstacles à l'échelle des citoyens peuvent être bien moins pertinents que les obstacles à d'autres niveaux (étant donné que l'indicateur pourrait exercer une faible prépondérance directe chez eux), alors qu'en ce qui concerne l'élément 2, et en particulier l'élément 3, les obstacles à l'échelle des citoyens peuvent être bien plus pertinents que les obstacles à d'autres niveaux (étant donné que les mesures prises en fonction de l'indicateur pourraient comprendre le rééquilibrage des investissements dans la prévention et le traitement).

Tableau 8 : Obstacles potentiels à la mise en œuvre des éléments

Niveaux	Élément 1 – Renforcer le dialogue sur l'indicateur de mortalité évitable et ses utilisations potentielles.	Élément 2 – Appuyer une prise de décisions éclairées au sujet des programmes de prévention et de traitement.	Élément 3 – Promouvoir les mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement et traitent de conditions ou d'inégalités particulières.
Citoyens	Il se peut que le public témoigne peu d'intérêt ou ait une capacité limitée à pleinement comprendre un indicateur de santé complexe tel que la mortalité évitable, en particulier les personnes dont le niveau de littératie est faible et qui ont un accès limité à la technologie de l'information et de la communication.	- Il se peut que le public résiste aux décisions basées sur les données probantes issues de la recherche et non sur ses valeurs et préférences collectives. - Il se peut que le public ait certaines attentes qui s'harmonisent mieux avec un modèle de traitement médical qu'avec un modèle mixte de prévention et de traitement.(87)	- Il se peut que le public ait certaines attentes qui s'harmonisent mieux avec un modèle de traitement médical qu'avec un modèle mixte de prévention et de traitement.(87) - Il se peut que le public ne cherche pas à obtenir les renseignements qui lui sont communiqués et ait de la difficulté à les interpréter ou à savoir s'il peut s'y fier.(82)
Fournisseurs	- Certains prestataires de service peuvent s'inquiéter d'être tenus responsables de la mortalité évitable causée par des facteurs qui échappent à leur contrôle. - Il se peut que certains prestataires ne voient pas l'intérêt de baser leur travail sur l'indicateur de la mortalité évitable. - Il se peut que certains prestataires n'aient pas les compétences requises pour interpréter et appliquer correctement l'indicateur de mortalité évitable.	Il se peut que certains prestataires donnent la priorité aux traitements médicaux aux dépens de la prévention axée sur la population.	Il se peut que certains prestataires donnent la priorité aux traitements médicaux aux dépens de la prévention axée sur la population.

Organisation	• Il se peut que certaines organisations ne voient pas l'intérêt de baser leur travail sur l'indicateur de la mortalité évitable à divers niveaux dans le système. • Certaines organisations peuvent s'inquiéter d'être tenues responsables de la mortalité évitable causée par des facteurs qui échappent à leur contrôle. • Il se peut que certaines organisations qui connaissent un roulement de personnel important ne voient pas l'intérêt d'investir dans l'éducation et la formation à propos de l'indicateur et de ses utilisations potentielles, en particulier celles dont les ressources sont limitées.	• Certaines organisations peuvent s'inquiéter d'être tenues responsables de la mortalité évitable causée par des facteurs qui échappent à leur contrôle. • Il se peut que certaines organisations manquent de la direction ou des ressources nécessaires pour mettre en œuvre la collecte de données requise • Il se peut que certaines organisations hésitent à échanger des données concernant leur système de mesure de la performance s'il incorpore l'indicateur de mortalité évitable.	• Les organisations qui ne reçoivent pas de financement à long terme pourraient être incapables de s'engager à accorder la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement, et à traiter des conditions ou des inégalités particulières. • Les organisations qui prennent des engagements pourraient avoir de la difficulté à les mettre en œuvre. • Il se peut que certaines organisations hésitent à publier leurs données sur la mortalité évitable. • Il se peut que les organisations éprouvent des difficultés à établir une vision commune des rapports destinés au public sur les données relatives à la mortalité évitable et à adapter les données disponibles à leur contexte local.
Système	• Certains décideurs pourraient ne pas s'intéresser ou ne pas être disposés à utiliser les indicateurs à grande échelle qui ne produisent pas de messages concrets. • Les décideurs pourraient manifester un intérêt divers pour la mortalité évitable, selon le cycle électoral dans leurs circonscriptions respectives. • Les décideurs et les parties prenantes peuvent s'inquiéter d'être tenus responsables de la mortalité évitable causée par des facteurs qui échappent à leur contrôle. • Les décideurs et les parties prenantes pourraient rencontrer des difficultés dans la création d'une vision commune de l'éducation du public et des campagnes médiatiques de masse concernant l'indicateur de mortalité évitable et dans l'adaptation des messages selon les contextes locaux. • Il se peut que les décideurs trouvent difficile d'obtenir une cohérence entre les provinces et les territoires en ce qui concerne l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable et ses implications.	• Certains décideurs pourraient hésiter à communiquer les données sur la mortalité évitable à d'autres provinces ou territoires. • Il se peut que les décideurs aient des préoccupations au chapitre de la technique, des coûts, de la protection des renseignements personnels et de la responsabilité lorsqu'ils établissent un système de collecte de données détaillé. • Il se peut que les décideurs trouvent difficile d'obtenir une cohérence entre les provinces et les territoires en ce qui concerne la collecte des données et les preuves à l'appui qui fournissent le type d'information nécessaire à la prise de décisions dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs.	• Les décideurs pourraient manifester un intérêt divers pour la mortalité évitable, selon le cycle électoral dans leurs circonscriptions respectives. • Les décideurs pourraient rencontrer des difficultés lorsque les priorités (et les financements) changent, car de tels changements ont des répercussions sur les ressources et les mesures incitatives de diverses parties prenantes. • Il se peut que les décideurs trouvent difficile d'obtenir une cohérence entre les provinces et les territoires en ce qui concerne la nature des investissements requis. • Il se peut que les décideurs ne soient pas disposés ou ne s'intéressent pas à prendre des engagements financiers à long terme pour aborder les domaines prioritaires mis en lumière par l'indicateur de mortalité évitable.

