

COMPRENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ POUR MIEUX LE GÉRER

RAYNALD PINEAULT

**COMPRENDRE LE SYSTÈME DE
SANTÉ POUR MIEUX LE GÉRER**

Les Presses de l'Université de Montréal

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Pineault, Raynald

Comprendre le système de santé pour mieux le gérer

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7606-3126-7

1. Santé, Services de - Administration. 2. Santé, Services de - Administration - Problèmes et exercices. I. Titre. II. Collection: PUM-Corpus.

RA971.P56 2012 362.1068 C2012-941629-0

ISBN (papier): 978-2-7606-3126-7

ISBN (epub): 978-2-7606-3127-4

ISBN (pdf): 978-2-7606-3128-1

Dépôt légal : 3^e trimestre 2012

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2012

Les Presses de l'Université de Montréal reconnaissent l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada pour leurs activités d'édition.

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le Conseil des arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

IMPRIMÉ AU CANADA EN SEPTEMBRE 2012

Avant-propos

Ce livre représente le fruit de plusieurs années d'enseignement à l'Université de Montréal, mais il s'inspire des enseignements du professeur Avedis Donabedian, qui a été mon mentor et qui est demeuré pour moi une source d'émulation durant toute ma carrière professionnelle. Pour la présentation, j'ai adopté une approche susceptible de favoriser l'auto-apprentissage : les trois objectifs généraux énoncés au début de l'ouvrage sont suivis de vingt-sept objectifs spécifiques, répartis entre les cinq chapitres du livre. On trouvera à la fin de l'ouvrage une fiche comprenant les objectifs spécifiques et une échelle permettant d'évaluer dans quelle mesure chacun d'eux a été atteint.

Les matières présentées ont été limitées à l'essentiel et ne constituent pas une revue exhaustive de la littérature sur les sujets abordés, mais plutôt une synthèse des connaissances actuelles. Tout en faisant appel à des concepts propres à des disciplines comme le management, l'épidémiologie, l'économie, la biostatistique et les sciences sociales, la compréhension du texte n'exige pas une connaissance approfondie de ces disciplines. Le livre comporte suffisamment de références bibliographiques pour que le lecteur qui veut approfondir ses connaissances sur un sujet donné puisse le faire.

On ne s'étonnera pas que le chapitre 3 soit plus imposant que les autres. La gestion des ressources est le souci quotidien du gestionnaire, et sa tâche première. C'est pourquoi je leur ai réservé une place importante, tout en les intégrant dans le cadre d'ensemble du livre. Ce chapitre pourrait donc facilement faire l'objet de quatre cours : le premier sur les ressources, leur définition et leur répartition ; le deuxième sur l'accessibilité ;

le troisième sur l'emploi d'une ressource et le quatrième sur la productivité.

Utilisé dans un cours, l'ouvrage pourra être complété par des lectures et par des exemples et des données appropriées au contexte. Au Canada, de nombreuses publications de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) constituent d'excellents compléments. Ce genre d'organisme se retrouve dans la plupart des pays et constitue une source très riche d'informations contextualisées sur les systèmes de santé ailleurs sur le globe. En outre, des documents publiés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ou par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) contiennent des statistiques sociosanitaires qui se prêtent à des comparaisons entre les pays. Je n'ai donc pas jugé bon d'inonder le livre de données empiriques et d'exemples qui se démodent rapidement et qui sont mal adaptés à des contextes particuliers.

Le lecteur trouvera à la fin de chaque chapitre des exercices qui lui permettront d'évaluer s'il a atteint les objectifs d'apprentissage et de vérifier les connaissances acquises. À mesure que l'on avance dans le livre, les exercices intègrent de plus en plus d'éléments des chapitres précédents à ceux du chapitre auquel ils se rattachent.

Les corrigés des exercices sont regroupés à la fin du livre. Il faut toujours garder à l'esprit que les réponses suggérées mènent plus souvent à des discussions qu'à des conclusions fermes. Dans ce sens, les exercices diffèrent de ceux que l'on retrouve dans des manuels de biostatistique ou d'épidémiologie. Le but de ces exercices, en recourant à des situations concrètes mais inévitablement incomplètes, est d'amener le lecteur à faire des liens entre des éléments complexes, mais simplifiés, pour se centrer sur l'analyse. J'espère que ces exercices forcément condensés aideront les lecteurs à développer une certaine habileté à analyser les problèmes bien réels et plus complexes qu'ils rencontreront dans leur profession.

Remerciements

Pour la préparation de ce livre, j'ai bénéficié de l'apport et du soutien de plusieurs personnes, agences et institutions. Laurent Pineault a contribué à la recherche bibliographique et à la toute première version du manuscrit. Isabelle Rioux et Mireille Paradis se sont chargées du texte et de la présentation visuelle. Mes collègues Odette Lemoine et Marjolaine Hamel

m'ont fait des commentaires et des suggestions qui ont enrichi l'ouvrage dès les premières versions. Je remercie tout particulièrement la D^{re} Gisèle Borgès Da Silva, dont la lecture méticuleuse et les commentaires judicieux ont grandement amélioré la version finale de l'ouvrage. Mon collègue Michel Fournier a apporté une contribution spécifique à l'ouvrage, en y incorporant un « utilitaire » statistique pour calculer les besoins en ressources.

Mes remerciements vont de façon générale à tous mes collègues du Département de médecine sociale et préventive, du Département d'administration de la santé et du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, qui, par leurs échanges et leurs commentaires, ont grandement enrichi mes réflexions. Je remercie tout particulièrement mon collègue et ami André-Pierre Contandriopoulos avec qui j'ai partagé, pendant quelques années, la responsabilité d'un cours conjoint sur l'organisation des services de santé. Nul doute que certaines de ses idées sont amalgamées aux miennes dans ce livre. En particulier, certains tableaux et figures ainsi que des exercices portent sans doute sa marque. Nous avons en commun de nourrir une grande admiration pour Avedis Donabedian, qui a inspiré plusieurs de nos travaux.

Je veux aussi mentionner l'appui de l'Université de Montréal dans la conception de cet ouvrage, qui résulte des enseignements que j'y ai prodigués pendant de nombreuses années. Je tiens à souligner également le soutien que m'ont apporté la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en me donnant la possibilité de rédiger la version finale du livre. J'ai apprécié de façon plus particulière l'appui et l'encouragement que m'ont apportés mes collègues de l'équipe Santé des populations et services de santé (ESPSS) et de la direction des Services préventifs en milieu clinique (SPMC).

En dernier lieu, je tiens à remercier le Réseau de recherche en santé des populations du Québec, du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), de même que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, pour le soutien financier qu'ils ont accordé à la publication de cet ouvrage.

Liste des abréviations

APVP	Années potentielles de vie perdues
ARS	Agence régionale de la santé
BDMA	Bases de données médico-administratives
CLSC	Centre local de services communautaires
DRG	<i>Diagnosis Related Group</i>
EVAS	Espérance de vie ajustée pour l'état de santé
EVBS	Espérance de vie en bonne santé
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i>
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ICM	Indice comparatif de mortalité
IDP	Indices de dépendance de la population
IDR	Indices de dépendance des ressources
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée

Objectifs

Objectifs généraux

Après avoir terminé la lecture de cet ouvrage, complété les exercices proposés et comparé ses réponses aux corrigés, le lecteur sera capable de :

1. Situer et analyser les différentes composantes d'un système de santé au regard du cadre de référence proposé ;
2. Identifier et expliquer les relations qui existent entre ces composantes ;
3. Utiliser et appliquer les concepts et les méthodes proposés dans l'analyse du système de santé et de ses composantes.

Objectifs spécifiques

Chapitre 1

1. Définir et distinguer problème et besoins de santé, de services et de ressources.
2. Déterminer l'importance d'un besoin non comblé sur les plans de la santé, des services et des ressources.
3. Identifier et définir les principaux indicateurs de santé portant sur la mortalité, la morbidité, les facteurs de risque et l'incapacité.
4. Expliquer les méthodes de standardisation directe et indirecte ; calculer et interpréter des taux standardisés.
5. Élaborer des critères pour établir des priorités.
6. Appliquer la démarche de priorisation à différents problèmes de santé.

Chapitre 2

7. Décrire le processus d'utilisation des services de santé.
8. Construire différents indicateurs de l'utilisation des services de santé.
9. Appliquer le modèle de Donabedian comme cadre de référence pour l'analyse de l'utilisation des services de santé.
10. Apprécier l'influence des différents facteurs déterminant l'utilisation des services de santé.
11. Définir l'expérience de soins et en identifier les différentes dimensions.

Chapitre 3

12. Décrire les différents types de ressources et de modes de financement des services de santé.
13. Expliciter les facteurs intervenant entre la disponibilité d'une ressource et la production de services, et liés à l'accessibilité, l'emploi et la productivité d'une ressource.
14. Identifier et définir les différentes dimensions de l'accessibilité d'une ressource et caractériser leur relation avec l'utilisation des services.
15. Définir et calculer des indices de dépendance de la population (IDP) et des indices de dépendance des ressources (IDR).
16. Distinguer bassin de desserte et territoire desservi.
17. Définir la productivité et distinguer productivité globale, totale, moyenne et marginale.
18. Définir l'emploi d'une ressource.
19. Analyser l'emploi d'une ressource et calculer les différentes réserves: manifeste, latente, justifiée et injustifiée.

Chapitre 4

20. Définir l'évaluation et en distinguer les différents types: recherche évaluative, évaluation normative, évaluation de la structure, du processus, des résultats et évaluation économique.
21. Distinguer et expliciter les liens qui existent entre évaluation, qualité, monitoring simple et interprétatif, et performance.
22. Identifier les principales composantes d'un système d'appréciation de la performance, tel que celui développé par le Commonwealth Fund.

23. Décrire la gestion centrée sur la performance et appliquer cette méthode à un programme de santé.
24. Décrire la gestion fondée sur les données probantes, identifier les principales sources de preuves et apprécier la valeur de la preuve à partir de la validité interne et externe.

Chapitre 5

25. Comparer les positions libéraliste et égalitariste.
26. Distinguer égalité et équité.
27. Appliquer les notions d'égalité, d'équité, de libéralisme et d'égalitarisme à l'analyse de problèmes identifiés dans le système de santé.

Introduction

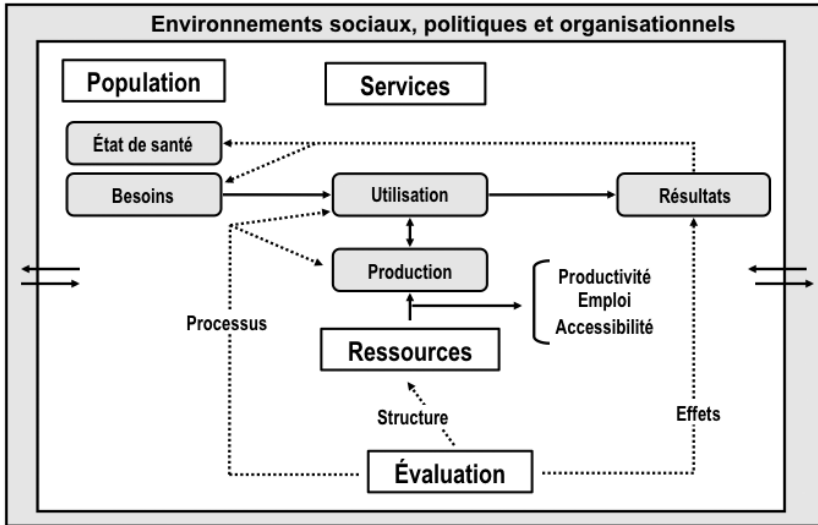
La perspective adoptée dans ce livre est de considérer les services de santé comme faisant partie d'une structure plus large, qu'on appelle le système de santé. Le système de santé est constitué de l'ensemble des éléments qui déterminent l'état de santé d'une population. Vus sous cet angle, les services de santé ne représentent qu'un des déterminants de la santé et ne sont peut-être pas le plus important (Craig *et al.*, 2006; Pincus *et al.*, 1998; Molinari, 2004). On admet de plus en plus que les habitudes de vie, l'environnement et le niveau socioéconomique ont un impact majeur sur la santé des populations. Un comité sénatorial canadien n'hésite pas à affirmer que les services de santé ne contribuent que pour 25 % à la santé de la population, alors que les conditions socioéconomiques y contribueraient pour approximativement 50 % (Keon et Pépin, 2009).

Sans entrer dans le débat qui a cours sur la contribution respective des différents déterminants de la santé, il convient de placer les services de santé dans une perspective populationnelle plus large, celle des déterminants de la santé (Andrulis, 1998; Frenk, 1998; Mikkonen et Raphael, 2010).

Cette perspective est illustrée à la figure I-1 qui présente le cadre de référence dans lequel l'ouvrage est organisé. Les services de santé, qui constituent l'objet premier du livre, sont au centre du schéma et y occupent la partie principale. Bien que nous reconnaissons la légitimité de la distinction entre le système de santé comprenant tous les déterminants de la santé et l'ensemble des services de santé, nous adoptons l'expression « système de santé » d'usage courant pour désigner l'ensemble des services

FIGURE I-1

Le système de santé : ses composantes



et programmes sous la direction d'une instance gouvernementale. Le système de santé inclut donc, en plus des services de santé, les actions de santé publique. Son point de départ est la population et plus particulièrement l'identification des besoins de santé de cette population. Ce sera l'objet du chapitre 1. Les indicateurs de besoins, y compris ceux de besoins non comblés, seront brièvement abordés. L'identification des besoins dans un contexte de rareté des ressources oblige à faire des choix et donc à établir des priorités.

La réponse aux besoins s'exprime par le recours aux services de santé, c'est-à-dire leur utilisation. Ce sera l'objet du chapitre 2. Plusieurs facteurs influencent le type et le niveau d'utilisation des services. Ces facteurs se rapportent aux individus qui entreprennent une démarche en vue d'utiliser des services, mais également aux caractéristiques du système lui-même. Par exemple, le faible niveau de ressources disponibles exerce une contrainte qui peut limiter l'utilisation de certains services. En revanche, un niveau élevé de ressources incite à la sur-utilisation.

Pour être utilisé, un service doit être produit. C'est ainsi que l'utilisation et la production de services sont des notions connexes et sont, pour ainsi dire, des miroirs réfléchissant l'image l'une de l'autre. Alors que

l'utilisation des services se situe du côté de l'individu qui a recours à ceux-ci, la production de services se rapporte plutôt aux ressources qui les produisent et à leurs caractéristiques. C'est ce à quoi le chapitre 3 sera consacré. Ainsi, entre les ressources disponibles et la production de services, interviennent certains facteurs que nous analyserons plus en détail, notamment l'accessibilité, l'emploi des ressources et leur productivité. L'accessibilité d'une ressource correspond au degré de facilité d'accès des services qu'elle produit. Bien qu'elle soit vue ici comme une caractéristique d'une ressource, l'accessibilité exprime en réalité l'écart ou la distance qui sépare une ressource disponible de l'individu qui y accède. La productivité porte sur la quantité de services produits par une ressource. Enfin, l'emploi d'une ressource se rapporte à la nature appropriée ou justifiée de son emploi, par référence à des normes existantes et reconnues.

L'évaluation effectue un retour sur les besoins, l'utilisation et la production de services. Ce sera l'objet du chapitre 4. L'évaluation peut porter sur des éléments de structure en rapport avec les ressources et sur des processus en rapport avec les activités d'utilisation et de production. De plus, elle apprécie les effets et les résultats au regard de la satisfaction des besoins exprimés par les individus et l'efficacité qui relie les résultats aux coûts. Nous présentons ensuite l'évaluation *a priori* ou *ex ante* qui suggère une autre façon de prioriser les actions en santé. En lien avec l'évaluation, le chapitre aborde également la question de la qualité et de la performance. Le thème de la performance est repris pour l'appliquer à la gestion centrée sur la performance. Enfin, pour clore le chapitre de l'évaluation et faire un lien avec la gestion et la prise de décision, nous discutons de la gestion fondée sur les données probantes.

Les différentes composantes du système de services sont interreliées et interagissent de façon dynamique entre elles. De plus, elles se situent dans un contexte plus large, que nous avons appelé le système de santé. Selon une définition large présentée plus haut, ce système comprend, outre les services de santé, d'autres déterminants de la santé. Dans ce contexte, on retrouve également les valeurs sociales, qui influencent l'ensemble du système social et par conséquent le système de santé. Ce sera l'objet du chapitre 5.

À la suite de ce chapitre, une courte conclusion dégagera les principales leçons que l'on peut tirer d'une analyse dynamique du système de santé et soulignera la contribution espérée de ce livre : mieux comprendre ce système et améliorer sa gestion.