La mise en œuvre des trois éléments d'une démarche potentielle de résolution du problème peut être influencée par la capacité des décideurs et des parties prenantes à saisir les fenêtres d'opportunité. Ces occasions pourraient faciliter (ou déclencher) l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable au Canada. Par exemple, plusieurs organisations et provinces/territoires canadiens ont une démarche de planification stratégique intégrée et ont établi des systèmes de mesure de la performance détaillés qui pourraient bénéficier de mesures regroupées telles que l'indicateur de mortalité évitable. L'indicateur de mortalité évitable pourrait donc être intégré à une série d'indicateurs au moment des révisions périodiques des systèmes de gestion et de mesure de la performance à l'échelle provinciale, territoriale, régionale et professionnelle. En outre, les

nouvelles négociations des accords financiers existants à l'échelle provinciale, régionale et professionnelle (par exemple, les exercices provinciaux annuels de détermination du budget, les nouvelles négociations périodiques des ententes de responsabilité avec les régies régionales de la santé et les négociations contractuelles périodiques avec les associations médicales) pourraient également constituer d'autres occasions de favoriser l'essor de l'utilisation de l'indicateur de mortalité évitable. De surcroît, il pourrait être possible de favoriser cet essor au cours des cycles de planification stratégique des organisations qui participent au financement, à la synthèse et au soutien de l'utilisation des données et des données probantes issues de la recherche. Enfin, les visites prévues des représentants d'autres pays, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, qui utilisent l'indicateur de mortalité évitable et qui ont des leçons à nous apprendre, pourraient être une autre occasion à saisir.

RÉFÉRENCES

1. Canadian Institute for Health Information. Health Indicators 2012. Ottawa, Canada: Canadian Institute for Health Information; 2012.
2. Weeks C. Avoidable deaths plummet - but not for those in low-income areas. The Globe and Mail 2012 May 24; Available from: <http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/avoidable-deaths-plummet---but-not-for-those-in-low-income-areas/article4209639/>
3. CBC News. Avoidable death rate falls sharply. CBC News 2012 May 24; Available from: <http://www.cbc.ca/news/health/story/2012/05/24/deaths-avoidable.html>
4. Mercier J. Décès évitables: deux régions, deux constats différents. Le Droit 2012 May 24; Available from: <http://www.lapresse.ca/le-droit/actualites/sante/201205/25/01-4528566-deces-evitables-deux-regions-deux-constats-differents.php>
5. Radio-Canada. Les décès évitables en baisse au Canada. Radio-Canada 2012 May 24; Available from: <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/sante/2012/05/24/001-rapport-icis-mortalite-evitable.shtml>
6. Alfonso SJ, Sanchis NB, Prado del Bano MJ, Sabater PA, Saiz SC, Cortina GP. Testing a new health indicator: Using avoidable causes of death and life expectancy for Spain between 1975-1986. European Journal of Epidemiology 1993;9(1):33-9.
7. Klazinga N, Fischer C, ten Asbroek A. Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe. Journal of Health Services Research and Policy 2011;16 Suppl 2:38-47.
8. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: Vol. 1 The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, USA: Health Administration Press; 1980.
9. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 2. The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor, USA: Health Administration Press; 1982.
10. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: Vol. 3 The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring-An Illustrated Analysis. Ann Arbor, USA: Health Administration Press; 1985.
11. Holland WW. The "avoidable death" guide to Europe. Health Policy 1986;6(2):115-7.
12. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. International Journal for Quality and Health Care 2001;13(6):475-80.
13. Westerling R. Trends in "avoidable" mortality in Sweden, 1974-85. Journal of Epidemiology and Community Health 1992;46(5):489-93.
14. Westerling R. Commentary: Evaluating avoidable mortality in developing countries - An important issue for public health. International Journal of Epidemiology 2001;30(5):973-5.
15. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, III, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: A clinical method. New England Journal of Medicine 1976;294(11):582-8.
16. Charlton JR, Hartley RM, Silver R, Holland WW. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. Lancet 1983;1(8326 Pt 1):691-6.
17. Nolte E, McKee CM. Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited. London, United Kingdom: Nuffield Trust; 2004.
18. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Fishman AP, Perrin EB, Zuidema GD. Measuring the quality of medical care: Second revision of tables of indexes. New England Journal of Medicine 1980;302(20):1146.
19. Adler GS. Measuring the quality of medical care. New England Journal of Medicine 1978;298(10):574.

20. Poikolainen K, Eskola J. The effect of health services on mortality: Decline in death rates from amenable and non-amenable causes in Finland, 1969-81. *Lancet* 1986;1(8474):199-202.
21. Poikolainen K, Eskola J. Health services resources and their relation to mortality from causes amenable to health care intervention: A cross-national study. *International Journal of Epidemiology* 1988;17(1):86-9.
22. Holland W. *European Community Atlas of 'Avoidable Death'*. 3 ed. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 1988.
23. Mackenbach JP, Looman CW, Kunst AE, Habbema JD, van der Maas PJ. Post-1950 mortality trends and medical care: Gains in life expectancy due to declines in mortality from conditions amenable to medical intervention in the Netherlands. *Social Science and Medicine* 1988;27(9):889-94.
24. McDermott W. Absence of indicators of the influence of its physicians on a society's health: Impact of physician care on society. *American Journal of Medicine* 1981;70(4):833-43.
25. Simonato L, Ballard T, Bellini P, Winkelmann R. Avoidable mortality in Europe 1955-1994: A plea for prevention. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1998;52(10):624-30.
26. Tobias M, Jackson G. Avoidable mortality in New Zealand, 1981-97. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2001;25(1):12-20.
27. Holland WW. Commentary: Should we not go further than descriptions of avoidable mortality? *International Journal of Epidemiology* 2003;32(3):447-8.
28. Charlton JR, Velez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *British Medical Journal* 1986;292(6516):295-301.
29. Kjellstrand CM, Kovithavongs C, Szabo E. On the success, cost and efficiency of modern medicine: An international comparison. *Journal of Internal Medicine* 1998;243(1):3-14.
30. Mackenbach JP, Bouvier-Colle MH, Jouglu E. "Avoidable" mortality and health services: A review of aggregate data studies. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1990;44(2):106-11.
31. Stevens G, Mathers C. Avoidable mortality - A tool for policy evaluation in developing countries? *European Journal of Public Health* 2010;20(3):241-2.
32. Heijink R, Koolman X, Westert GP. Spending more money, saving more lives? The relationship between avoidable mortality and healthcare spending in 14 countries. *European Journal of Health Economics* 2012.
33. Kossarova L, Holland W, Mossialos E. 'Avoidable' mortality: A measure of health system performance in the Czech Republic and Slovakia between 1971 and 2008. *Health Policy and Planning* 2012.
34. Pampalon R. Avoidable mortality in Quebec and its regions. *Social Science and Medicine* 1993;37(6):823-31.
35. James PD, Wilkins R, Detsky AS, Tugwell P, Manuel DG. Avoidable mortality by neighbourhood income in Canada: 25 years after the establishment of universal health insurance. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007;61(4):287-96.
36. Wood E, Sallar AM, Schechter MT, Hogg RS. Social inequalities in male mortality amenable to medical intervention in British Columbia. *Social Science and Medicine* 1999;48(12):1751-8.
37. James PD, Manuel DG, Mao Y. Avoidable mortality across Canada from 1975 to 1999. *BMC Public Health* 2006;6:137.
38. Mustard CA, Bielecky A, Etches J, Wilkins R, Tjepkema M, Amick BC et al. Avoidable mortality for causes amenable to medical care, by occupation in Canada, 1991-2001. *Canadian Journal of Public Health* 2010;101(6):500-6.