CHAPITRE 1

Identification des besoins et détermination des priorités

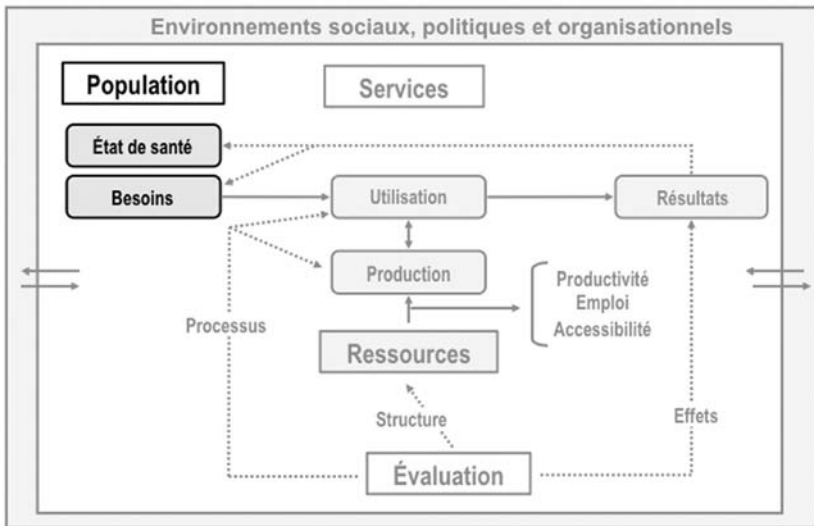
Objectifs du chapitre

1. Définir et distinguer problème et besoins de santé, de services et de ressources.
2. Déterminer l'importance d'un besoin non comblé sur les plans de la santé, des services et des ressources.
3. Identifier et définir les principaux indicateurs de santé portant sur la mortalité, la morbidité, les facteurs de risque et l'incapacité.
4. Expliquer les méthodes de standardisation directe et indirecte ; calculer et interpréter des taux standardisés.
5. Élaborer des critères pour établir des priorités.
6. Appliquer la démarche de priorisation à différents problèmes de santé.

Au point de départ de notre démarche se situent la population et les individus qui la composent, et plus particulièrement leur état de santé (figure 1.1). En effet, la finalité ultime des systèmes de santé est de restaurer, maintenir et améliorer la santé des populations.

FIGURE 1.1

Le système de santé : la population et ses besoins



Problème ou besoin de santé ?

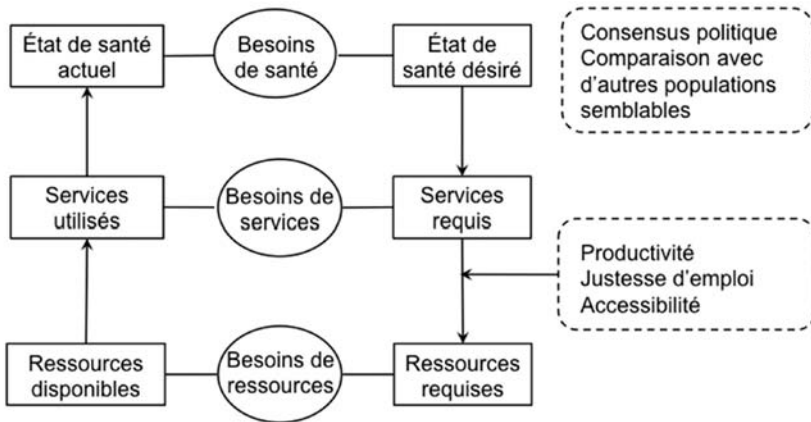
Tout d’abord, il convient d’établir une distinction entre problème et besoin de santé. Un problème de santé correspond à un état de santé jugé déficient par l’individu, le professionnel de la santé ou la collectivité, en comparaison soit à des normes subjectives et implicites, soit à des normes objectives et explicites. Un besoin de santé révèle, à un moment donné, un écart à combler entre une situation désirée et une situation actuelle en termes

de santé, généralement dans le cadre d'une démarche de planification. Ainsi, une mortalité infantile élevée constitue un problème de santé, et l'écart entre le taux observé et celui rapporté dans d'autres pays permet de mesurer l'importance du besoin de santé.

Problème et besoin de santé sont donc des notions connexes. Le besoin correspond à ce qu'il faut faire pour que la situation jugée problématique (état de santé actuel) en vienne à correspondre à la situation désirée (état de santé ciblé ou défini de façon normative). Dans ce sens, le besoin exprime de façon explicite l'écart par rapport à une norme et il s'inscrit dans une démarche active pour trouver une solution au problème.

FIGURE 1.2

Détermination des besoins selon une perspective populationnelle

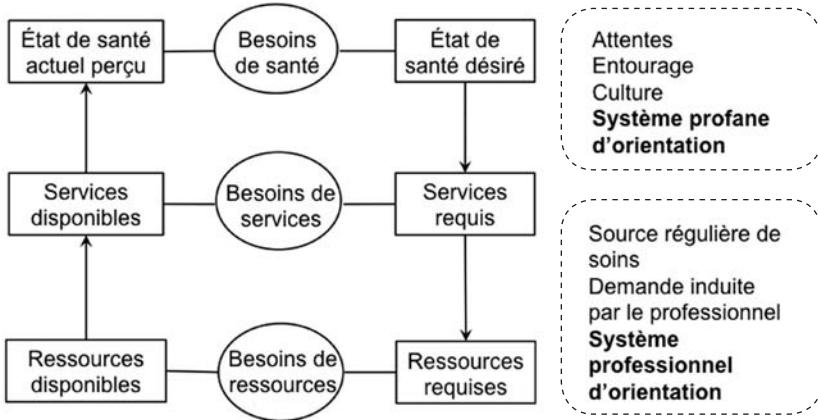


Cette façon de définir un besoin correspond à une démarche de planification dans une perspective populationnelle (Pineault et Daveluy, 1995). La figure 1.2 illustre bien que cette façon de concevoir la démarche situe les besoins à trois niveaux, selon qu'on réfère à la santé, aux services ou aux ressources. Aux trois niveaux, le besoin exprime un écart entre la situation désirée et la situation actuelle. L'état de santé désiré s'inscrit généralement à l'intérieur d'une politique de santé et résulte d'un consensus politique qui s'appuie sur des comparaisons avec d'autres unités géographiques de référence. Entre les ressources et les services, les trois facteurs présentés en introduction interviennent : la productivité, la

justesse d'emploi et l'accessibilité. Nous reviendrons sur ces facteurs dans le chapitre 3 sur les ressources.

FIGURE 1.3

Détermination des besoins selon une perspective individuelle

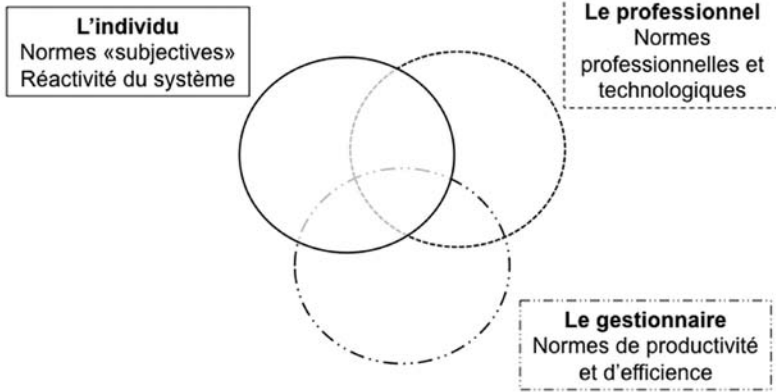


Les besoins peuvent également être exprimés par des individus à l'intérieur d'une démarche active de recours aux services. La perception des besoins précédant la demande pour des services, les trois niveaux de besoins sont les mêmes que pour l'approche populationnelle, comme le montre la figure 1.3. Par contre, les facteurs qui les déterminent sont différents. L'appréciation des états de santé perçus et désirés est largement influencée par le réseau profane d'orientation, dans lequel le rôle de l'entourage et du réseau social d'un individu est primordial (Freidson, 1970; 1960). Par la suite, la prestation des services et la mobilisation des ressources seront davantage commandées par le réseau professionnel d'orientation, le professionnel de la santé responsable du patient agissant comme guide pour orienter celui-ci dans un système fort complexe qu'est le système de santé.

Dans l'une et l'autre de ces perceptions, populationnelle ou individuelle, l'identification de la situation actuelle et la fixation de cibles ou d'états désirés au regard de la santé, des services ou des ressources, varient selon celui qui les définit (figure 1.4). Ainsi, l'appréciation des individus repose davantage sur un point de vue subjectif; le professionnel, de son

FIGURE 1.4

La nature et l'ampleur des besoins varient selon celui qui les définit



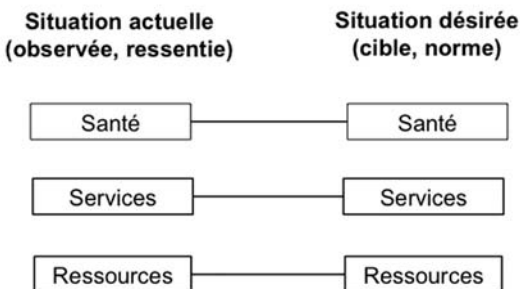
côté, s'attache plutôt à des normes professionnelles et à des lignes directrices ; enfin, le gestionnaire porte un jugement de nature administrative par rapport à la productivité et à l'efficacité. Le poids relatif accordé à chacun de ces points de vue demeure donc un défi majeur pour la prise de décision stratégique dans les organisations de santé.

Besoins non comblés

Le cadre de référence présenté aux figures 1.1 et 1.2 nous permet également de définir le concept de besoin non comblé. La figure 1.5 en représente les trois niveaux.

FIGURE 1.5

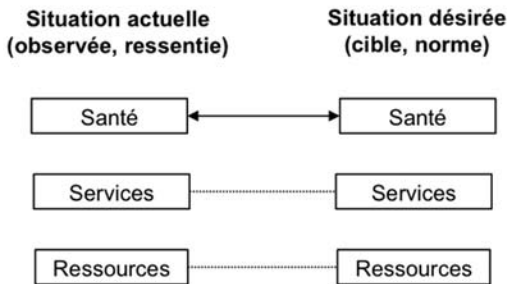
Besoins non comblés (individuels ou populationnels)



Le besoin non comblé correspond à un écart entre le besoin défini précédemment et son degré de satisfaction, au regard de l'état de santé et de ses déterminants. La différence entre besoin et besoin non comblé ne réside que dans sa dimension temporelle, puisque les deux se mesurent par le même écart. En somme, le besoin non comblé n'est que la persistance du besoin identifié, pour lequel des actions ont été identifiées afin d'y remédier sans qu'elles aient été réalisées ou que, appliquées, elles aient eu l'effet escompté.

FIGURE 1.6

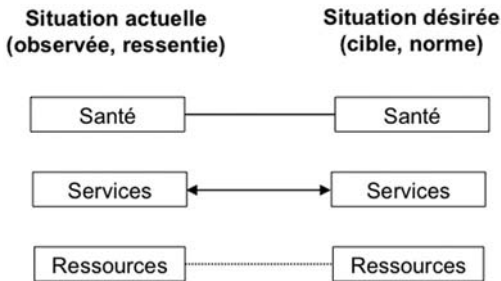
Les inégalités de santé entre populations : un exemple de besoins de santé



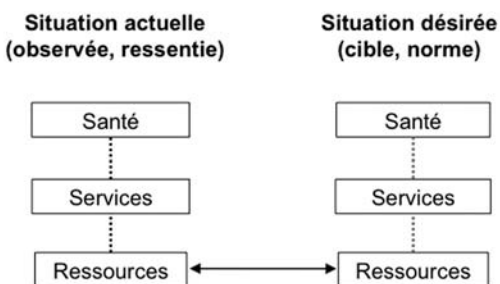
Des exemples permettent de mieux comprendre les différents types de besoins non comblés. Dans le cas représenté à la figure 1.6, il s'agit d'un besoin de santé qui exprime un écart entre la situation actuelle ressentie ou observée et une situation jugée désirable et atteignable.

Au niveau populationnel, il peut s'agir d'une mortalité plus élevée dans une région comparativement à une autre, qui devient pour ainsi dire une référence empirique. Cette référence peut aussi être normative. Elle exprime alors un consensus sur ce qui devrait exister, compte tenu du contexte particulier. Sur le plan individuel, l'état de santé d'une personne peut être apprécié par l'individu lui-même par comparaison avec d'autres individus qu'il considère en bonne santé. Nous y reviendrons plus loin dans une présentation plus détaillée des différents indicateurs.

Il peut s'agir également de besoins de services non comblés, tel que l'illustre la figure 1.7. Par exemple, au niveau populationnel, on peut observer une utilisation des services plus faible dans une région que dans d'autres régions comparables.

FIGURE 1.7**Besoins de services non comblés**

Sur le plan des individus, tel que le révèlent les enquêtes auprès des utilisateurs de soins, ceux-ci peuvent exprimer des besoins de services non comblés en répondant à une question du type : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti le besoin de consulter un médecin sans l'avoir fait ? » Évidemment, les raisons de ce non-recours aux services sont importantes à explorer, afin de voir s'il s'agit de contraintes, au niveau de l'organisation du système ou de facteurs propres aux individus, qui ont pu limiter leur accès aux services.

FIGURE 1.8**Besoins de ressources non comblés**

Enfin, les besoins non comblés peuvent s'appliquer aux ressources. Ici encore, la comparaison s'effectue entre la situation actuelle et un point de référence externe (figure 1.8). Les mesures fréquemment rencontrées sont, par exemple, le nombre de lits d'hôpitaux, de médecins, de

professionnels de la santé ou d'autres ressources pour 100 000 habitants. Sur le plan des individus, on retrouve moins d'applications pour ce type de mesures, bien que l'affiliation à un médecin de famille soit en réalité un indicateur de ressources. Cette mesure peut s'appliquer tant au niveau individuel (par exemple : « Avez-vous un médecin de famille ? ») qu'au niveau populationnel (par exemple : la proportion d'individus qui ont un médecin de famille).

Indicateurs de besoins

Selon la logique suivie jusqu'ici, les indicateurs de besoins peuvent porter sur la santé, les services ou les ressources. Nous allons maintenant examiner chacune de ces catégories d'indicateurs de besoins.

Indicateurs de besoins de santé¹

Les indicateurs de santé portent sur la mortalité, la morbidité, les facteurs de risque ou l'incapacité (Pineault et Daveluy, 1995; Pineault et Goulet, 1995). Les indicateurs de morbidité s'expriment par des taux d'incidence et de prévalence des maladies. Le taux de prévalence est particulièrement utile pour mesurer l'importance des maladies à évolution lente et chronique. Les facteurs de risque s'apprécient par deux mesures, le risque relatif et le risque attribuable. Le premier traduit la force de la relation entre un facteur de risque et une maladie. Le deuxième estime la part de causalité attribuable à un facteur de risque donné pour une maladie. On peut ainsi évaluer les gains qui résulteraient de l'élimination d'un facteur de risque. La mortalité, bien que, paradoxalement, elle s'exprime en privation totale et complète de la santé, demeure le phénomène le plus utilisé au chapitre des indicateurs de santé. Le tableau 1.1 présente ces indicateurs de santé les plus courants. On trouvera une présentation plus complète des indicateurs de santé dans les ouvrages de J. M. Last (2000; 2007).

1. Cette section est adaptée de Pineault et Daveluy, 1995, p. 127-159.

TABLEAU 1.1**Principaux indicateurs de santé**

Indicateur	Mesure
Taux brut de mortalité	$\frac{\text{Nombre de décès pendant l'année}}{\text{Population au milieu de l'année}} \times 1\,000$
Taux de mortalité spécifique pour une cause	$\frac{\text{Nombre de décès dus à cette cause pendant l'année}}{\text{Population au milieu de l'année}} \times 1\,000$
Taux de mortalité spécifique selon l'âge	$\frac{\text{Nombre de décès dans ce groupe d'âge pendant l'année}}{\text{Population dans ce groupe d'âge au milieu de l'année}} \times 1\,000$
Taux de létalité	$\frac{\text{Nombre de décès par une maladie donnée pendant une période de temps}}{\text{Nombre de cas de cette maladie pendant la période}} \times 100$
Taux de mortalité maternelle	$\frac{\text{Nombre de décès féminins par causes puerpérales pendant l'année}}{\text{Nombre de naissances vivantes pendant l'année}} \times 100\,000$
Taux de mortalité infantile	$\frac{\text{Nombre de décès d'enfants avant l'âge d'un an pendant l'année}}{\text{Nombre de naissances vivantes pendant l'année}} \times 1\,000$
Taux de mortalité néonatale	$\frac{\text{Nombre de décès d'enfants de 0-27 jours pendant l'année}}{\text{Nombre de naissances vivantes pendant l'année}} \times 100$
Taux de mortalité périnatale	$\frac{\text{Nombre de mortinaissances (28 semaines et + de gestation) + Nombre de morts néonatales précoces (0-6 jours) pendant l'année}}{\text{Nombre de naissances vivantes + Nombre de mortinaissances}} \times 1\,000$
Espérance de vie	Nombre moyen d'années qu'un individu peut s'attendre à vivre à partir d'un âge donné si les taux de mortalité spécifiques selon l'âge devaient rester les mêmes pendant la durée de sa vie
Années potentielles de vie perdues	Nombre d'années de vie restant (selon une référence, par ex. : 75 ans) pour chaque décès selon l'âge et pour une cause donnée de décès
Taux d'incidence	$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas d'une maladie durant une période donnée}}{\text{Population exposée}} \times 1\,000$

Indicateur	Mesure
Taux de prévalence	$\frac{\text{Nombre de cas d'une maladie à un moment donné}}{\text{Population à l'étude}} \times 1\,000$
Risque relatif	$\frac{\text{Incidence chez les exposés}}{\text{Incidence chez les non exposés}}$
Risque attribuable	$\frac{\text{Incidence chez les exposés}}{\text{Incidence chez les non exposés}}$
Limitation d'activités	Proportion de la population de 12 ans et plus ayant une limitation d'activité

Il y a trois types de taux de mortalité : les taux bruts, spécifiques et standardisés. Le taux brut de mortalité correspond au nombre de décès survenant au cours d'une année par rapport à la population totale au milieu de cette année. Le taux brut de mortalité décrit le phénomène de la mortalité dans une population donnée en termes réels, c'est-à-dire sans tenir compte de la composition de cette population selon différentes caractéristiques démographiques, telles que l'âge et le sexe.