39. Manuel DG, Mao Y. Avoidable mortality in the United States and Canada, 1980-1996. *American Journal of Public Health* 2002;92(9):1481-4.
40. Canadian Institute for Health Information. Personal communication with CIHI staff on 6 March 2013. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum; 2013.
41. Statistics Canada. Canadian Vital Statistics (1979-2008). Ottawa, Canada: Statistics Canada; 2013.
42. Statistics Canada. Data tables, maps and fact sheets. Statistics Canada 2012; Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2012002/tbl-eng.htm>
43. Health Council of Canada. A Citizen's Guide to Health Indicators: A Reference Guide for Canadians. Toronto, Canada: Health Council of Canada; 2011.
44. Health Canada. Healthy Canadians - A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010. Ottawa, Canada: Health Canada; 2011.
45. Sun Country Health Region. Annual Report 2011-12. Weyburn, Canada: Sun Country Health Region; 2012.
46. Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: Longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2012.
47. Public Health Act, R.S.Q. c. S-2.2, c.60 a.54, Quebec's National Assembly, (2001).
48. Canadian Institute for Health Information. Developing a Model for Measuring the Efficiency of the Health System in Canada - Policy Review Summary. Ottawa, Canada: Canadian Institute for Health Information; 2012.
49. Lavis JN, Wilson M, Grignon M. Issue Brief: Measuring Health System Efficiency in Canada. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum; 2011.
50. Windish DM, Reed DA, Boonyasai RT, Chakraborti C, Bass EB. Methodological rigor of quality improvement curricula for physician trainees: A systematic review and recommendations for change. *Academic Medicine* 2009;84(12):1677-92.
51. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT et al. Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;(4):CD000409.
52. Giguère A, Legare F, Grimshaw J, Turcotte S, Fiander M, Grudniewicz A et al. Printed educational materials: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;10:CD004398.
53. Bal G, David S, Sellier E, Francois P. Value of morbidity and mortality review conferences for physician education and improvement of care quality and safety: A literature review. *Presse Médicale* 2010;39(2):161-8.
54. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *Journal of the American Medical Association* 1999;282(9):867-74.
55. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance: A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *Journal of the American Medical Association* 1995;274(9):700-5.
56. Scott I. What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care? *Internal Medicine Journal* 2009;39(6):389-400.

57. Beach MC, Gary TL, Price EG, Robinson K, Gozu A, Palacio A et al. Improving health care quality for racial/ethnic minorities: A systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. *BMC Public Health* 2006;6(104).
58. Lie DA, Lee-Rey E, Gomez A, Bereksnyi S, Braddock CH, III. Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *Journal of General Internal Medicine* 2011;26(3):317-25.
59. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: Effects on health services utilisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;(1):CD000389.
60. de Vos M, Graafmans W, Kooistra M, Meijboom B, Van D, V, Westert G. Using quality indicators to improve hospital care: A review of the literature. *International Journal of Quality in Health Care* 2009;21(2):119-29.
61. National Healthcare Agreement Review Working Group. National Healthcare Agreement Review Report. Canberra, Australia: Council of Australian Governments; 2012.
62. Ministry of Health. Annual Report for the Year Ended 30 June 2011: Including the Director-General of Health's Annual Report on the State of Public Health. Wellington, New Zealand: Ministry of Health; 2011.
63. Ministry of Health. An Indication of New Zealanders' Health 2007. Wellington, New Zealand: Minister of Health; 2007.
64. Ministry of Health. Saving Lives: Amenable Mortality in New Zealand, 1996-2006. Wellington, New Zealand: Ministry of Health; 2010.
65. Department of Health. The NHS Outcomes Framework 2012/13: At a Glance. London, United Kingdom: Department of Health; 2011.
66. Murthy L, Shepperd S, Clarke MJ, Garner SE, Lavis JN, Perrier L et al. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;9:CD009401.
67. Innvaer S, Vist GE, Trommald M, Oxman AD. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: A systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy* 2002;7(4):239-44.
68. Lavis JN, Hammill AC, Gildiner A, McDonagh RJ, Wilson MG, Ross SE et al. A Systematic Review of the Factors that Influence the Use of Research Evidence by Public Policymakers. Final report submitted to the Canadian Population Health Initiative. 2005.
69. Lavis JN, Davies HTO, Oxman AD, Denis J-L, Golden-Biddle K, Ferlie E. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy* 2005;10(Supplement 1):S1:35-S1:48.
70. Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D, O'Flaherty M, Capewell S. The use of research evidence in public health decision making processes: Systematic review. *PLoS ONE* 2011;6(7):e21704-DOI:10.1371/journal.pone.0021704.
71. Wallace J, Nwosu B, Clarke M. Barriers to the uptake of evidence from systematic reviews and meta-analyses: A systematic review of decision makers' perceptions. *BMJ Open* 2012;2(5).
72. Chambers D, Wilson PM, Thompson CA, Hanbury A, Farley K, Light K. Maximizing the impact of systematic reviews in health care decision making: A systematic scoping review of knowledge-translation resources. *Milbank Quarterly* 2011;89(1):131-56.
73. Fontaine P, Ross SE, Zink T, Schilling LM. Systematic review of health information exchange in primary care practices. *Journal of the American Board of Family Medicine* 2010;23(5):655-70.
74. Bunn F, Sworn K. Strategies to promote the impact of systematic reviews on healthcare policy: A systematic review of the literature. *Evidence & Policy* 2011;7(4):403-28.