Les taux de mortalité spécifiques apportent plus d'information à l'égard de certains groupes ou de certaines causes de mortalité. Le taux de mortalité spécifique selon la cause du décès est utilisé lorsqu'on détermine l'importance des problèmes de santé à un moment donné, ou encore lorsqu'on regarde leur évolution dans le temps. Le plus utile parmi les taux spécifiques de mortalité est celui selon l'âge. D'abord, les causes de décès varient considérablement en nombre selon les groupes d'âge. Ensuite, les programmes de santé publique ont été traditionnellement élaborés en fonction de populations cibles correspondant à des tranches d'âge précises. Enfin, les taux de mortalité spécifiques selon l'âge servent dans le calcul des taux standardisés. Nous y reviendrons plus loin.

Parmi les taux spécifiques selon l'âge, les plus utiles et les plus utilisés sont certes ceux ayant trait à la mortalité infantile et à la mortalité périnatale. La mortalité infantile a traditionnellement été un indicateur clé pour la santé publique. Un taux élevé de mortalité infantile reflète des déficiences sur le plan de l'environnement physique et socioéconomique, de la nutrition, de l'éducation ou des soins de santé d'une population. Les taux de mortalité infantile et de mortalité périnatale demeurent des indicateurs sensibles pour évaluer l'efficacité des soins de santé. Même dans les pays industrialisés, où ils ont atteint un niveau très bas, des variations

importantes persistent à l'intérieur de ces pays, reflétant des inégalités de santé entre différents sous-groupes de ces populations.

L'intérêt principal des taux spécifiques selon l'âge et le sexe réside dans leur utilisation pour construire des tables de mortalité, et donc dans le calcul de l'espérance de vie. Une table de mortalité représente l'histoire vécue instantanément par une cohorte fictive de 100 000 nouveau-nés, que l'on soumettrait aux conditions actuelles de mortalité observées pour chaque âge au cours de la période à laquelle se rapporte la table. On arrive ainsi à pouvoir déterminer combien d'années en moyenne les individus d'une tranche d'âge donnée pourraient espérer vivre, s'ils étaient assujettis aux conditions de mortalité qui prévalent en ce moment. L'espérance de vie à la naissance est souvent utilisée pour comparer les régions ou les pays entre eux. Tel que mentionné plus haut, l'avantage de cet indicateur réside dans le fait qu'il constitue une mesure de la mortalité standardisée sur l'âge. Ces considérations introduisent le processus de standardisation.

Standardisation

Lorsqu'on compare différentes unités géographiques par rapport à leurs taux bruts de mortalité, des différences observées dans ces taux peuvent être dues à des variables confondantes ou concomitantes telles que l'âge, le sexe, le niveau socioéconomique ou toute autre variable pouvant influencer la mortalité. La standardisation des taux se révèle être alors la procédure à employer afin de neutraliser l'effet de ces variables confondantes sur les taux étudiés. Nous en parlons ici, au chapitre de la mortalité, parce que la standardisation a été surtout appliquée à la mortalité et, également, parce que nous nous y référerons constamment par la suite. Il existe deux méthodes d'application : la standardisation directe et l'indirecte (Colton, 1974 ; Szklo, 2007).

À titre d'exemple, nous prendrons le taux de mortalité comme phénomène observé et l'âge comme facteur confondant. Dans l'exemple fictif montré au tableau 1.2, on voit que le taux de mortalité brut de la population A est plus élevé que celui de la population B. Peut-on dire que la mortalité est réellement plus élevée en A qu'en B ? Le lecteur averti aura tout de suite remarqué que la population A est plus vieille que la population B (14 % de 65 ans et plus contre 8 %). De plus, les taux de mortalité spécifiques de la population B sont soit plus élevés, soit identiques à ceux de A.

TABLEAU 1.2**Données de populations fictives**

A. Données de base

Âge	Population A			Population B		
	Nombre	Taux de mortalité	Nombre de décès	Nombre	Taux de mortalité	Nombre de décès
0-14	16 000	1,0	16	20 000	2,0	40
15-64	70 000	3,0	210	72 000	3,0	216
65 et +	14 000	8,0	112	8 000	8,5	68
Total	100 000	3,38	338	100 000	3,24	324

B. Calcul du taux de mortalité standardisé, méthode directe (population de référence = A + B)

Âge	Population de référence A + B	Taux de mortalité de A (%)	Nombre de décès (A)	Taux de mortalité de B (%)	Nombre de décès (B)
0-14	36 000	1,0	36	2,0	72
15-64	142 000	3,0	426	3,0	426
65 et +	22 000	8,0	176	8,5	187
Total	200 000	3,19	638	3,42	685

La standardisation directe consiste à appliquer les taux spécifiques de chacune des populations comparées à une population de référence commune, éliminant ainsi l'effet de l'âge sur les taux de mortalité. Dans notre exemple, les résultats de la standardisation directe, c'est-à-dire les taux standardisés de mortalité, sont passablement différents des taux bruts. C'est bien dans la population B que la mortalité est la plus élevée. Malheureusement, les taux spécifiques de mortalité ne sont pas toujours disponibles dans les groupes comparés, ou encore les effectifs peuvent être trop petits pour établir des taux stables et donc fiables. Alors, dans ce cas, il faut recourir à la standardisation indirecte.

TABLEAU 1.3

Calcul du taux de mortalité standardisé, méthode indirecte

Âge	Population de référence Taux spécifique de mortalité (%)	Population A		Population B	
		Nombre population	Décès calculés	Nombre population	Décès calculés
0-14	1,5	16 000	24	20 000	30
15-64	3,0	70 000	210	72 000	216
65 et +	8,0	14 000	112	8 000	64
Total	3,17	100 000	346	100 000	310

C'est pratiquement la démarche inverse que l'on suit dans la standardisation indirecte. Ici, les taux spécifiques de mortalité d'une population de référence sont appliqués à chaque tranche d'âge des populations comparées. Le nombre de cas de décès ainsi calculé est ensuite comparé au nombre de cas observés. Le résultat du calcul est l'indice comparatif de mortalité, ou ICM (en anglais *Standardized Mortality Ratio* ou SMR). Cet indice exprime le rapport du nombre de cas observés au nombre de cas attendus ou calculés, que l'on multiplie généralement par 100. Dans notre exemple, les indices comparatifs de A et B sont respectivement 97,7 % et 104,5 % (tableau 1.3). Ces résultats signifient que la population A a une mortalité inférieure à la population de référence, alors que la population B à structure d'âge identique a une mortalité supérieure.

À partir des indices comparatifs de mortalité, on peut également calculer des taux standardisés, en multipliant le taux brut de mortalité de la population de référence par les indices comparatifs de chaque population. Dans notre exemple, ces taux ajustés seraient respectivement :

$$\text{Taux ajusté de A} = 3,17 \times 97,7\% = 3,10$$

$$\text{Taux ajusté de B} = 3,17 \times 104,5\% = 3,31$$

Dans l'exemple présenté, nous avons défini une population de référence et deux populations étudiées. Dans plusieurs situations pratiques, on peut considérer l'une des deux populations étudiées comme la population de référence. Dans ce cas, l'indice comparatif correspond à un risque relatif.

Tel que mentionné plus haut, le choix entre la méthode directe ou indirecte repose sur plusieurs considérations, notamment la fiabilité que l'on peut accorder aux taux spécifiques de mortalité disponibles. Pour le gestionnaire, les deux méthodes présentent un intérêt. Il faut se rappeler que les indices comparatifs de mortalité, obtenus par la méthode indirecte, fournissent une mesure utile dans la détermination des priorités. Plus l'indice est élevé, plus il devient prioritaire d'intervenir.

Indicateurs de santé comme mesures de besoins

Lorsqu'ils sont employés pour apprécier les besoins, les indicateurs de santé doivent remplir aux moins deux conditions (Pineault et Goulet, 1995). D'abord, ils doivent être sensibles, c'est-à-dire capables de déceler les différences dans l'état de santé des individus et des populations. Deuxièmement, ils doivent être spécifiques, c'est-à-dire avoir un lien établi avec les autres indicateurs de services et de ressources. Sinon, les actions à entreprendre pour atteindre une cible ou un objectif de santé resteront imprécises et peu valides. En plus de ces conditions, le choix des indicateurs de santé repose sur plusieurs autres critères, dont la disponibilité des données, les coûts pour les obtenir et leur pertinence (*ibid.*).

Sources de données pour les indicateurs de santé

Les sources principales de données servant à documenter les indicateurs de santé sont les registres des maladies pour la morbidité, et les registres des décès pour la mortalité. Les enquêtes sont un complément fort utile pour documenter la morbidité, mais également les facteurs de risque et l'incapacité. Par contre, elles sont plus coûteuses que le recours aux registres ou aux banques de données médico-administratives.

Indices de santé

On peut utiliser des données de plus d'un indicateur pour créer des « indices de santé ». Par exemple, on peut combiner l'espérance de vie à la restriction d'activités pour créer une mesure d'espérance de vie en bonne santé (EVBS). L'EVBS correspond donc à l'espérance de vie totale à laquelle on retranche l'espérance de vie en institution et l'espérance de vie avec incapacité (INSPQ, 2006). C'est donc une mesure d'espérance de

vie sans incapacité. Ainsi, malgré une espérance de vie plus longue chez les femmes que chez les hommes, cette différence s'amenuise beaucoup lorsqu'on calcule l'espérance de vie sans incapacité, parce qu'en général les femmes tendent à présenter une plus grande limitation d'activités que les hommes (Pineault et Daveluy, 1995; INSPQ, 2006). Une variante de cette mesure est l'espérance de vie ajustée pour l'état de santé (EVAS). Cet indice se construit selon le même principe que pour l'EVBS, sauf que des résultats d'enquêtes sur la santé sont utilisés pour calculer la composante ajustée pour la santé. L'EVAS correspond donc au nombre d'années pendant lesquelles une personne peut espérer vivre en bonne santé, dans l'hypothèse où les taux actuels de morbidité et de mortalité par âge demeurent constants (INSPQ, 2006).

Indicateurs de besoins de services

Les indicateurs de services portent sur l'utilisation des différents services de santé. Ces services peuvent être classés selon leur lieu de production (hôpital, urgence, cabinet du médecin, soins à domicile) ou selon le professionnel qui les fournit (médecins, infirmiers, pharmaciens). La période de temps sur laquelle s'étend la prestation de services est importante à préciser (par exemple, une année). Dans le cas du séjour en établissement, la durée moyenne du séjour est une mesure de la durée de l'épisode de soins hospitaliers et constitue un indicateur pour apprécier la productivité et la performance. Nous reviendrons sur ces indicateurs au chapitre suivant.

Les sources principales pour obtenir les données d'utilisation sont les banques de données médico-administratives, qui rassemblent les différentes données d'utilisation (les services fournis par les médecins et les dentistes; les médicaments et les hospitalisations).

L'emploi des données d'utilisation comme indicateurs de besoins de services repose sur certains préalables. Le premier est que l'utilisation des services soit appropriée. Dans le cas où certains services fournis ne sont pas médicalement requis ou utiles, les besoins réels peuvent être surestimés. Le deuxième préalable est qu'une plus grande utilisation des services signifie une plus grande satisfaction des besoins. Or, dans certains cas, c'est la situation contraire qui se produit. Par exemple, un plus grand recours aux services d'urgence dans une région donnée peut refléter des

besoins non satisfaits au regard des soins de première ligne. Enfin, dans l'interprétation des données d'utilisation des services, il faut avoir à l'esprit les liens qui existent entre l'utilisation et la santé. D'une part, dans quelle mesure les services produisent-ils la santé et, d'autre part, quel est le lien entre l'utilisation des services et les ressources déployées pour les produire ? Nous reviendrons sur ces questions dans les chapitres suivants.

Indicateurs de besoins de ressources

Les indicateurs de ressources portent sur la disponibilité des différentes ressources, humaines, physiques et financières. Les sources principales de données sont les fichiers administratifs des établissements, des corporations professionnelles, des agences régionales et des ministères. On exprime généralement ces indicateurs par la quantité des différents types de ressources (numérateur) par rapport à la population de référence (dénominateur).

Comme les ressources sont encore plus éloignées au regard de la santé que l'utilisation des services, les considérations soulevées plus haut au sujet des services s'appliquent également aux ressources. Il est bien difficile d'établir avec précision le seuil en deçà duquel la quantité d'une ressource devient critique et peut avoir des effets délétères sur la santé des populations. C'est pourquoi les niveaux de ressources, souvent exprimés en termes de pénurie ou d'excédent de ressources, sont sujets à de profondes controverses entre les acteurs du système de santé, parce que leur validité et plus précisément leur lien avec la santé n'ont pas toujours été démontrés.

Taux bruts ou taux standardisés

Les indicateurs de besoins de santé et de services s'expriment en termes de taux où le numérateur contient la donnée sur la santé ou les services et le dénominateur la donnée sur la population. On peut ainsi mieux comparer différentes régions entre elles, puisque le dénominateur est fixe. Il faut bien réaliser, cependant, que ces comparaisons sont imparfaites, puisque les taux bruts de mortalité, de morbidité ou d'utilisation contiennent deux éléments : d'abord le phénomène lui-même (mortalité, morbidité, etc.) et ensuite l'effet des caractéristiques d'âge et des autres caractéristiques des populations

étudiées sur ce même phénomène. Comme nous l'avons démontré plus haut, la standardisation neutralise l'effet de l'âge ou d'autres facteurs de confusion, et réduit les taux à l'expression du seul phénomène d'intérêt, soit la mortalité, la morbidité ou l'utilisation.

Le point important à souligner ici est que le taux brut est un indicateur plus riche et plus réaliste pour identifier les besoins d'une population et en mesurer l'importance, puisqu'il tient compte à la fois du phénomène d'intérêt (par ex. : mortalité), mais aussi de certaines autres caractéristiques sociodémographiques de la population. Dans un sens, ce taux représente davantage la réalité que le taux standardisé dont l'intérêt est surtout d'être une mesure plus spécifique du phénomène étudié (par ex. : mortalité) et, partant, d'apprécier la capacité de nos interventions à l'influencer. Notons que les caractéristiques sociodémographiques demeurent moins sensibles au changement, du moins à court terme.

Détermination des priorités

L'analyse des besoins débouche forcément sur des actions à entreprendre pour les satisfaire. Tous les besoins ne peuvent être satisfaits en même temps ou au niveau souhaité, compte tenu des contraintes diverses qui existent à l'intérieur du système de santé, notamment celles qui sont liées au financement. De là l'importance de déterminer des priorités pour guider les choix et orienter les décisions.

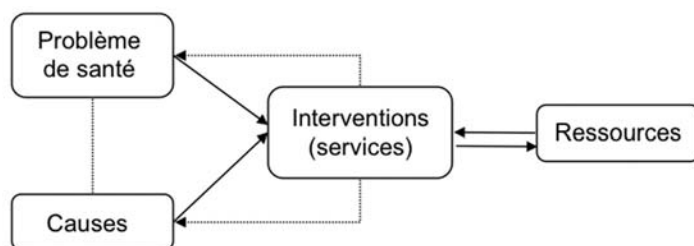
Prioriser quoi ?

Tel qu'illustré dans le cadre de référence des figures 1.1 et 1.2, l'objet de la priorisation peut être la santé, les services ou les ressources. En d'autres termes, le processus de priorisation peut porter sur l'analyse des problèmes de santé, d'interventions ou d'actions à définir pour les résoudre, ou encore de ressources à déployer pour réaliser ces actions. La figure 1.9 représente les liens qui existent entre ces trois niveaux, selon une démarche intégratrice dont le point de départ est le problème de santé. Elle illustre le fait que les interventions de services devraient être mises en place pour répondre à un problème de santé et que les ressources devraient soutenir ces interventions. Malheureusement, une telle démarche de priorisation n'est pas toujours possible et l'on peut facilement imaginer qu'une telle

rigueur s'applique plus facilement à la priorisation des problèmes de santé qu'à celle des ressources. Cette dernière est plus sujette aux considérations politiques ou, du moins, à des arguments qui s'éloignent de la rigueur et des données probantes. Nous reviendrons sur ce sujet ultérieurement.