75. Moore G, Redman S, Haines M, Todd A. What works to increase the use of research in population health policy and programmes: A review. *Evidence & Policy* 2011;7(3):277-305.
76. Perrier L, Mrklas K, Lavis J, Straus S. Interventions encouraging the use of systematic reviews by health policymakers and managers: A systematic review. *Implementation Science* 2011;6(1):43.
77. Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB, Wayne Perry B. Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature. *Milbank Quarterly* 2007;85(4):729-68.
78. Klassen A, Miller A, Anderson N, Shen J, Schiariti V, O'Donnell M. Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: A systematic review. *International Journal of Quality in Health Care* 2010;22(1):44-69.
79. Department of Health. Developing the NHS Commissioning Board. London, United Kingdom: Department of Health; 2011.
80. Totten A, Wagner J, Tiwari A, O'Haire C, Griffin J, Walker M. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science - Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Rockville, USA: Oregon Evidence-based Practice Center, Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012.
81. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine* 2008;148(2):111-23.
82. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: What do we expect to gain? A review of the evidence. *Journal of the American Medical Association* 2000;283(14):1866-74.
83. Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public reporting in health care: How do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Medical Care* 2009;47(1):1-8.
84. Ketelaar NA, Faber MJ, Flottorp S, Rygh LH, Deane KH, Eccles MP. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;(11):CD004538.
85. Chien AT, Chin MH, Davis AM, Casalino LP. Pay for performance, public reporting, and racial disparities in health care: How are programs being designed? *Medical Care Research and Review* 2007;64(5 Suppl):283S-304S.
86. Wallace J, Teare GF, Verrall T, Chan BTB. Public Reporting on the Quality of Healthcare: Emerging Evidence on Promising Practices for Effective Reporting. Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation; 2007.
87. Lemstra M, Neudorf C, Beaudin G. Health disparity knowledge and support for intervention in Saskatoon. *Canadian Journal of Public Health* 2007;98(6):484-8.

ANNEXES

Les tableaux qui suivent fournissent des renseignements détaillés sur les revues systématiques identifiées pour chaque élément. Chaque rang de tableau correspond à une revue systématique en particulier, et les revues sont organisées par composantes de chaque élément (première colonne). L'intérêt de chaque revue est décrit dans la deuxième colonne. Les principaux résultats de la revue se rapportant à l'élément sont inscrits dans la troisième colonne, tandis que la quatrième colonne donne l'année à laquelle la dernière recherche documentaire a été effectuée dans le cadre de la revue.

La cinquième colonne présente une note sur la qualité globale de la revue. La qualité de chaque revue a été évaluée à l'aide de l'outil AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess Reviews), qui note la qualité globale sur une échelle de 0 à 11, une note de 11/11 représentant une revue de la plus haute qualité. Il est important de noter que l'outil AMSTAR a été élaboré pour évaluer les revues mettant l'accent sur des interventions cliniques. Ce ne sont donc pas tous les critères qui s'appliquent aux revues systématiques en ce qui a trait aux arrangements de gouvernance, aux arrangements financiers et aux arrangements relatifs à la prestation de services au sein des systèmes de santé ou aux interventions menées dans la population. Dans les cas où le dénominateur n'est pas 11, il a été établi par les évaluateurs qu'un aspect de l'outil n'était pas pertinent. Au moment de comparer les notes, il est donc important de tenir compte des deux variables de la note (soit le numérateur et le dénominateur). Par exemple, une revue qui obtient une note de 8/8 est habituellement d'une qualité comparable à une revue obtenant une note de 11/11; dans les deux cas, il s'agit de « notes élevées ». Une note élevée signifie que les personnes qui lisent la revue peuvent faire très confiance aux résultats de celle-ci. D'autre part, une note faible ne signifie pas que la revue devrait être rejetée, mais simplement que l'on fait moins confiance à ses résultats et que la revue doit être analysée de près afin de trouver ses limites (Lewin, S., A.D. Oxman, J.N. Lavis et A. Fretheim. *SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP): 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review. Health Research Policy and Systems*; 7 (Suppl1):S8. 2009).

Les trois dernières colonnes transmettent de l'information sur l'utilité de chaque revue au niveau de son applicabilité locale, de son applicabilité relativement aux groupes prioritaires et de son applicabilité face à l'enjeu. La troisième colonne à partir de la droite indique la proportion des études qui ont été menées au Canada, tandis que l'avant-dernière colonne donne la proportion des études incluses dans la revue traitant explicitement de l'un des groupes prioritaires. La dernière colonne signale l'applicabilité de la revue quant à la proportion des études qui étaient axées sur le surpoids et l'obésité.

Tous les renseignements fournis dans les tableaux des Annexes ont été pris en compte par les auteurs de la présente synthèse au moment de réunir les données des Tableaux 5-7 dans le corps de la synthèse.

Annexe 1 : Revues systématiques se rapportant à l'élément 1 – Renforcer le dialogue sur l'indicateur de mortalité évitable et ses utilisations potentielles

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
Eduquer les décideurs et les cadres du système de santé au sujet de l'indicateur de mortalité évitable, de la nécessité d'une collecte de données permanente/élargie, des utilisations potentielles de l'indicateur et de ses implications au chapitre de la responsabilisation à l'échelle de la population	Aucune recensée						
Éduquer les professionnels de la santé au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et du rôle de point central de responsabilisation à l'échelle de la population qu'il pourrait jouer	Examen de l'efficacité de la formation au savoir-faire culturel chez les professionnels de la santé afin d'améliorer les résultats pour les patients(58)	La revue relève des données probantes limitées indiquant une relation positive entre la formation au savoir-faire culturel et l'amélioration des résultats pour les patients. Aucune des données probantes issues de la recherche relevées n'est jugée comme étant de qualité élevée.	2010	8/10 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	Pas détaillée	5/7	0/7

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
	Examen de l'efficacité de différentes stratégies d'amélioration de la qualité visant à optimiser les soins de santé(56)	Les stratégies d'amélioration de la qualité axées sur les cliniciens et les patients sont plus efficaces que celles qui sont axées sur les cadres et les décideurs. Les stratégies les plus efficaces comprennent les vérifications et les cycles de rétroaction dirigés par les cliniciens, les systèmes de soutien aux décisions cliniques, les programmes de visites de spécialistes à domicile, les programmes de gestion des maladies chroniques, le perfectionnement professionnel basé sur les discussions interactives en petits groupes et les rappels cliniques lancés par les patients. L'enseignement structuré en médecine axée sur les données probantes, intégrée à l'encadrement clinique, peut modestement améliorer les connaissances, les compétences, les attitudes et les comportements des cliniciens par rapport à la formation médicale traditionnelle. Les ateliers d'études de cas en petits groupes permettent d'apporter des changements assez importants dans la pratique professionnelle par rapport au changement presque absent constaté en lien avec les méthodes d'enseignement didactiques.	2008	2/11 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	12/97	0/97	0/97

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
	Examen de l'efficacité des stratégies de mise en œuvre des indicateurs de la qualité visant à améliorer la qualité des soins hospitaliers(60)	Les interventions efficaces de mise en œuvre des indicateurs de la qualité semblent utiliser les vérifications et la rétroaction alliées à d'autres stratégies de mise en œuvre, telles que les aspects de l'éducation des cliniciens et un plan global d'amélioration de la qualité. Les études qui ne font pas usage des rapports de rétroaction ou qui en ont fait usage en exclusivité étaient moins efficaces. Les obstacles à la mise en œuvre signalés sont le manque de leadership et le manque de ressources.	2008	3/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	1/21	0/21	0/21
	Étude de la rigueur méthodologique des programmes d'études sur l'amélioration de la qualité destinés aux médecins stagiaires(50)	De nombreux programmes d'études sur l'amélioration de la qualité destinés aux médecins stagiaires abordent les objectifs éducatifs de l'amélioration de la qualité de façon inadéquate et sont associés à des recherches de qualité relativement faible.	2008	7/11 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	0/18	0/18	0/18
	Examen de l'efficacité de l'éducation médicale continue officielle (par exemple, conférences, ateliers, tournées d'enseignement et autres activités traditionnelles de formation continue) pour le comportement des médecins ou les résultats pour la santé(54)	Certaines données probantes indiquent que les séances interactives d'éducation médicale continue qui renforcent les activités des participants et donnent l'occasion de mettre en pratique des compétences peuvent apporter des changements dans la pratique clinique et, certaines fois, dans les résultats pour la santé.	1999	5/11 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	3/14	0/14	0/14

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
		Les séances didactiques ne semblent pas parvenir de façon efficace à modifier la performance des médecins.					
	Examen de l'efficacité des stratégies d'éducation médicale continue à changer la performance des médecins(55)	Les stratégies de changement efficaces comprennent les rappels, les interventions lancées par les patients, les visites à domicile, les guides d'opinion et les activités à volets multiples. Les vérifications avec rétroaction et documents éducatifs sont moins efficaces, et les conférences ou les activités structurées d'éducation médicale continue sans stratégies d'habilitation ou de renforcement des pratiques ont une incidence relativement faible. Les méthodes plus efficaces, telles que les interventions systématiques basées sur la pratique et les visites à domicile, ne sont que rarement utilisées par les fournisseurs de l'éducation médicale continue.	1994	2/10 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	Pas détaillée	0/99	0/99
	Examen de la valeur des conférences d'examen de la morbidité et de la mortalité pour l'éducation des médecins et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins(53)	Les conférences sur la morbidité et la mortalité dans cette étude indiquent une bonne participation des médecins et une grande diversité dans les types d'organisation des séances. L'efficacité des conférences sur la morbidité et la mortalité ne fait l'objet d'aucun rapport.	2008	Pas encore disponible	Pas détaillée	0/17	0/17

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
	Examen de l'efficacité de différents types de documents éducatifs (par exemple, manuels, bulletins, lignes directrices, guides de référence, bulletins d'information, protocoles d'accord), des publics auxquels les renseignements sont diffusés (par exemple, les publics ciblés ou le public général), du format (par exemple, en couleurs ou en noir et blanc) et de la fréquence de diffusion(52)	Lorsqu'ils sont utilisés seuls, et par rapport à l'absence de toute autre intervention, les documents éducatifs imprimés peuvent avoir un faible avantage pour les résultats de la pratique professionnelle. Les données probantes permettant d'estimer l'effet des documents imprimés sur les résultats pour les patients ou leurs effets par rapport à d'autres interventions éducatives sont limitées.	2011	10/11 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	12/45	0/45	0/45
	Examen de l'efficacité des interventions visant à améliorer la qualité des soins de santé pour les minorités raciales ou ethniques(57)	Des résultats positifs figurent dans les études qui utilisent un système de rappel aux prestataires concernant la prestation de services normalisés (principalement préventifs, ainsi que les stratégies d'amélioration de la qualité qui contournent le médecin et offrent des services de prévention directement aux patients), une éducation des prestataires seulement, un questionnaire structuré (pour évaluer les comportements sanitaires des adolescents) et la traduction simultanée à distance. L'efficacité et l'ampleur de l'effet de ces interventions visant à améliorer la qualité pour les minorités raciales et ethniques doivent faire l'objet de recherches plus poussées.	2003	7/11 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	0/27	27/27	0/27