FIGURE 1.9

La priorisation en santé : prioriser quoi ?



Prioriser pour qui ?

Jusqu'ici, l'exposé sur la priorisation a pu sembler privilégier le niveau populationnel ou le niveau du système de santé, aux dépens de celui de l'individu. Cependant, la démarche s'applique également aux organisations, aux professionnels et aux individus. Rappelons que l'importance accordée aux critères d'appréciation par les différents acteurs du système de santé est teintée de leurs différents points de vue et préférences (voir figure 1.4). Cela vaut également pour la détermination des priorités. L'individu accordera une plus grande importance aux problèmes et à l'inconfort qu'il ressent, ou encore à l'incapacité que ces problèmes causent, alors que le professionnel les jugera à la lumière des connaissances biomédicales et scientifiques. Quant au gestionnaire, son jugement et ses décisions seront surtout influencés par des considérations de type administratif et économique.

TABLEAU 1.4

Critères pour déterminer une priorité d'intervention

- Importance du problème (problème prioritaire)
- Capacité d'intervenir efficacement
- Réalisabilité (économique, éthique, culturelle, organisationnelle, sociale, politique, etc.)

Peu importe le niveau qui est visé par les décisions, les questions qu'il convient de poser au regard de la priorisation sont les suivantes :

- Le problème est-il important (besoin de santé) ?
- Connait-on les causes ou les déterminants du problème ou, du moins, les conditions qui y sont associées ?
- A-t-on des moyens d'intervenir sur ces causes ou déterminants de façon efficace (besoin de services) ?
- Enfin, les interventions proposées sont-elles réalisables sur le plan économique, organisationnel, politique et éthique (besoin de ressources) ?

Nous retenons trois critères pour déterminer les priorités d'intervention présentées au tableau 1.4, qui correspondent aux questions soulevées par le processus de priorisation.

Prioriser une intervention ?

Se basant sur deux de ces critères, A. Donabedian a proposé une grille fort utile et fort simple pour établir des priorités d'intervention ou de recherche (tableau 1.5). L'intérêt de cette grille réside dans le fait qu'elle distingue ces deux différents types d'action : intervention ou recherche. Ceci est particulièrement utile lorsque le problème de santé est important et que, en outre, on ne dispose d'aucune intervention efficace.

TABLEAU 1.5

Établissement des priorités d'intervention ou de recherche selon deux critères

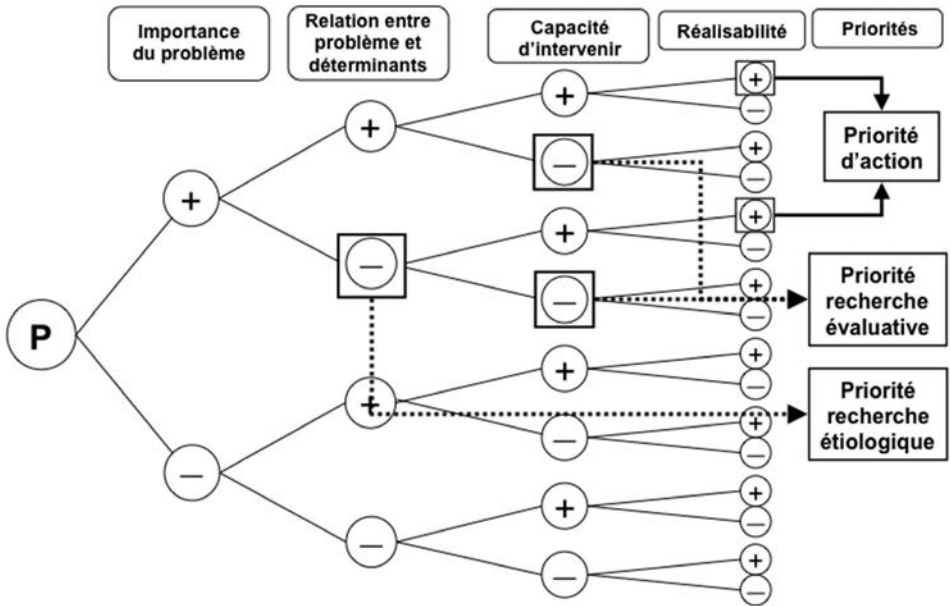
Importance du problème de santé	Capacité d'intervention efficace	Priorisation
Plus grande	Élevée	Priorité 1 pour intervention
	Faible	Priorité 1 pour recherche
Moins grande	Élevée	Priorité 2 pour intervention
	Faible	Priorité 2 pour recherche Priorité faible pour intervention

Adapté de Donabedian, A., *Aspects of Medical Care Administration*, Harvard University Press, 1973, p. 59.

En suivant la même logique, on peut ajouter un troisième critère, celui de la réalisabilité, qui concerne surtout les ressources, et ainsi proposer un arbre décisionnel qui intègre ce critère à ceux de Donabedian (figure 1.10). L'intérêt de cet arbre décisionnel est qu'en plus d'indiquer les priorités d'intervention, il distingue les types de recherche les plus appropriés pour le problème étudié.

FIGURE 1.10

Arbre décisionnel pour formuler des recommandations sur les priorités



Ainsi, un problème étant jugé important, et dont les déterminants sont inconnus, commande une étude étiologique. Par ailleurs, lorsque la capacité d'intervenir est inconnue, une recherche évaluative peut être utile pour identifier quelles interventions sont efficaces. Enfin, les interventions dont la réalisabilité est acquise et dont l'efficacité a été démontrée constituent des priorités d'intervention.

L'identification des besoins constitue le point de départ de l'analyse du système de santé et ils peuvent s'exprimer en termes de santé, de services ou de ressources. Les indicateurs de santé portent sur la mortalité, la morbidité, les facteurs de risque et l'incapacité. Différentes mesures sont appliquées à ces phénomènes, notamment les taux bruts, les taux spécifiques et les taux standardisés. Que ce soit sur un plan individuel ou d'une population, le besoin exprime l'écart entre une situation actuelle et une situation souhaitée. Comme les besoins sont multiples, mais que les ressources sont limitées, on est contraint à faire des choix et à établir des priorités. Cette priorisation peut conduire à juger quelles interventions sont prioritaires ou à des questions qu'il convient d'explorer davantage par de la recherche ou par des études de réalisabilité.

Exercices

1. Retour sur la standardisation

On veut comparer deux populations A et B, dont les structures d'âge et les taux d'hospitalisation sont les suivants :

Âge	Nombre	Population A taux hospitalisation	Nombre	Population B taux hospitalisation
0-39	50 000	90/1 000	30 000	100/1 000
40-59	30 000	140/1 000	30 000	140/1 000
+ 60	20 000	170/1 000	40 000	160/1 000
Total	100 000	121/1 000	100 000	136/1 000

- 1.1 Quelle est la méthode la plus appropriée, dans ce cas, pour contrôler l'effet que le nombre différent d'habitants par tranche d'âge entre ces deux populations peut avoir sur les données d'hospitalisation ?
- 1.2 Quels résultats obtenez-vous avec cette méthode dans le cas présent et comment les interprétez-vous ?

2. Espérance de vie en bonne santé

Deux régions, A et B, ayant des populations égales en nombre (un million d'individus), ont une espérance de vie en bonne santé (EVBS) à la naissance de 60 ans pour A et de 65 ans pour B.

- 2.1 Cette différence peut-elle être expliquée par le fait que la population de B est plus âgée que celle de A ?
- 2.2 À partir de ces mêmes données, pouvez-vous dire si la mortalité est différente entre ces deux régions ?

3. Indicateurs de l'état de santé d'une population

Pour mesurer l'état de santé, on a recours à différents indicateurs, dont les suivants :

1. Espérance de vie à la naissance.
2. Espérance de vie en bonne santé.
3. Taux de morbidité hospitalière.
4. Années potentielles de vie perdues par la mortalité.

Indiquez parmi ces indicateurs lequel répond le mieux à chacun des énoncés suivants :

- a) Est une mesure standardisée de la mortalité seulement. _____
- b) Sert avant tout à déterminer quels problèmes de santé sont prioritaires, tout en étant un indicateur de mortalité. _____
- c) Mesure à la fois la létalité des maladies et les conséquences pour l'autonomie des individus. _____
- d) Tend à être influencé par les mêmes facteurs qui déterminent l'utilisation des services. _____
- e) Tend généralement à favoriser les femmes. _____
- f) Donne un poids plus important aux décès qui surviennent dans un jeune âge. _____

4. Comparaisons entre régions ou pays

Dites si les indicateurs suivants permettent ou non de comparer des régions ou des pays entre eux, tout en contrôlant l'effet que pourraient avoir des tranches d'âge différentes sur ces indicateurs.

	Oui	Non
4.1 Années potentielles de vie perdues par 100 000 habitants		
4.2 Taux de mortalité infantile		
4.3 Espérance de vie à la naissance		
4.4 Indice comparatif de mortalité		
4.5 Taux spécifique de mortalité selon la cause (ex. : maladies cardiovasculaires, cancers, traumatismes)		

5. Indicateurs de besoins

Indiquez si les indicateurs suivants mesurent des besoins de santé, de services, ou de ressources.

	Besoins de		
	Santé	Services	Ressources
5.1 Taux de mortalité infantile			
5.2 Espérance de vie à la naissance			
5.3 Nombre de médecins pour 100 000 habitants			
5.4 Budget <i>per capita</i> accordé à une région			
5.5 Taux d'admission à l'hôpital pour 100 000 habitants par année			

5.6	Nombre de consultations chez le médecin généraliste par personne par année			
5.7	L'écart qui existe entre une situation souhaitée en rapport avec l'état de santé d'un individu ou d'une population et une situation existante ou observée			
5.8	La pénurie de médecins dans un territoire donné			
5.9	La quantité trop faible de services fournis à une population			
5.10	La qualité déficiente des services offerts par rapport aux normes professionnelles établies			

6. Indicateurs de santé et priorités

Supposons deux maladies A et B, qui présentent les caractéristiques suivantes :

	A	B
Incidence (nombre de nouveaux cas pour 1 000 personnes par année)	5	2
Taux de mortalité pour 1 000 personnes malades par année	2	10
Âge moyen au décès	1 an	50 ans

- 6.1 À partir de ces informations, quel est selon vous le problème de santé le plus important ?
- 6.2 Pouvez-vous, à partir de cette information, décider laquelle de ces deux maladies est la plus prioritaire en vue d'une action préventive ?

7. Problème prioritaire et priorité d'intervention

- 7.1 Est-ce qu'un problème de santé prioritaire constitue nécessairement une priorité d'intervention ?
- 7.2 En quoi l'indice comparatif de mortalité est-il utile dans ce cas ?

8. Pondération des indicateurs de priorité

- 8.1 Dans une région donnée, les morbidités A, B et C occupent les rangs suivants en termes d'importance, selon qu'on utilise comme indicateur le nombre total de décès ou le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP).

Morbidité	Rang	
	Nombre de décès	Années potentielles de vie perdues (APVP)
A	2	3
B	1	2
C	3	1

Dans quel ordre classeriez-vous ces morbidités si l'on vous demandait quels sont les problèmes de santé prioritaires de cette région ?

8.2 De plus, par rapport aux autres régions du pays, les indices comparatifs de mortalité (ICM) pour les trois morbidités sont les suivants :

A	1,5
B	1,1
C	1,7

Vous basant sur ces données et sur celles présentées dans la partie 8.1 de l'exercice, quel ordre donneriez-vous aux trois morbidités en termes de priorité d'intervention ?

CHAPITRE 2

Utilisation des services de santé

Objectifs du chapitre

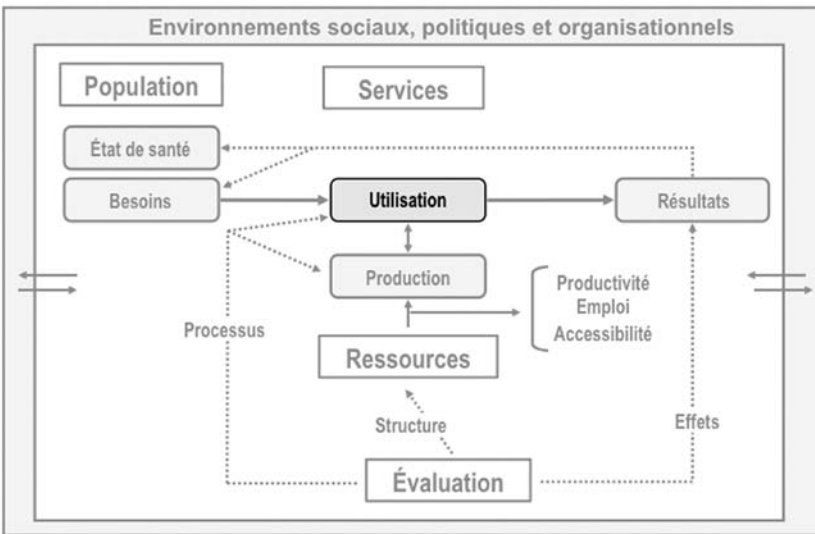
7. Décrire le processus d'utilisation des services de santé.
8. Construire différents indicateurs de l'utilisation des services de santé.
9. Appliquer le modèle de Donabedian comme cadre de référence pour l'analyse de l'utilisation des services de santé.
10. Apprécier l'influence des différents facteurs déterminant l'utilisation des services de santé.
11. Définir l'expérience de soins et en identifier les différentes dimensions.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que la perception d'un besoin est ce qui conduit à recourir aux services de santé, c'est-à-dire à l'utilisation des services. Nous avons vu également que la perception d'un besoin laissé sans utilisation de services engendre un besoin non comblé qui peut avoir des conséquences négatives sur la santé.

L'utilisation des services est la réponse institutionnelle à une demande exprimée par l'individu. Elle occupe une position centrale à l'intérieur du système de santé, comme l'illustre la figure 2.1. Elle est l'aboutissement de la démarche d'identification des besoins et elle vise la satisfaction du besoin ou l'atteinte de résultats. Comme nous le verrons dans les chapitres suivants, l'utilisation est analogue à la production de services et, en conséquence, est en lien étroit avec les ressources, leur disponibilité et leur offre de services.

FIGURE 2.1

Le système de santé : l'utilisation des services

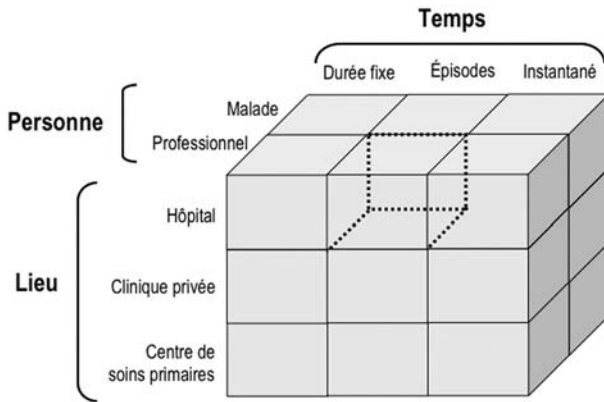


Une définition opérationnelle

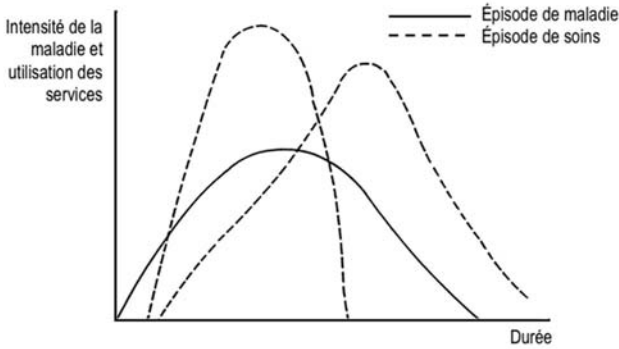
L'utilisation des services est un processus complexe, référant aussi bien aux comportements des individus qui reçoivent des services qu'aux professionnels qui les prodiguent dans des contextes cliniques et organisationnels donnés. De façon opérationnelle, on peut définir l'utilisation par rapport aux paramètres suivants : le temps et la durée de l'utilisation, la personne qui reçoit ou fournit le service et le lieu où les services sont rendus.

FIGURE 2.2

Paramètres de l'utilisation



Comme on le voit dans la figure 2.2, le temps de l'utilisation peut être de durée variable. À n'importe quel point dans le temps, on peut calculer la prévalence d'utilisateurs. L'utilisation peut également s'étendre sur une période de durée fixe, par exemple un mois ou un an. Enfin, la durée de l'utilisation peut être indéterminée et modulée selon des épisodes de soins. L'épisode de soins correspond à un ensemble de services fournis au même individu, atteint d'une maladie précise, et s'étend à l'intérieur d'un épisode de maladie (Solon *et al.*, 1960). La durée de l'épisode de soins dépend de l'évolution clinique de la maladie. Comme le montre la figure 2.3, même s'il y a une proximité entre l'épisode de soins et l'épisode de maladie, la concordance n'est pas parfaite. Le début de l'épisode de soins est généralement décalé dans le temps par rapport à l'épisode de maladie, et il peut se terminer avant ou après la fin de l'épisode de maladie.

FIGURE 2.3**Épisode de maladie et épisode de soins**

L'utilisation résulte de la conduite de la personne qui reçoit un service et de la personne qui les prodigue. Elle consiste essentiellement en la rencontre d'un malade et d'un professionnel. Bien entendu, les professionnels peuvent être nombreux et, dans certains cas, il peut s'avérer difficile d'attribuer les services de façon précise à un professionnel en particulier. Ce qui se vérifie particulièrement lorsque les services sont fournis par des équipes multidisciplinaires.

Enfin, le dernier paramètre est le lieu où le service est reçu ou prodigué. Il peut s'agir, par exemple, d'un hôpital, d'un cabinet de médecin ou d'une salle d'urgence. Comme l'illustre la figure 2.2, chaque service reçu ou prodigué peut s'inscrire dans une case caractérisée par des spécifications de chacun des trois paramètres. Par exemple, le nombre d'hospitalisations pour 100 000 habitants par année inclut les trois paramètres : individus de la population, hôpital, une année. Le nombre de visites médicales par individu par an inclut les individus qui voient un ou des médecins durant une année. Et ainsi de suite.

Mesures de l'utilisation des services

Parmi les mesures d'utilisation les plus fréquemment employées (tableau 2.1), on distingue deux éléments, soit la population (plus précisément le nombre de personnes) et le temps, généralement une année ou un épisode de maladie ou de soins.

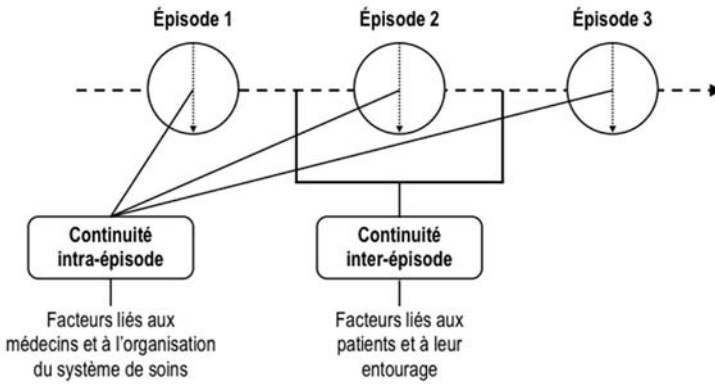
TABEAU 2.1**Mesures d'utilisation les plus couramment employées**

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Temps
Taux de consultations médicales	Nombre de consultations à un médecin selon les différents types: <ul style="list-style-type: none"> • consultation initiale ou subséquente • endroit (cabinet, urgence, hôpital) • durée de la consultation 	personnes	année épisode
Taux d'interventions chirurgicales	Nombre d'interventions chirurgicales	personnes (pour 1 000 ou 100 000)	année
Taux d'examens diagnostiques	Nombre d'examens diagnostiques (labo, radiologie)	personnes (pour 1 000) ou par consultation	année épisode
Taux de référence	Nombre de cas dirigés à un autre médecin	nombre de cas vus en consultation	année épisode
Taux d'hospitalisation	Nombre d'admissions à/ou de sorties de l'hôpital	personnes (pour 1 000 ou 100 000)	année
Taux de jours d'hospitalisation	Nombre de jours d'hospitalisation	personnes (pour 1 000 ou 100 000)	année
Durée moyenne de séjour	Nombre de jours d'hospitalisation	nombre d'admissions ou de sorties	année

Adapté de Pineault, Daveluy, 1995, p. 195.

Il faut revenir ici sur la notion d'épisode, fondamentale dans l'analyse de l'utilisation. Tel que mentionné plus haut, dans le cas d'une maladie à évolution rapide, l'épisode de maladie débute à un moment donné, augmente en intensité et se termine par la guérison, le décès ou l'apparition d'états intermédiaires. Dans le cas de maladies chroniques, l'épisode persiste et varie en intensité sans jamais réellement se terminer, jusqu'au décès (Pescosolido, 1992). La figure 2.3 reproduit l'épisode d'une maladie à évolution rapide vers la guérison.

La deuxième notion est celle de l'épisode de soins qui, selon J. A. Solon *et al.* (1960), correspond à un ensemble de services dispensés que l'on peut rattacher à un même épisode de maladie. Le concept de l'épisode de soins est alors particulièrement utile pour étudier le comportement du médecin à l'égard de l'utilisation des services cliniques, diagnostiques et thérapeutiques (Hornbrook *et al.*, 1985; Pineault, 1985).

FIGURE 2.4**Épisode de soins et continuité**

Dans le cas de maladies nécessitant une hospitalisation, l'épisode de soins hospitaliers est délimité par le temps d'hospitalisation. L'épisode de soins peut cependant déborder avant et après le séjour à l'hôpital.

L'épisode de soins est l'élément de base pour étudier la continuité des soins. Comme le représente la figure 2.4, la continuité, définie comme la prestation de services par un même professionnel ou par un même groupe de professionnels, peut se situer à l'intérieur d'un même épisode (Pescosolido, 1992). Il s'agit de la continuité intra-épisode, qui dépend en grande partie des comportements et des décisions du professionnel. Entre les épisodes, l'individu peut choisir de changer de professionnel et, dans ce cas, les ruptures dans la continuité inter-épisode sont davantage dues à des décisions de l'individu.

Un autre intérêt de l'épisode de soins est de permettre de distinguer différents profils parmi les utilisateurs de services, selon la fréquence de l'utilisation et le nombre d'épisodes de soins (Béland *et al.*, 1989). Ainsi, comme le montre la figure 2.5, une forte utilisation peut résulter d'un nombre variable d'épisodes de soins. Un seul épisode d'une maladie grave (III) peut expliquer, à lui seul, une utilisation élevée de services, tout comme une fréquence élevée d'épisodes de soins de moindre intensité, pour des maladies moins graves (I). Il est probable que la sur-utilisation des services se retrouve davantage dans cette dernière catégorie et c'est elle qu'on devrait surtout cibler pour réduire l'utilisation de services non requis.

FIGURE 2.5

Typologie des utilisateurs de services de santé selon la fréquence d'utilisation et le nombre d'épisodes pendant une période de temps définie

		Utilisation	
		Forte	Faible
Nombre d'épisodes	Élevé	I	II
	Faible	III	IV

Adaptée de Béland *et al.*, 1989.

Sources de données

Les statistiques sur l'utilisation des services, en plus de spécifier l'unité du temps d'observation, sont ventilées par types de service, âge, sexe, statut socioéconomique, diagnostics, et toute autre caractéristique sociale ou de santé des personnes utilisant les services de santé. Les données les plus fréquemment utilisées sont évidemment celles qui portent sur les soins hospitaliers, car elles sont plus facilement disponibles. De façon générale, les sources principales de données sont les banques de données médico-administratives (Borgès Da Silva *et al.*, 2011). Les enquêtes fournissent des données complémentaires fort utiles, mais elles rapportent l'opinion des utilisateurs, avec toutes les limites et les avantages que cela peut comporter. Nous reviendrons sur ce point plus loin.

Déterminants de l'utilisation des services

Tel que mentionné au début de ce chapitre, le processus de l'utilisation de services résulte de l'interaction entre deux comportements: celui de l'individu qui entreprend une démarche de recours à des soins et celui du professionnel de la santé qui oriente le malade dans le système de soins. Ainsi, certaines variables d'utilisation se rapportent plutôt au comportement de l'individu qui sollicite les soins, alors que d'autres se rapportent au professionnel de la santé. On peut ainsi classer les variables de l'utilisation de la façon suivante:

Utilisation de services demandés par l'individu :

- en réponse à une morbidité ressentie (ex. : consultation pour des symptômes, douleurs, malaises...);
- en réponse à une morbidité anticipée (ex. : mammographie chez une femme de 45 ans ayant des antécédents familiaux de cancer du sein).

Utilisation de services en grande partie contrôlée par le professionnel (le médecin) :

- en réponse à une morbidité diagnostiquée :
 - pour laquelle le patient consulte (confirmation médicale d'une morbidité ressentie);
 - qui a été découverte de façon fortuite par le médecin (morbidité non ressentie et non reconnue par l'individu) à l'occasion d'une visite de routine ou d'une consultation pour un motif autre (par exemple, la découverte d'une hypertension artérielle ou de diabète);
- en réponse à une morbidité anticipée par le médecin, mais non ressentie ni anticipée par l'individu (examens prescrits par le médecin en raison du risque individuel encouru par le patient; par exemple, une radiographie pulmonaire chez un gros fumeur, une glycémie ou un bilan lipidique chez un obèse, etc.).

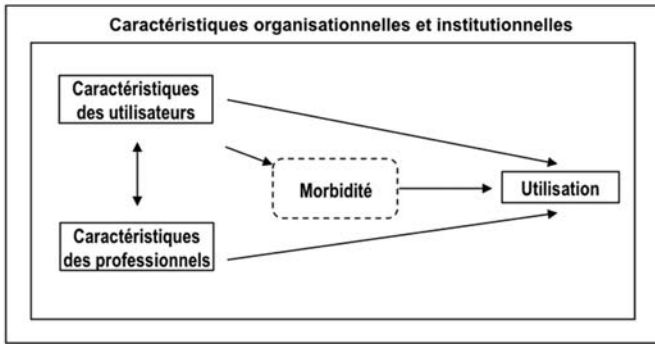
L'intérêt de cette typologie est de permettre de relier spécifiquement un comportement d'utilisation à un facteur déterminant. Ainsi, tel que mentionné plus haut, la décision de la première consultation à l'intérieur d'un épisode de soins incombe à l'individu. Le processus d'utilisation, mesuré par la première visite ou le nombre d'épisodes, renvoie donc aux caractéristiques des individus eux-mêmes. Et puis, toutes les visites suivantes, et plus particulièrement la prescription d'examen diagnostiques et de médicaments, se rapportent aux comportements du professionnel de la santé. Les caractéristiques de ce dernier peuvent donc influencer cette portion de l'utilisation des services. Évidemment, il existe une interaction entre les caractéristiques des individus (ex. : niveau socioéconomique) et celles des professionnels de la santé (ex. : origine sociale). Cette interaction peut influencer tant les comportements des individus que ceux des professionnels dans l'utilisation des soins.

La distinction entre soins et services aide à clarifier le rôle respectif de l'individu et du professionnel dans le mécanisme d'utilisation. L'individu demande et utilise des soins de santé. Le médecin prescrit des services. En d'autres termes, les soins représentent un ensemble de services prescrits par le médecin et que l'individu accepte ou non d'utiliser : c'est l'observance.

Les principales catégories de facteurs déterminant l'utilisation des services de santé sont présentées au tableau 2.2. Les relations entre ces facteurs au regard de l'utilisation sont illustrées à la figure 2.6. Bien entendu, la nature de la morbidité présentée par l'individu ou un groupe d'individus demeure le déterminant central de l'utilisation. De là l'importance de toujours considérer cette variable dans les comparaisons entre établissements (*case mix*). Ensuite, les caractéristiques des individus et des professionnels interviennent sur l'utilisation, que ce soit directement ou en interaction, comme nous l'avons souligné plus haut. Enfin, les caractéristiques des organisations qui fournissent les services et le cadre institutionnel dans lequel elles se trouvent influencent également l'utilisation des services.

TABLEAU 2.2**Les déterminants de l'utilisation des services de santé**

1 – Nature de la morbidité
- gravité
- urgence
2 – Caractéristiques des utilisateurs
- démographiques et géographiques (âge, sexe, région)
- socio-économiques et culturels (éducation, revenu, langue, ethnicité)
- psychosociaux (attitudes, valeurs)
3 – Caractéristiques des professionnels
- âge, sexe
- nombre d'années écoulées depuis l'obtention du M.D.
- spécialité
- caractéristiques psychosociales
- milieux de formation
4 – Facteurs organisationnels
- pratique solo vs de groupe
- hôpital (taille, % spécialistes, etc.)
- mode de rémunération
5 – Facteurs institutionnels
- régime d'assurance-maladie
- cadre régissant l'exercice des pratiques professionnelles (législations et réglementations)
- quantité et type de ressources présentes

FIGURE 2.6**Déterminants de l'utilisation des services de santé**

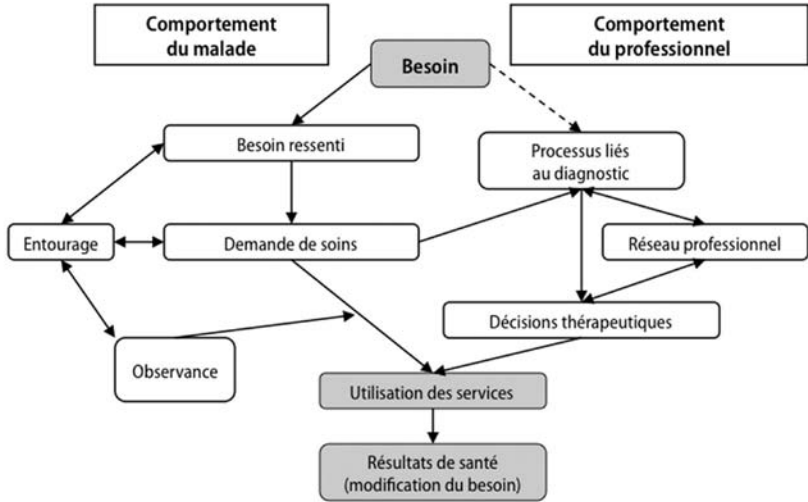
Plusieurs modèles ont été proposés par différents auteurs pour expliquer les processus d'utilisation. Dans ces modèles, on retrouve, à des degrés variables, les catégories de déterminants de l'utilisation présentées au tableau 2.2 et à la figure 2.6. Les plus connus sont sans doute ceux qui ont été proposés par A. Donabedian (1973) et par R. Andersen et J. F. Newman (1973) (voir aussi Andersen, 1995).

Le modèle de Donabedian est le plus proche de la démarche que nous proposons dans ce chapitre. La figure 2.7 montre que l'utilisation résulte de deux chaînes de comportements, celui de l'individu qui a recours aux soins et celui du professionnel qui les dispense. On y voit également l'influence que l'entourage exerce sur les mécanismes décisionnels de l'individu, et celle du réseau professionnel sur les décisions diagnostiques et thérapeutiques du médecin. La figure 2.8 présente le modèle de Donabedian à une échelle réduite et synthétique, ainsi que le contexte dans lequel ces processus évoluent. Les caractéristiques de contexte sont à la fois l'environnement organisationnel immédiat dans lequel les soins sont fournis et l'environnement plus large constitué par le système de santé tout entier.

L'autre modèle le plus connu pour expliquer l'utilisation des services de santé, celui de R. Andersen et J. F. Newman (1973) (voir figure 2.9), classe en trois catégories les différents déterminants de l'utilisation présentés au tableau 2.2 : les facteurs de prédisposition correspondent aux caractéristiques des individus (âge, sexe, niveau socioéconomique) ; les facteurs de capacité représentent les caractéristiques du système de soins et, notamment, les facteurs liés à l'accessibilité ; enfin, les facteurs de

FIGURE 2.7

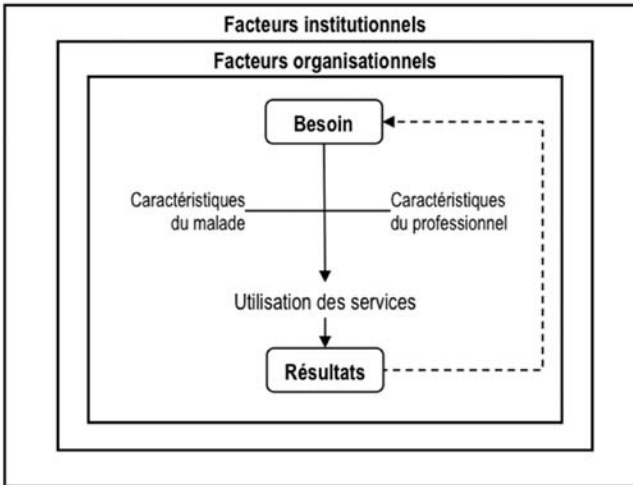
Le processus d'utilisation selon Donabedian



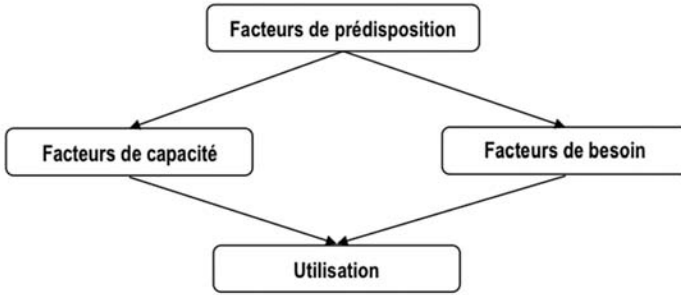
Adaptée de Donabedian, A., *Aspects of Medical Care Administration*, Harvard University Press, 1973, p. 59.