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
	Examen de l'efficacité des visites éducatives sur le terrain sur la pratique professionnelle et les résultats pour la santé(51)	Les interventions à volets multiples qui comprennent le travail éducatif de proximité et la distribution de documents éducatifs ou d'autres interventions par rapport à un groupe témoin, par comparaison à la vérification et à la rétroaction et aux documents éducatifs, se sont toutes révélées être généralement efficaces dans le domaine de l'amélioration des soins appropriés. Les interventions éducatives de proximité utilisées seules par rapport à un groupe témoin, par comparaison avec les documents éducatifs, se sont révélées généralement efficaces. Les données probantes ne suffisent pas à comparer les activités à volets multiples aux séances d'éducation, les visites éducatives de proximité à la continuité des soins et les activités à volets multiples aux rappels.	2007	8/11 (cote AMSTAR de www.rxforchange.ca)	1/69	0/69	0/69
Éduquer les décideurs, les cadres et les professionnels des autres secteurs au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et du rôle de point central de responsabilisation à l'échelle de la population qu'il pourrait jouer	Aucun examen recensé						

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
Éduquer le public au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et du rôle de point central de responsabilisation à l'échelle de la population qu'il pourrait jouer	Examen des effets des médias de masse sur l'utilisation des services de santé(59)	Une revue de haute qualité, mais pas récente, constate que toutes les études (qui étaient de qualité variable), sauf une, concluent que les campagnes médiatiques de masse planifiées et non planifiées pourraient avoir une influence positive sur l'utilisation des services de santé.	1999	10/11 (cote AMSTAR de www.rxforschange.ca)	1/20	0/20	0/20

Annexe 2 : Revues systématiques se rapportant à l'élément 2 – Appuyer une prise de décisions éclairées au sujet des programmes de prévention et de traitement

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
Établissement d'une trousse d'outils et de ressources qui placent l'indicateur de mortalité évitable dans le contexte d'une série d'indicateurs qui traitent de la mortalité et de la morbidité, sont particulièrement pertinents à différents niveaux du système, varient à différents rythmes, fournissent différents genres de perspectives au sujet des causes potentielles des variations et reflètent ces variations de différente manière (par exemple, indicateurs retardés ou précurseurs)	Aucune revue recensée						
Investissement dans les systèmes de données qui fournissent le genre d'information nécessaire à la prise de décisions (par exemple, données décomposées par groupes clés), règlent les désaccords méthodologiques au sujet de l'indicateur de mortalité évitable et incorporent l'indicateur dans les systèmes de mesure de la performance existants	Aucune revue recensée						

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
Financement, synthèse, diffusion et soutien de la mise en œuvre des données probantes issues de la recherche au sujet des initiatives de prévention et de traitement qui auraient la plus grande incidence sur l'indicateur de mortalité évitable	Examen de l'effet des produits d'information conçus pour appuyer l'adoption des données probantes des examens systématiques par les cadres et les décideurs du système de santé et par les professionnels de la santé(66)	L'envoi massif d'un bulletin imprimé qui résume les données probantes issues des revues systématiques pourrait améliorer la pratique fondée sur les données probantes lorsque le message est simple et clair, le changement est relativement facile à apporter et les utilisateurs des données probantes deviennent de plus en plus conscients que la pratique doit être modifiée. Si l'intention est la sensibilisation et l'acquisition de connaissances concernant les données probantes issues des examens systématiques, ainsi que les compétences nécessaires pour mettre ces données probantes en œuvre, une intervention à volets multiples qui permet d'atteindre chacun de ces objectifs pourrait être requise. Cependant, les données probantes à l'appui de cette démarche sont insuffisantes	2011	9/10 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	1/8	0/8	0/8
	Étude des obstacles à l'adoption des données probantes issues des examens systématiques et des méta-analyses du point de vue des décideurs(71)	Cette revue systématique révèle que les stratégies permettant d'améliorer l'adoption des données probantes issues des revues et des méta-analyses doivent surmonter des obstacles très divers. La revue décrit les raisons pour lesquelles les utilisateurs des connaissances, en particulier les médecins, ne font pas appel aux revues	2010	7/10 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	5/27	0/27	0/27

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
		systématiques, telles que le manque d'utilisation, l'ignorance, le manque d'accès, le manque de connaissances, le manque d'utilité, le manque de motivation et les obstacles externes.					
	Étude des ressources et des outils d'application des connaissances visant à maximiser l'incidence des examens systématiques sur la prise de décisions en matière de soins de santé(72)	Cette revue systématique répertorie les ressources d'application des connaissances qui traitent des obstacles à l'utilisation des revues systématiques par les décideurs. Ces obstacles peuvent être surmontés par des ressources qui adaptent et présentent les constats dans des formats qui correspondent directement à leurs besoins. Les ressources d'application des connaissances, y compris les sommaires, les aperçus et les synthèses pour politique, ont renforcé la valeur des revues systématiques. Pour ce faire, elles évaluent par exemple la qualité de la méthodologie, la fiabilité des conclusions ou la possibilité de généraliser dans des milieux particuliers. Des évaluations plus poussées de ces ressources doivent être effectuées afin de s'assurer que les besoins des utilisateurs sont satisfaits, de justifier leur financement et de démontrer leur incidence.	2009	5/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	5/20	0/20	0/20

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
	Interventions qui encouragent l'utilisation des revues systématiques par les décideurs et les cadres en santé(76)	Les données probantes ne suffisent pas pour tirer des conclusions concernant l'efficacité des interventions qui encouragent les décideurs et les cadres en santé à utiliser les revues systématiques dans leur prise de décisions.	2010	9/10 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	3/3	0/3	0/3
	Déterminer et évaluer les stratégies potentielles permettant d'augmenter l'incidence des revues systématiques sur les politiques(74)	Les catalyseurs de l'utilisation des revues systématiques comprennent la sollicitation de la participation des décideurs au processus d'examen, le fait de rendre les revues pertinentes dans les milieux et contextes locaux, la collaboration entre les chercheurs et les décideurs et la diffusion des résultats des revues systématiques dans des formats conviviaux	2011	5/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	7/13	0/13	0/13
	Augmentation de l'utilisation de la recherche dans les programmes et les politiques liés à la santé de la population(75)	Il existe peu de données probantes qui déterminent quelles stratégies augmentent l'utilisation des données probantes dans les politiques et les programmes relatifs à la santé de la population. Quelques données probantes laissent entendre que la personnalisation des messages ciblés, alliée à l'accès aux registres des données probantes issues de la recherche, pourraient augmenter l'utilisation de ces dernières dans l'élaboration des politiques.	2011	3/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	Pas détaillée	0	0