FIGURE 2.8

Les déterminants de l'utilisation selon Donabedian



Adaptée de Donabedian, A., *Aspects of Medical Care Administration*, op. cit., p. 60.

FIGURE 2.9**Modèle comportemental de l'utilisation des services de santé d'Andersen et Newman**

besoins se définissent par l'état de santé des individus, leurs états morbides, les facteurs de risque et l'incapacité.

Malgré sa grande popularité, le modèle d'Andersen et Newman a été fortement critiqué par des auteurs qui y ont ajouté ou intégré diverses composantes pour construire des modèles plus complets (Pescosolido, 1992). Ces critiques ont d'ailleurs suscité une réplique de la part d'Andersen (1995). En somme, la finalité de tous les modèles est de pouvoir expliquer et prédire l'utilisation des services de santé. Une abondante littérature sur le sujet est disponible, mais en faire une revue déborderait le cadre de ce livre (Kasper, 2000 ; Eisenberg, 2002).

Dans le tableau 2.3, on trouvera un récapitulatif des effets qu'ont les principaux facteurs sur l'utilisation des services. Ainsi, plus grave est la morbidité, plus fréquente et plus intense sera l'utilisation. L'utilisation augmente également avec l'âge. Les femmes, pour leur part, utilisent davantage les services de santé que les hommes, mais cette utilisation plus fréquente s'explique en grande partie par la grossesse et l'accouchement. Le niveau socioéconomique influence également l'utilisation : les plus défavorisés, bien que souvent plus nombreux à être malades, ont une accessibilité financière réduite, et, en l'absence d'un régime d'assurance maladie universel, ils utilisent moins les services de santé. En ce qui concerne les caractéristiques des médecins, plus leur nombre est important, plus l'utilisation est élevée. Toutes choses étant égales par ailleurs, les spécialistes génèrent une plus grande utilisation des services et bien souvent des services plus coûteux. L'influence de la formation médicale sur l'utili-

TABEAU 2.3**Tableau récapitulatif des effets de certains facteurs sur l'utilisation**

Déterminants	Effet probable
1 – Nature de la morbidité • incidence, prévalence, gravité, urgence +	+
2 – Caractéristiques des individus • âge + • sexe (F vs H) • socio-économique	+ + + –
3 – Caractéristiques liées aux professionnels • nombre + • spécialisation + • formation • âge	+ + + – – +
4 – Organisation de la pratique médicale • rémunération acte vs salaire • rémunération à la capitation vs à l'acte • pratique groupe vs solo	+ – – +
5 – Facteurs institutionnels • assurance-maladie universelle • quantité des ressources • mode de paiement des ressources : – budget global – paiement par cas et épisode – paiement à la capitation – paiement par service rendu et par item	+ + – + – – +

+ utilisation plus élevée

– utilisation plus faible

sation n'est pas claire. En effet, la formation reçue dans des centres très spécialisés pourrait entraîner une plus forte utilisation des ressources, particulièrement des technologies. Par contre, une plus grande expertise, acquise par une meilleure formation, peut garantir l'utilisation plus judicieuse de services et par conséquent, au total, réduire l'utilisation.

Du côté de l'organisation de la pratique médicale, il est convenu que la rémunération à l'acte augmente l'utilisation des services comparativement aux autres modes de rémunération, notamment la capitation et le mode salarial. Quant au genre de pratique, en solo ou en groupe, il influence également l'utilisation des services. Généralement, la pratique de groupe favorise une utilisation plus parcimonieuse des services, mais

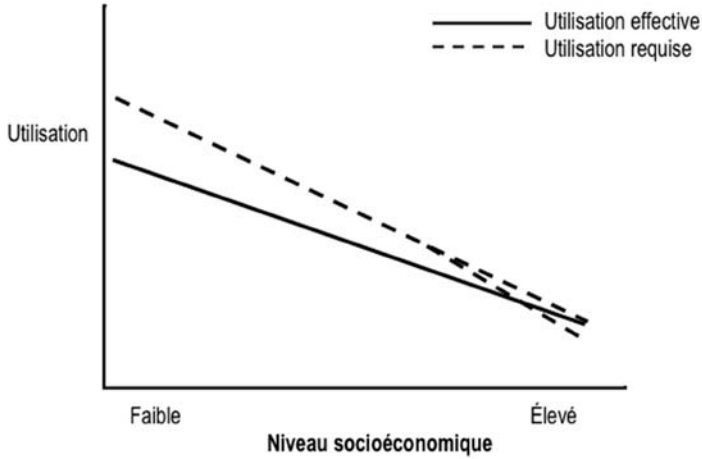
cela dépend des normes prévalant dans le groupe. Il est sûr que la pratique de groupe favorise l'application de lignes directrices et une visibilité plus grande de la pratique individuelle par les pairs. Ces deux facteurs contribuent vraisemblablement à une utilisation plus judicieuse des services.

Parmi les caractéristiques institutionnelles, la présence d'un régime d'assurance maladie universel augmente l'utilisation, surtout chez les moins nantis. La quantité de ressources est aussi déterminante : plus il y a de ressources, plus l'utilisation est grande, entraînant même souvent une utilisation excessive de services non médicalement requis. En outre, à cause des incitatifs qu'il contient, le mode de paiement influence également l'utilisation. Par exemple, le budget global consenti aux établissements tend à réduire l'utilisation, du moins le nombre d'admissions, puisque leur revenu n'est pas lié au nombre de services fournis. En revanche, ce mode de paiement favorise un séjour plus long des malades. À l'opposé, le mode de paiement à l'épisode, ce qu'on appelle la tarification à l'activité en France, encourage des séjours plus courts. Enfin, le mode de remboursement pour chacun des services ou des actes fournis est celui qui encourage le plus l'utilisation des services. Nous reviendrons sur ce point au chapitre suivant.

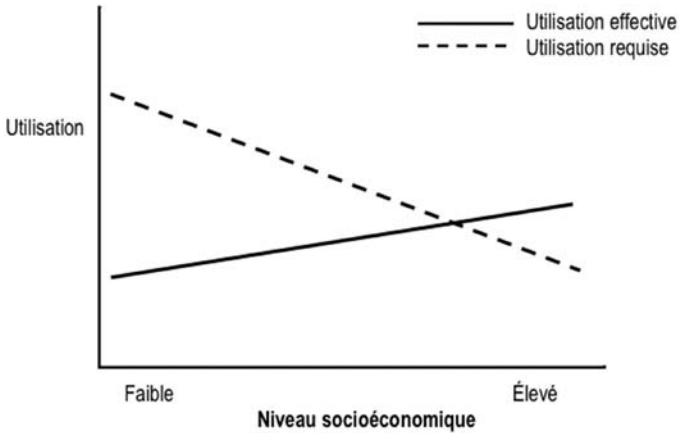
La difficulté principale rencontrée dans l'étude des déterminants de l'utilisation des services est d'identifier les effets spécifiques de chacun. Reprenons l'exemple du niveau socioéconomique. On sait que le niveau socioéconomique plus faible d'un individu est associé à un moins bon état de santé, et donc à de plus grands besoins. On devrait donc retrouver une plus grande utilisation des services chez les plus défavorisés, lorsque les besoins sont égalitairement comblés. Or, les barrières financières interviennent dans la réduction à l'accès aux soins des personnes plus défavorisées sur le plan socioéconomique. Le résultat en est vraisemblablement une utilisation des services plus faible chez les plus défavorisés. C'est précisément cet obstacle financier que tend à réduire un programme d'assurance maladie universel. Les figures 2.10 et 2.11 illustrent, par un exemple hypothétique, quelles sont les relations entre l'utilisation des services et le niveau socioéconomique, selon qu'il existe ou non un régime d'assurance maladie universel. On peut noter que l'écart entre l'utilisation requise et l'utilisation effective, correspondant aux besoins non comblés, est plus grand pour les défavorisés que pour les mieux nantis. Cette différence n'est toutefois pas complètement éliminée par la présence d'un

FIGURE 2.10

Relation entre le niveau socioéconomique et l'utilisation dans un régime d'assurance maladie universel

**FIGURE 2.11**

Relation entre le niveau socioéconomique et l'utilisation en l'absence d'un régime d'assurance maladie universel



régime d'assurance maladie universel. En l'absence d'assurance maladie, l'écart selon les niveaux socioéconomiques est encore plus marqué, et l'on remarque que les plus démunis, en dépit de besoins beaucoup plus grands, utilisent moins les services de santé que les plus riches.

Utilisation rapportée par l'utilisateur de services : l'expérience de soins

Au début de ce chapitre, nous avons mentionné que l'utilisation pouvait être définie par le professionnel qui fournit les services, mais aussi par l'individu qui les reçoit. Le point de vue du professionnel, davantage fondé sur la morbidité diagnostiquée, est documenté dans les banques de données médico-administratives, alors que le point de vue des utilisateurs de services, fondé sur la morbidité ressentie, est davantage pris en compte dans les enquêtes. L'utilisateur de services a, bien entendu, un regard subjectif sur l'utilisation qu'il en fait. Sa perception de la façon dont les services lui sont fournis correspond à ce que des auteurs ont appelé l'expérience de soins.

L'expérience de soins reflète le jugement subjectif de l'individu. En conséquence, la validité de ce jugement peut varier selon des éléments particuliers des soins faisant l'objet de l'appréciation. Ainsi, le point de vue de l'utilisateur est particulièrement pertinent pour évaluer les aspects non cliniques des soins, alors que pour les aspects strictement cliniques, son point de vue, ne reposant pas sur des critères scientifiques, peut se révéler fort différent de celui du professionnel. Quoiqu'il en soit, ce jugement porté par l'individu sur son expérience de soins est important, car il détermine d'autres comportements, notamment l'observance de l'individu aux directives du professionnel.

L'expérience de soins réfère au continuum des services reçus par un individu dans sa relation avec le système de soins (Safran, 2003). Elle peut être générale et couvrir l'ensemble des services reçus durant une période de temps donnée, ou être plus spécifique et se limiter au dernier contact avec le système de soins. Elle peut également porter sur un niveau de soins, par exemple, les soins reçus durant une hospitalisation ou les soins prodigués par des médecins spécialistes ou généralistes. L'expérience de soins a particulièrement été appliquée à l'étude des services de première ligne, pour apprécier les services fournis par une source régulière de soins (Browne *et al.*, 2010 ; ICIS, 2009 ; Haggerty *et al.*, 2008).

Les principales dimensions de l'expérience de soins sont l'*accessibilité*, la *continuité*, la *réactivité*, la *globalité* et les *résultats* des soins (Haggerty *et al.*, 2007; Pineault *et al.*, 2008). L'*accessibilité* se rapporte à la facilité d'utiliser les services par les personnes, compte tenu des barrières géographiques, organisationnelles, économiques ou culturelles à l'utilisation. La *continuité* a plusieurs aspects. Elle peut décrire le phénomène de fluidité et d'absence de rupture dans une séquence temporelle, au cours de laquelle plusieurs services sont fournis. C'est aussi l'aspect relationnel de la continuité, reflétant une certaine longitudinalité dans la relation entre le patient et le professionnel. Quant à la continuité informationnelle, elle est liée à l'information sur le parcours du patient qui reçoit des services de sources multiples. Enfin, la continuité de coordination apprécie le degré de cohésion entre les services rendus par les différents professionnels ou lieux fréquentés par le patient (Haggerty *et al.*, 2003). La *réactivité* consiste en la réponse aux attentes légitimes des individus en ce qui a trait aux aspects autres que techniques et cliniques des soins. La réactivité présente deux composantes principales : le respect des personnes et l'attention accordée au patient (Levesque, Pineault *et al.*, 2010). La *globalité* apprécie la réponse du professionnel et de son organisation à l'ensemble des besoins de services de santé requis (Starfield, 1998). Les *résultats* des soins décrivent les effets ou les conséquences des services sur la santé des personnes (Pineault *et al.*, 2008).

L'information recueillie sur l'expérience de soins provient généralement d'enquêtes et reflète donc le point de vue de l'utilisateur sur les services reçus (Safran, 2003). On a souvent associé ces enquêtes à des études sur la qualité perçue ou sur la satisfaction. Cependant, l'expérience de soins, bien qu'elle ait un lien avec la satisfaction des patients, s'en distingue : le patient témoigne de son expérience, sans égard au fait que cette expérience ait pu lui procurer ou non de la satisfaction. Dans ce sens, à l'exception des résultats perçus, l'expérience de soins renseigne sur les processus de soins, alors que la satisfaction est plutôt une mesure de résultats.

* * *

Dans ce chapitre, nous avons traité de l'utilisation des services de santé en réponse aux besoins exprimés par les individus ou au niveau de la

population. La définition du processus de l'utilisation nous a amené à préciser son déroulement dans le temps et le regroupement des services à l'intérieur de l'épisode de soins. L'utilisation des services est un processus résultant de la rencontre de deux perspectives, celle du patient, qui entame la démarche, et celle du professionnel, qui oriente le patient par la suite dans le réseau complexe des services de santé. Cette perspective est celle qu'adopte le modèle des déterminants de l'utilisation de Donabedian. Parmi les facteurs influençant l'utilisation, un plus grand degré de gravité ou d'urgence d'une affection et le niveau socioéconomique des individus, leur âge et leur sexe (F vs H) influencent à la hausse l'utilisation des services. De plus, les caractéristiques des professionnels, de l'organisation de leur pratique, de même que les modes de rémunération des médecins et de remboursement des établissements comportent des incitatifs qui influencent l'utilisation. Enfin, le point de vue du patient est davantage pris en compte par l'expérience de soins, telle que documentée par les enquêtes auprès des utilisateurs de services.

Exercices

1. Indicateurs d'utilisation des services

L'utilisation des services médicaux peut être mesurée par plusieurs indicateurs, notamment :

- le nombre des différents actes médicaux posés ;
- le nombre de consultations auprès de médecins ;
- le nombre d'épisodes de soins ;
- la valeur monétaire des services médicaux fournis.

Selon vous, lequel de ces indicateurs est le plus approprié pour :

- Apprécier le comportement des individus face à l'utilisation des services. _____
- Mesurer la part des services médicaux dans les dépenses de santé. _____
- Apprécier le comportement des médecins face à une demande de soins. _____
- Connaître le niveau de médicalisation de la communauté. _____

2. Utilisation des services : distribution par tranches d'âge de la population

Deux populations égales en nombre (un million d'habitants) et ayant accès de la même manière à tous les services de santé requis ont les caractéristiques suivantes :

Proportion de		Pop. A (%)	Pop. B (%)
0-1 an		3	2
2-14 ans		30	25
15-64 ans		60	60
65 ans et +		7	13
Femmes de 14 à 49 ans		30	20

De plus, ces deux populations ont des taux de mortalité spécifiques par tranches d'âge et par sexe identiques.

Laquelle des populations devrait avoir :

- le taux d'admissions dans les centres hospitaliers de soins de courte durée le plus bas (excluant les accouchements) ?
- le nombre de césariennes le plus élevé ?

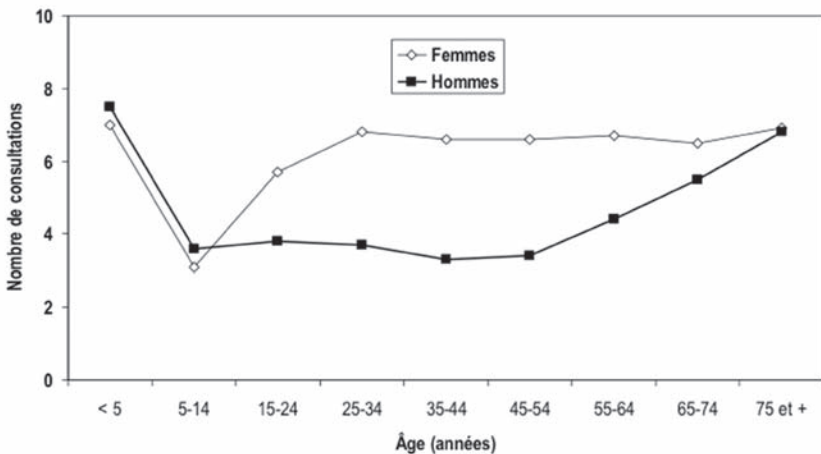
- 2.3 la durée moyenne de séjour dans les centres hospitaliers de soins de courte durée le plus bas ?
- 2.4 le taux brut de mortalité le plus élevé ?
- 2.5 le taux standardisé de mortalité des femmes de 14 à 49 ans le plus faible ?

3. Utilisation des services : différences selon le sexe et l'âge

Dans le schéma suivant, comment interprétez-vous les différences entre les hommes et les femmes ?

FIGURE 2.12

Nombre de consultations médicales par personne par année (en dehors de l'hôpital) selon l'âge et le sexe



4. Utilisation des services : effets d'une diminution de ressources

Une région ayant une population de 200 000 habitants dispose d'un hôpital de soins de courte durée de 500 lits. On ferme dans cet hôpital 100 lits. En supposant que cette population est captive, c'est-à-dire qu'elle ne peut avoir recours à des services en dehors de cette région, indiquez quel sera l'effet de cette mesure sur les indicateurs suivants pour l'hôpital en question.

Indicateurs	Diminue	Augmente
4.1 Durée moyenne de séjour		
4.2 Taux d'occupation		
4.3 % des admissions en chirurgie par rapport à toutes les admissions		
4.4 % des admissions d'urgence par rapport à l'ensemble des admissions		

5. Utilisation des services : effets sur les ressources

Trois régions ayant une population égale en nombre ont globalement des ressources suffisantes et, de plus, elles ont des états de santé similaires. Ce qui les différencie est uniquement le nombre de médecins pour 10 000 habitants et le nombre de lits d'hôpitaux de soins de courte durée pour 1 000 habitants.

	Régions		
	A	B	C
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	60	100	100
Nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants	5	3	5

Dans quelle région :

5.1 le nombre d'examen médicaux faits à des patients non hospitalisés devrait-il être le plus grand ?			
5.2 la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés devrait-elle être la plus longue ?			
5.3 le nombre d'admissions à l'hôpital devrait-il être le plus faible ?			

Note : Toutes les régions n'ont pas nécessairement à être représentées dans vos réponses.

6. Utilisation : effets des ressources et de la distribution par âge de la population

Trois régions qui ont globalement suffisamment de ressources et dont les populations sont égales en nombre présentent les caractéristiques suivantes :

	Régions		
	A	B	C
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	60	60	100
Pourcentage de la population de plus de 65 ans	14%	6%	6%

6.1 Les médecins sont rémunérés à l'acte. Dans quelle région la consommation des soins médicaux par personne de 65 ans et plus devrait-elle être :

- | | | | |
|------------------|---|---|---|
| - la plus élevée | A | B | C |
| - moyenne | A | B | C |
| - la plus faible | A | B | C |

6.2 Les médecins sont salariés. Dans quelle région le nombre total de services médicaux rendus par tous les médecins devrait-il être :

- | | | | |
|------------------|---|---|---|
| - le plus élevé | A | B | C |
| - moyen | A | B | C |
| - le plus faible | A | B | C |

6.3 Indépendamment du mode de rémunération, dans quelle région la charge de travail (temps total consacré en moyenne par chaque médecin aux soins de ses patients durant une semaine) devrait-elle être :

- | | | | |
|------------------|---|---|---|
| - la plus élevée | A | B | C |
| - moyenne | A | B | C |
| - la plus faible | A | B | C |

7. Utilisation : effets de la distribution par âge de la population et du niveau des ressources

Trois régions, ayant chacune une population de 300 000 habitants et dont les médecins sont rémunérés à l'acte, ont un niveau suffisant de ressources et sont comparables à tous les points de vue, sauf pour les caractéristiques suivantes :

	A	B	C
Nombre de lits d'hôpitaux de courte durée	1 500	1 000	1 500
Nombre de médecins	300	300	250
Nombre de personnes de 65 ans et +	35 000	35 000	30 000

Dans quelle région vous attendriez-vous à trouver :

- 7.1 le nombre total de jours d'hospitalisation le plus faible ?
- 7.2 le nombre de visites au cabinet du médecin le plus élevé ?
- 7.2 la durée de séjour moyen à l'hôpital la plus courte ?

8. Sources de données pour l'utilisation des services

Deux sources importantes de données pour mesurer l'utilisation des services de santé sont les bases de données médico-administratives (BDMA) et les enquêtes (E). Dites laquelle de ces deux sources permet de documenter le mieux :

8.1 l'expérience de soins	
8.2 la continuité	
8.3 l'accessibilité	
8.4 les besoins non comblés	
8.5 la fréquence des services utilisés	
8.6 la morbidité diagnostiquée	
8.7 la morbidité ressentie	

CHAPITRE 3

Analyse de la production de services : les ressources

Objectifs du chapitre

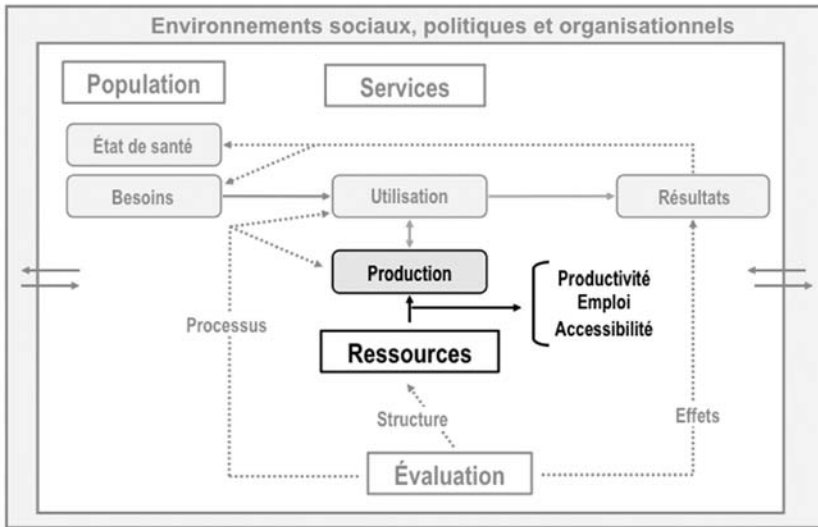
12. Décrire les différents types de ressources et modes de financement des services de santé.
13. Expliciter les facteurs intervenant entre la disponibilité d'une ressource et la production de services, et liés à l'accessibilité, l'emploi et la productivité d'une ressource.
14. Identifier et définir les différentes dimensions de l'accessibilité d'une ressource et caractériser leur relation avec l'utilisation des services.
15. Définir et calculer des indices de dépendance de la population (IDP) et des indices de dépendance des ressources (IDR).
16. Distinguer bassin de desserte et territoire desservi.
17. Définir la productivité et distinguer productivité globale, totale, moyenne et marginale.
18. Définir l'emploi d'une ressource.
19. Analyser l'emploi d'une ressource et calculer les différentes réserves : manifeste, latente, justifiée et injustifiée.

Jusqu'ici, notre analyse a porté sur les besoins exprimés par les individus dans leurs démarches actives pour recourir à des services. Nous avons précisé dans le chapitre précédent que l'utilisation résultait d'une démarche mixte, d'abord entreprise par l'individu, mais également influencée par les professionnels qui offrent des services. Implicitement, en référant aux professionnels responsables de l'utilisation des services, nous avons reconnu le caractère indissociable de la demande et de l'offre de services. Bien entendu, tout service utilisé doit nécessairement être produit.

Ces considérations posent les bases du présent chapitre portant sur l'offre de services et l'analyse des ressources. Nous passons donc de la demande à l'offre de services, et notre analyse déplace également sa perspective vers la production de services. La figure 3.1 place l'analyse pré-

FIGURE 3.1

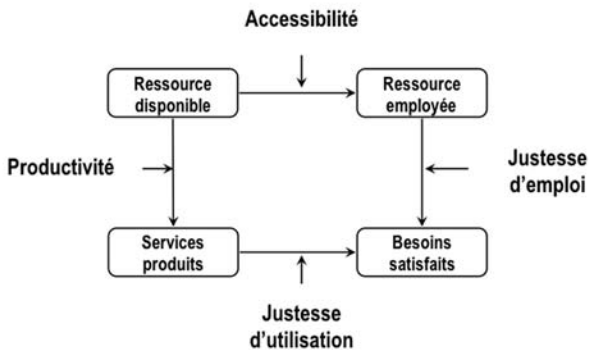
Le système de santé : les ressources



sentée ici en rapport avec la démarche générale d'analyse du système de santé. L'analyse d'une ressource repose sur le postulat de l'existence de facteurs intervenant entre une ressource et sa capacité à produire des services et à satisfaire les besoins des individus (figure 3.2).

FIGURE 3.2

Analyse d'une ressource



Entre la ressource disponible et son emploi interviennent des facteurs liés à l'accessibilité de la ressource. Nous considérons ici l'accessibilité comme une caractéristique d'une ressource. Cela se justifie par le fait que l'emplacement d'une ressource est relativement fixe et que c'est l'individu qui se déplace pour y accéder. L'accessibilité se définit essentiellement par une distance entre les caractéristiques d'une ressource et celles des individus qui y accèdent. Nous reviendrons plus loin sur ce point. Entre la ressource employée et la production de services interviennent des facteurs liés à la productivité. Ces services produits peuvent être justifiés ou non, selon des lignes directrices ou des normes de bonne pratique, généralement définies au regard de leur capacité à satisfaire des besoins de santé des individus. C'est également ici qu'intervient l'application des données probantes, dont nous parlerons au chapitre suivant.

Avant d'aborder l'analyse de ces facteurs liés à l'accessibilité, il convient tout d'abord d'apporter quelques précisions sur les ressources elles-mêmes, leur type, leur répartition et leurs modes d'allocation, particulièrement au regard du financement.

Type de ressources

Les ressources sont de trois types : humaines, physiques et financières. Les ressources humaines sont la composante la plus importante, tant en raison de la part du budget qu'elles représentent que de la complexité de leur gestion et de leur répartition sur les territoires. Les ressources physiques comprennent les installations physiques, mais aussi les technologies, tant de l'information que celles qui soutiennent la production de services cliniques. Enfin, les ressources financières comprennent les budgets, les dépenses et, de façon générale, tout ce qui est relié au financement, incluant la rémunération du personnel. Les ressources financières ont la particularité de pouvoir traduire également les autres ressources, humaines et physiques, en valeur monétaire. Cette capacité synthétique fait des ressources financières une mesure de choix dans la gestion et la prise de décisions.

Répartition des ressources à l'intérieur d'un pays ou d'une région

La répartition inégale des effectifs entre les régions, notamment entre les zones rurales et urbaines, soulève un problème important pour les décideurs. L'analyse de ces différences doit prendre en compte l'ensemble des ressources. Par exemple, pour évaluer correctement les besoins en nombre de médecins, il faut tenir compte de la disponibilité d'autres types de personnel, comme les infirmières praticiennes, les sages-femmes, les pharmaciens et d'autres professionnels qui peuvent libérer le médecin de certaines tâches et lui permettre de se concentrer sur d'autres pour lesquelles il est particulièrement qualifié. En d'autres termes, il faut considérer la substitution et la complémentarité entre les professionnels. La substitution permet de transférer des tâches d'un professionnel à un autre, et réaliser ainsi des économies, donc augmenter la productivité du système de santé. La complémentarité permet de rapprocher des professionnels dont les tâches sont liées de façon interdépendante et fonctionnelle pour produire des services. On augmente ainsi leur productivité dans le système de santé en les rapprochant ou en les regroupant à l'intérieur d'une organisation. Pour déterminer de façon juste le niveau requis d'une ressource, il faut donc tenir compte de sa complémentarité et de sa substituabilité au regard des autres ressources. Sans ces deux paramètres, on ne peut conclure à la pénurie ou à l'excédent d'une ressource.

Financement

Le financement est au cœur du fonctionnement du système de santé et il est devenu une préoccupation primordiale pour les décideurs, dans un contexte où les coûts de santé augmentent plus rapidement que ne croît l'économie. Le financement du système de santé soulève deux questions : d'où provient l'argent et comment est-il distribué ?

D'abord, d'où provient l'argent ? Les sources de financement peuvent être publiques ou privées (Pineault, 2008). Le financement public peut être généré selon une formule assurancielle, comme en Allemagne et en France. On le dit inspiré d'un régime établi par Bismarck qui a introduit en Allemagne, dans les années 1880, une loi instituant l'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs, et dont les coûts étaient partagés par l'employeur et les salariés. Le financement public peut se faire également selon une formule de financement direct par le gouvernement, comme en Grande-Bretagne. Il s'agit alors d'un service de santé national. On associe cette dernière forme de financement à un régime *beveridgien*, en référence au rapport Beveridge commandé par Churchill à la suite de la crise des années 1930, et qui recommandait l'établissement d'un service de santé national, financé et contrôlé par l'État (van der Zee, 2007 ; Roy *et al.*, 2010).

L'autre source de financement est privée. Le financement provient alors d'une assurance privée ou, encore, il est assumé directement par l'individu. Le tableau 3.1 donne un aperçu de la répartition de ces différentes sources de financement dans cinq pays de l'OCDE. On peut constater que les systèmes de santé bénéficient généralement de sources de financement mixtes, avec prédominance d'un mode particulier qui confère au système un caractère distinctif.

La deuxième question relative au financement concerne l'attribution des fonds, qu'ils soient d'origine publique ou privée, et porte donc sur le mode de paiement des ressources. En ce qui a trait aux établissements de santé (hôpitaux, centres d'hébergement, centres de soins primaires), les modes de paiement peuvent prendre plusieurs formes. D'abord, le paiement attaché à chacun des services fournis. Cette façon traditionnelle comporte un incitatif à multiplier les services et, en conséquence, exerce un effet inflationniste sur le financement du système de santé. C'est un mode que l'on retrouve surtout aux États-Unis.

Plusieurs solutions de rechange ont été proposées pour le remplacer. Parmi celles-ci, il y a d'abord le budget global, ajusté ou non à la fin de

TABLEAU 3.1

Sources de financement de différents pays

R.-U. ¹	Public (87 %)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revenu du gouvernement (100%) ➤ Assurance sociale (0%)
	Privé (13 %)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assurance privée (50%) ➤ Frais supplémentaires (50%)
É.-U.	Public (45 %)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revenu du gouvernement (70%) ➤ Assurance sociale (30%)
	Privé (55 %)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assurance privée (74%) ➤ Frais supplémentaires (26%)
France	Public (80 %)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revenu du gouvernement (6%) ➤ Assurance sociale (94%)
	Privé (20 %)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assurance privée (65%) ➤ Frais supplémentaires (35%)
Canada	Public (72 %)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revenu du gouvernement (97%) ➤ Assurance sociale (3%)
	Privé (28 %)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assurance privée (46%) ➤ Frais supplémentaires (54%)
Grèce ¹	Public (43 %)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revenu du gouvernement (100%) ➤ Assurance sociale (0%)
	Privé (57 %)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assurance privée (30%) ➤ Frais supplémentaires (70%)

Source : Panorama de la santé 2007, OECD, 2007.

1. Des données pour la Grèce et le Royaume-Uni n'étaient pas disponibles pour le rapport de l'OCDE. Les estimations présentées proviennent de communications personnelles.

l'année, selon la performance. On critique ce mode de paiement surtout à cause de son manque de sensibilité relativement à la performance, parce qu'il ne contient généralement pas, ou peu, d'incitatifs à la productivité.

À l'opposé, le financement à l'épisode, inspiré des *Diagnostic Related Groups* (DRG) américains, qu'on appelle en France la tarification à l'activité, rembourse l'établissement pour un épisode de soins hospitaliers, quelle qu'en soit la durée, sur la base du rattachement du diagnostic à un groupe donné de maladies. Ce mode comporte un fort incitatif à la productivité (par exemple, la diminution des durées de séjours), qui peut en venir jusqu'à affecter la qualité des services dans certains cas plus complexes ou plus graves, ou à favoriser le développement de stratégies qui augmentent artificiellement la productivité (par exemple, la réadmission après avoir donné un congé), sans que l'efficacité du système s'en trouve augmentée (Stern, 1985; McCarthy, 1988).

Enfin, la capitation est un mode de financement qui prévoit par contrat un montant versé d'avance pour chaque individu inscrit à un programme

d'assurance. Ce mode a été adopté par les *Health Maintenance Organizations* (HMO) aux États-Unis. Il est associé à une forte productivité, sans toutefois comporter les effets pervers des paiements à l'épisode, car le maintien de la santé et la prévention des complications sont des éléments essentiels dans ces programmes d'assurance (Miller et Luft, 2002).

Un autre volet du paiement des ressources porte sur la rémunération du personnel. La majorité du personnel de la santé est salariée. Cependant, pour les médecins, plusieurs modes de rémunération existent, en plus du salaire ou des honoraires fixes. Il y a la rémunération au temps, soit à l'heure, soit à la vacation. Il y a également, comme pour les établissements, le mode de la capitation. Ce mode de rémunération, surtout lorsqu'il est établi dans des régimes de services intégrés, comme par exemple celui de *Kaiser Permanente* aux États-Unis, est associé à plusieurs effets bénéfiques : utilisation plus judicieuse des services, grande accessibilité, accent mis sur la prévention, haute productivité et très bons résultats de soins.

Cependant, le mode qui demeure le plus répandu est la rémunération à l'acte, selon laquelle le médecin est rémunéré pour chacun de ses actes. Bien qu'il comporte des incitatifs à la productivité et favorise une plus grande accessibilité, ce mode a été critiqué sur plusieurs points (Gosden *et al.*, 2001). D'abord, il favorise la multiplication des actes non justifiés. De plus, il décourage la substitution entre les professionnels payés à l'acte et les professionnels salariés et, par conséquent, fait obstacle au développement de la multidisciplinarité.