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
		Aucune des études comprises ne fournit de données probantes selon lesquelles les rapports entre les chercheurs et les décideurs ont une incidence sur l'utilisation des données probantes issues de la recherche. La formation dans le domaine de l'évaluation de la recherche et de son utilisation semble augmenter les compétences des participants en matière d'évaluation critique et peut-être leurs perceptions à l'égard de la valeur de la recherche (mais pas son utilisation). Une étude évalue l'incidence de l'utilisation de courtiers du savoir, mais ne relève aucune donnée probante à l'appui de leur efficacité.					
	Utilisation des données probantes issues de la recherche dans le processus de prise de décisions en matière de santé publique(70)	Les obstacles à l'utilisation des données probantes comprennent : les perceptions des décideurs au sujet des données probantes issues de la recherche; le fossé entre les chercheurs et les décideurs; la culture de la prise de décisions; les influences concurrentielles sur la prise de décisions; les restrictions d'ordre pratique. Des mécanismes permettant de surmonter les obstacles à	2010	7/10 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	7/18	0/18	0/18

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
		L'utilisation de la recherche sont suggérés dans de nombreuses études, mais n'ont pour la plupart pas été testés. Ils comprennent la recherche qui cible les besoins des décideurs, la recherche qui souligne clairement les messages clés et le renforcement des capacités. Des données probantes minimales sur le rôle des données probantes issues de la recherche dans la prise de décisions visant à réduire les inégalités sont relevées.					
	Déterminer les facteurs qui influent sur l'utilisation des données probantes issues de la recherche dans les moyens d'améliorer l'utilité des revues systématiques pour les cadres et les décideurs en santé (68;69)	Les rapports entre les chercheurs et les décideurs en santé ainsi que le moment choisi et l'opportunité semblent augmenter les chances de l'utilisation de la recherche parmi les décideurs. Les entrevues avec les gestionnaires et les décideurs en santé laissent entendre qu'il leur serait avantageux que les renseignements soient soulignés (par exemple, les facteurs contextuels qui influent sur l'applicabilité locale d'une revue et les renseignements concernant les avantages, les dangers ou les risques, et les coûts des interventions) et qu'on leur présente les revues dans un format qui permet de	2008	Aucun outil d'évaluation disponible pour ce type de document	Pas détaillée	0/17	0/17

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
		les parcourir rapidement pour en déterminer la pertinence, puis d'entrer progressivement dans les détails (par exemple, une page de messages à retenir, un sommaire de trois pages et un rapport de 25 pages). Les avis des gestionnaires et des décideurs sont partagés quant à l'utilité des recommandations. Une analyse des sites Web permet de constater que les facteurs contextuels sont rarement soulignés, des recommandations sont souvent fournies et les formats de lecture progressive sont rarement utilisés.					
	Résumer les données probantes provenant d'études reposant sur des entrevues concernant les catalyseurs et les obstacles à l'utilisation des données probantes issues de la recherche par les décideurs en santé(67)	Les catalyseurs de l'utilisation de la recherche les plus fréquemment signalés sont le contact personnel, la pertinence opportune et l'inclusion de sommaires accompagnés de recommandations en matière de politiques. Les obstacles les plus fréquemment signalés sont l'absence de contact personnel, le manque d'opportunité ou de pertinence de la recherche, la méfiance mutuelle, les conflits de pouvoir et les conflits liés au budget.	2000	Aucun outil d'évaluation disponible pour ce type de document	3/24	0/24	0/24

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
	Examen et synthèse de l'ensemble de données probantes en vue de l'application et de l'échange des connaissances ⁽⁷⁷⁾	La revue a trouvé que l'ensemble des données probantes est insuffisant pour une application et un échange des connaissances axés sur les données probantes dans le cadre de la prise de décisions en matière de politique de santé.	2005	Aucun outil d'évaluation disponible pour ce type de document	8/18 (études sur la mise en œuvre)	0/18	0/18

Annexe 3 : Revues systématiques se rapportant à l'élément 3 – Promouvoir les mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement et traitent de conditions ou d'inégalités particulières

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
Réorientation des systèmes de gestion de la performance existants de sorte qu'ils mettent l'accent, au moins en partie, sur l'indicateur de mortalité évitable et sur le déséquilibre entre la prévention et le traitement (et les mesures intersectorielles qui s'y rapportent), les conditions et les inégalités que cet indicateur met en lumière	Examen des cadres de mesure et d'amélioration de la performance au sein de divers secteurs (à savoir le système de santé, le système d'éducation et le système de services sociaux) et entre eux.(78)	Cette revue effectue une recherche sur les cadres de mesure et d'amélioration de la performance au sein des systèmes de santé, d'éducation et de services sociaux et entre ces systèmes. Le résultat attendu est la création d'une base de données probantes visant à orienter l'élaboration des cadres d'amélioration de la qualité intersectoriels. Sur les 111 cadres répertoriés, la plupart (n = 97) sont établis dans le secteur de la santé ou pour ce dernier. Un exercice de tri des concepts permet de reconnaître 16 concepts de qualité applicables dans de nombreux milieux, secteurs et niveaux de mise en pratique.	2007	6/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	Pas détaillée	0/111	0/111

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
Réorientation des évaluations de l'incidence existantes (notamment dans les secteurs où la santé est un objectif explicite et les secteurs où la santé est une conséquence potentielle, mais pas un objectif) de sorte qu'ils mettent l'accent, au moins en partie, sur l'indicateur de mortalité évitable et sur le déséquilibre entre la prévention et le traitement (et les mesures intersectorielles qui s'y rapportent), les conditions et les inégalités que cet indicateur met en lumière	Aucune revue recensée						
Production de rapports publics sur les mesures qui accordent la priorité aux investissements dans la prévention plutôt que dans le traitement (et les mesures intersectorielles qui s'y rapportent) et traitent de conditions ou d'inégalités particulières	Examen de l'efficacité de la diffusion des données de performance auprès du grand public à modifier le comportement des consommateurs, des professionnels ou des organisations du milieu des soins de santé(84)	Les données probantes limitées disponibles ne fournissent aucune donnée probante cohérente selon laquelle la diffusion des données de performance auprès du grand public modifie les comportements des consommateurs ou améliore les soins. On manque de données probantes sur l'incidence potentielle de la diffusion des données de performance auprès du grand public sur le comportement des organisations ou des professionnels des soins de santé.	2011	8/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	1/4	1/4	0/4

McMaster Health Forum

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
	Examen de l'efficacité de la production de rapports destinés au public concernant les renseignements relatifs à la qualité des soins de santé à titre de stratégie d'amélioration de la qualité(80)	Il est plus probable que la production de rapports destinés au public soit associée à des modifications du comportement chez les prestataires de soins de santé qu'à des modifications du choix des prestataires de soins de santé par les patients ou leurs familles. Au fil du temps, les mesures de la qualité qui font l'objet de rapports publics s'améliorent. Bien que les dangers potentiels soient fréquemment cités par les détracteurs de la production de rapports destinés au public, le volume des recherches menées sur les dangers est minime, et la plupart des études ne confirment pas les dangers potentiels. En fait, la revue produit des constats qui manquent de cohérence au sujet des dangers ou des effets négatifs non voulus liés aux renseignements sur la qualité des soins de santé publiés à l'intention du grand public (par exemple, la sélection de patients qui présentent moins de risques de résultats négatifs ou qui devraient obtenir de bons résultats, ou d'autres comportements des prestataires visant à modifier les évaluations en manipulant leurs populations de patients). Cependant, certaines études portant sur les	2011	10/11 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	7/198	4/198	0/198

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
		soins de longue durée révèlent que la production de rapports destinés au public peut créer des mesures incitatives qui mènent à des comportements négatifs non voulus de la part des prestataires.					
	Examen de l'efficacité de la publication des données sur la performance des soins prodigués aux patients à améliorer la qualité des soins(81)	Les données probantes sont limitées, en particulier celles qui concernent les prestataires et les cabinets particuliers. On ne dispose pas d'une évaluation rigoureuse de nombreux principaux systèmes de production de rapports destinés au public. Les données probantes laissent entendre que la diffusion des données de performance auprès du grand public stimule les activités visant à améliorer la qualité à l'échelle des hôpitaux. L'effet de la production de rapports destinés au public sur la sécurité, les résultats pour la santé et les régimes de soins axés sur les patients reste incertain.	2006	5/11 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	0/45	0/45	0/45
	Étude de la manière dont les consommateurs utilisent les renseignements sur la qualité des soins diffusés auprès du grand public(83)	Quatorze études comprises examinent les renseignements sur la qualité, en général des « Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems » (évaluation des prestataires et des systèmes de	2008	4/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	0/14	4/14	0/14

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
		soins de santé par les consommateurs), du point de vue de leur incidence sur le choix du régime d'assurance maladie par les consommateurs. Des formats de présentation et des messages explicatifs faciles à lire améliorent les connaissances et l'attitude au sujet de l'utilisation des renseignements sur la qualité; cependant, le poids donné aux renseignements sur la qualité dépend d'autres caractéristiques. Ces dernières comprennent le libre choix des prestataires et les coûts. Dans les contextes réels, la consultation des renseignements sur la qualité détermine fortement le choix de régimes d'assurance maladie dont la qualité évaluée est plus élevée.					
	Examen des effets de la rémunération au rendement et de la production de rapports destinés au public sur les inégalités raciales présentes dans les soins de santé(85)	Dans cette revue, seule une étude empirique fournit des données sur la façon dont les programmes de rémunération au rendement et de production de rapports destinés au public peuvent avoir un effet neutre, un effet de réduction ou un effet d'élargissement des inégalités raciales dans le domaine des soins de santé. Un important programme de production de rapports destinés au public augmente les inégalités en ce qui concerne les	2006	4/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	0/1	1/1	0/1

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
		taux de pontage coronarien. Des entretiens avec les dirigeants de quinze grands programmes d'incitation au rendement aux États-Unis indiquent que les programmes actuels ne sont pas conçus pour réduire les inégalités et manquent souvent des caractéristiques qui pourraient être importantes à cet effet.					
	Examen de l'efficacité des pratiques de production de rapports destinés au public sur la qualité des soins de santé(86)	Les résultats laissent entendre que, pour qu'un programme de production de rapports destinés au public soit efficace, il doit aborder plusieurs aspects, tels que les objectifs, le public, le contenu, les produits, la distribution et les répercussions (voulues et non voulues).	Pas indiquée	2/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	Pas détaillée	0	0
	Étude des données probantes concernant la diffusion des données de performance auprès du grand public(82)	Sept systèmes américains de production de rapports concernant la performance des hôpitaux, des professionnels de la santé et des organisations de soins de santé font l'objet d'évaluations empiriques publiées. Les méthodes d'observation et de description sont prédominantes. Les consommateurs ne recherchent que rarement les renseignements, et ne les comprennent pas, ou s'en méfient. Ces renseignements ont également une incidence faible, mais croissante, sur les décisions prises par les	1999	3/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-Making)	0/7	0/7	0/7

Élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux résultats	Année de la dernière recherche	Notes (qualité) selon l'outil AMSTAR	Proportion des études qui ont été menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur la mortalité évitable
		consommateurs. Les médecins sont sceptiques au sujet de telles données; seule une petite fraction d'entre eux en font usage, alors que les hôpitaux semblent répondre le mieux aux données. Dans quelques études, la publication des données de performance est associée à une amélioration des résultats pour la santé.					