Le tableau 3.2 résume les principaux effets des différents modes de rémunération sur divers aspects de la performance du système de santé. Comme on peut le constater, aucun mode à lui seul n'atteint tous les objectifs souhaités. Il ressort de cette analyse qu'une rémunération mixte, combinant différents modes selon les circonstances, permet vraisemblablement de mieux atteindre un plus grand nombre d'objectifs de performance du système de santé qu'un mode unique de rémunération.

Facteurs intervenant dans la production de services par une ressource

Tel que mentionné au début de ce chapitre, trois séries de facteurs interviennent entre la disponibilité d'une ressource et la production effective

TABLEAU 3.2**Influence des modes de rémunération des médecins sur certains indicateurs de performance du système de santé**

	Accessibilité	Continuité	Utilisation	Coûts	Santé	Services inappropriés (non justifiés)
À l'acte	++	+ -	+	+	+ -	++
Au temps (incluant le salariat)	-	+	+ -	+ -	+ -	-
Capitation	+	++	-	-	++	--

+ = augmente

- = diminue

+ - = plus ou moins, pas d'effet

de services. Ce sont les facteurs liés à l'accessibilité, à la productivité et à l'emploi d'une ressource. Passons à leur analyse.

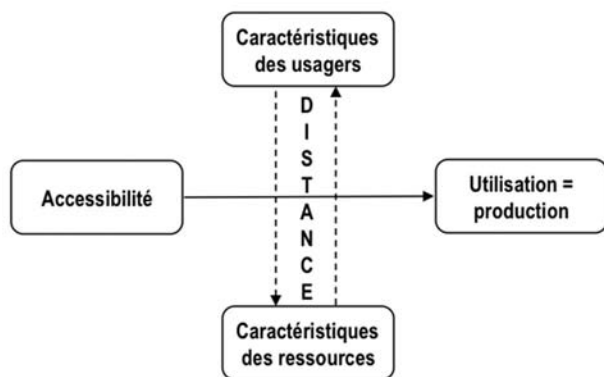
Accessibilité d'une ressource

Les facteurs qui interviennent entre la disponibilité d'une ressource et son emploi pour produire des services caractérisent l'accessibilité d'une ressource. Le terme «accessibilité d'une ressource» se distingue du terme «accès», qui désigne plutôt le recours à des services. Ainsi, l'accès à une ressource ou à un service sont souvent confondus avec l'utilisation. De même, le nonaccès ou la non-utilisation d'un service exprime une privation de l'utilisation pour des services requis et reflète donc un besoin non comblé.

L'accessibilité se définit par une distance qui s'est créée entre une source de services et ses utilisateurs (figure 3.3). Ce concept de «distance» ou de «friction de l'espace», d'abord utilisé pour exprimer la distance géographique, a ensuite été appliqué à d'autres types de distances, culturelles, sociales, économiques, etc., entre l'utilisateur et les ressources. Ainsi, les obstacles géographiques, économiques, organisationnels, sociaux et culturels entre un individu et une source de services définissent différentes dimensions de l'accessibilité.

FIGURE 3.3

Analyse de l'accessibilité



A. Donabedian (1973) distingue, quant à lui, deux types d'accessibilité : l'accessibilité géographique et l'accessibilité socio-organisationnelle. Il considère toute distance comme étant un élément de « résistance au déplacement », puisque l'individu doit se rendre de l'endroit où il se trouve jusqu'au lieu où sont dispensés des services. C'est aussi parce que cet emplacement est fixe que Donabedian préfère considérer l'accessibilité comme une caractéristique d'une ressource plutôt que d'un individu. L'accessibilité géographique se mesure par la distance à parcourir à vol d'oiseau ou selon un itinéraire, le temps de transport et le temps total écoulé, ou l'effort à fournir pour se rendre d'un lieu à l'autre.

L'accessibilité socio-organisationnelle se rapporte aux caractéristiques non spatiales des ressources, qui entravent ou facilitent l'utilisation des services. R. Penchansky et J. W. Thomas (1981) décrivent quatre dimensions de l'accessibilité socio-organisationnelle :

- *La disponibilité* : Tout en se distinguant du concept d'accessibilité, la disponibilité est un prérequis à l'accessibilité, dans le sens qu'une ressource ne peut être accessible que si d'abord elle existe.
- *La commodité* : Il s'agit ici du rapport entre, d'une part, le système d'accueil (ex. : système de prise de rendez-vous, heures d'ouverture, etc.) et, d'autre part, la capacité des clients à s'adapter à ces contraintes. On reconnaît, par exemple, que les limites que les heures d'ouverture

imposent peuvent, entre autres, retarder et même empêcher l'accès aux soins, particulièrement pour les travailleurs.

- *L'accessibilité économique*: Ce concept renvoie à la relation entre le coût des services et la capacité de les payer, basée soit sur le revenu des individus, soit sur un régime privé d'assurance maladie.
- *L'acceptabilité*: Ce concept désigne le rapport entre les attentes des individus à l'égard des caractéristiques personnelles et professionnelles des dispensateurs de services, et celles présentées par les employés en place. L'acceptabilité a également trait au rapport entre les attitudes de ces mêmes employés à l'égard des utilisateurs et les caractéristiques personnelles de ces derniers.

TABLEAU 3.3

Facteurs liés à l'accessibilité (caractéristiques des ressources)

1. Géographique	<ul style="list-style-type: none"> • distance • temps du trajet • coût de déplacement • effort total
2. Économique	<ul style="list-style-type: none"> • politique de paiement, de facturation • coût des services
3. D'accommodation	<ul style="list-style-type: none"> • heures d'ouverture • services téléphoniques • politiques d'admission • spécialisation
4. D'acceptabilité	<ul style="list-style-type: none"> • préférences religieuses • pratiques linguistiques • pratiques culturelles

Comme le résume le tableau 3.3, l'accessibilité économique réfère aux obstacles financiers et à la capacité de payer. L'accessibilité d'accommodation est caractérisée par les diverses entraves organisationnelles, telles que les heures d'ouverture, les services téléphoniques et de rendez-vous. La dimension de l'acceptabilité exprime la concordance entre les attitudes et les pratiques tant des utilisateurs que des professionnels qui offrent les services. Ces facteurs jouent un rôle important dans ce que comprend accéder à un point de service.

L'accessibilité est donc étroitement liée à l'utilisation, ce qui amène à en distinguer deux autres types : l'accessibilité primaire, qui représente les obstacles à l'accès aux services de première ligne, et l'accessibilité secondaire, qui représente les obstacles à l'accès aux services spécialisés

et ultraspécialisés. Comme pour l'utilisation, on peut concevoir que les déterminants de l'accessibilité primaire sont davantage liés aux caractéristiques de l'individu qui sont en interaction avec celles du médecin généraliste, alors que l'accessibilité secondaire est davantage déterminée par la relation entre le professionnel référant de première ligne et le consultant de deuxième ligne. Pour ces distinctions, si l'on fait un lien avec le réseau profane et le réseau professionnel d'orientation présentés au chapitre précédent, on pourrait caractériser ces deux niveaux de pratique comme étant dépendants davantage des patients (*client-dependent*), pour le premier, et plutôt dépendant des collègues (*colleague-dependent*), pour le deuxième (Freidson, 1970).

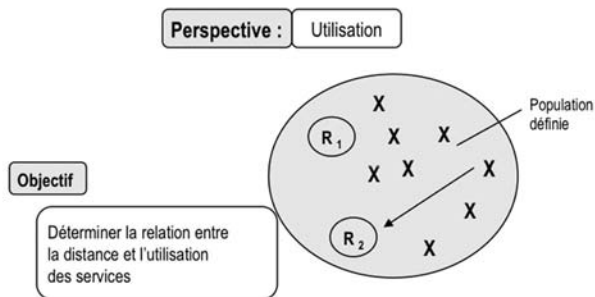
En pratique, l'analyse de l'accessibilité a deux applications que nous examinons ci-après : la première étudie l'utilisation des services en fonction de la distance ; la deuxième analyse la provenance des utilisateurs selon leur lieu de résidence.

Relation entre utilisation des services et distance de leur ressource²

Un schéma d'analyse de la relation entre l'utilisation et la distance est présenté à la figure 3.4. Il s'agit ici d'analyser le trajet parcouru par les individus, en termes de distance ou de temps, pour accéder à une ressource. On mesure souvent cette distance par la volonté des individus de parcourir une distance donnée pour accéder à un type de ressource.

FIGURE 3.4

Analyse de l'utilisation en fonction de la distance de la ressource



2. Cette section reprend en partie la matière présentée dans Pineault et Daveluy, 1995, p. 87-93.

Les études montrent, sans grande surprise, que la fréquence d'utilisation d'une ressource décroît avec la distance, d'où la fonction suivante :

$$y = \frac{a}{x^b}$$

y = fréquence de l'utilisation des services

a = constante

x = distance

b = coefficient de découragement, d'effort et de difficulté

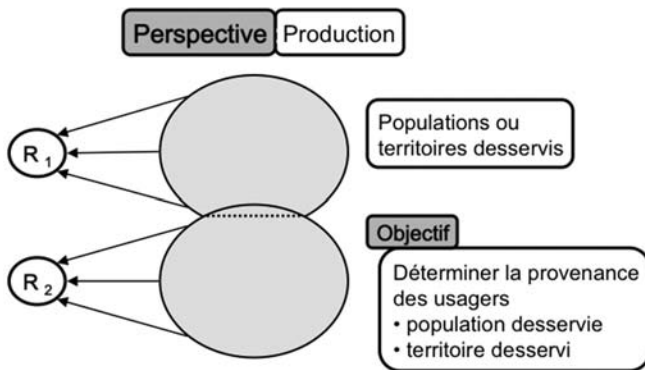
Ainsi, plus le coefficient b est élevé, plus la distance est grande, et moins l'utilisation sera élevée. On comprend que pour l'utilisation des mêmes services, le coefficient b peut varier selon l'âge, le niveau socio-économique, les pratiques religieuses ou culturelles, etc. Cette application de l'analyse de l'accessibilité se raccorde donc, en la complétant, à celle de l'utilisation des services présentée au chapitre précédent.

Production de services en fonction de la distance

La deuxième application de l'analyse de l'accessibilité porte sur la production des services en fonction de leur distance des utilisateurs (figure 3.5). On se trouve ici dans une logique de production de services, où les res-

FIGURE 3.5

Analyse de la production des services en fonction de la distance des usagers



sources sont définies au point de départ, et l'analyse porte sur la provenance des utilisateurs. Deux indices ont été développés pour caractériser la relation entre des ressources qui offrent des services et leurs utilisateurs. Ce sont l'indice de dépendance de la population (IDP) et l'indice de dépendance de la ressource (IDR). Comme leur nom l'indique, le premier cherche à mesurer le degré de dépendance d'une population envers une ressource et le second, le degré de dépendance d'une ressource envers une population (Pineault et Daveluy, 1995). À partir de l'IDP, on peut aussi déterminer le bassin de desserte et le territoire desservi (voir plus loin).

Un exemple hypothétique fera mieux comprendre la façon de construire de tels indices (tableau 3.4). Notre exemple se réfère à la ressource « hôpital », mais, bien entendu, il pourrait s'agir de toute autre ressource. Trois hôpitaux (A, B et C) desservent quatre régions (1, 2, 3, 4). Aux fins de cet exemple, supposons que tous les patients hospitalisés de ces quatre régions le sont dans les trois hôpitaux en question. Ainsi, le nombre total d'admissions à l'hôpital pour la région 1 est de 22 000 et ainsi de suite pour les autres régions.

TABLEAU 3.4

Nombre d'admissions hospitalières durant l'année selon les régions et selon les hôpitaux (exemple fictif)

	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C	Total
Région 1	15 000	6 000	1 000	22 000
Région 2	5 000	6 000	1 000	12 000
Région 3	2 400	600	4 200	7 200
Région 4	2 800	200	1 800	4 800
Total	25 200	12 800	8 000	46 000

Indice de dépendance de la population

L'indice de dépendance de la population (IDP) exprime le pourcentage de patients hospitalisés dans chacun des hôpitaux, par rapport à tous les patients hospitalisés d'une région donnée.

Ainsi, dans notre exemple, les indices de dépendance de la population sont les suivants :

Région 1	$IDP_{1A} \frac{15\,000}{22\,000} = 68,2\%$	$IDP_{1B} \frac{6\,000}{22\,000} = 27,3\%$	$IDP_{1C} \frac{1\,000}{22\,000} = 4,5\%$
Région 2	$IDP_{2A} \frac{5\,000}{12\,000} = 41,7\%$	$IDP_{2B} \frac{6\,000}{12\,000} = 50,0\%$	$IDP_{2C} \frac{1\,000}{12\,000} = 8,3\%$
Région 3	$IDP_{3A} \frac{2\,400}{7\,200} = 33,3\%$	$IDP_{3B} \frac{600}{7\,200} = 8,3\%$	$IDP_{3C} \frac{4\,200}{7\,200} = 58,4\%$
Région 4	$IDP_{4A} \frac{2\,800}{4\,800} = 58,3\%$	$IDP_{4B} \frac{200}{4\,800} = 4,2\%$	$IDP_{4C} \frac{1\,800}{4\,800} = 37,5\%$

Le total de 100 % pour chaque rangée représente tous les cas hospitalisés durant une année pour une région donnée. Ainsi, un indice de 100 % pour un hôpital signifierait que toutes les admissions de cette région auraient été concentrées dans cet hôpital. Cette donnée indiquerait donc un total degré de dépendance de cette région envers cet hôpital. Les résultats montrent que la région 1 est majoritairement dépendante de l'hôpital A ($IDP_{1A} = 68,2\%$), comme l'est également la région 4 ($IDP_{4A} = 58,3\%$). Les individus de la région 2 sont hospitalisés surtout à l'hôpital B et à un degré moindre à l'hôpital A. Enfin, la région 3 dirige les patients davantage vers l'hôpital C.

L'indice de dépendance de la population envers une ressource s'inscrit donc dans une perspective populationnelle de planification, puisque le dénominateur est défini par rapport à la population, c'est-à-dire aux individus hospitalisés dans une région, plutôt que par rapport à l'hôpital et aux patients hospitalisés dans un hôpital donné. L'indice de dépendance de la population est une mesure de la capacité d'une région, et des ressources qu'elle contient, à répondre aux demandes de service de sa population, c'est-à-dire à assumer une responsabilité populationnelle. Ainsi, pour une région donnée, plus l'indice est élevé, plus celle-ci est capable de répondre aux demandes de services de la population qui y réside. Voilà pourquoi certains préfèrent l'appeler indice de rétention (INSPQ, 2006). Nous verrons plus loin que cet indice sert à déterminer la population attirée par un établissement, ou le bassin de desserte de cet établissement.

Indice de dépendance de la ressource

L'indice de dépendance de la ressource (IDR) mesure la dépendance de chacun des hôpitaux envers les quatre régions, en ce qui concerne la pro-

venance de sa clientèle. Le dénominateur de l'indice est donc ici le nombre total d'admissions dans chacun des hôpitaux, au lieu d'être, comme dans le cas précédent, le nombre total d'admissions provenant de la région. Les calculs des indices sont comme suit :

Hôpital A			Hôpital B			Hôpital C		
IDR _{A1}	$\frac{15\ 000}{25\ 200}$	= 59,6%	IDR _{B1}	$\frac{6\ 000}{12\ 800}$	= 46,9%	IDR _{C1}	$\frac{1\ 000}{8\ 000}$	= 12,5%
IDR _{A2}	$\frac{5\ 000}{25\ 200}$	= 19,8%	IDR _{B2}	$\frac{6\ 000}{12\ 800}$	= 46,9%	IDR _{C2}	$\frac{1\ 000}{8\ 000}$	= 12,5%
IDR _{A3}	$\frac{2\ 400}{25\ 200}$	= 9,5%	IDR _{B3}	$\frac{600}{12\ 800}$	= 4,7%	IDR _{C3}	$\frac{4\ 200}{8\ 000}$	= 52,5%
IDR _{A4}	$\frac{2\ 800}{25\ 200}$	= 11,1%	IDR _{B4}	$\frac{200}{12\ 800}$	= 1,6%	IDR _{C4}	$\frac{1\ 800}{8\ 000}$	= 22,5%

Le total de 100 % pour chaque colonne correspond au total des cas admis à un hôpital donné, quelle que soit leur provenance. Comme le montrent les résultats, l'hôpital A dépend davantage de la région 1 pour sa clientèle et l'hôpital C, de la région 3. L'hôpital B est partagé également entre les régions 1 et 2. Il faut noter qu'aucun hôpital ne dépend de façon prédominante de la région 4.

L'IDR correspond donc à une perspective organisationnelle de planification et permet également de mesurer la pression que subissent les ressources d'une région donnée pour répondre aux demandes de services provenant d'autres régions. Plus l'indice est faible, plus celle-ci tend à fournir des services aux personnes qui résident en dehors de cette région. Certains l'appellent « indice d'attraction » (INSPQ, 2006). Mais dans ce cas, il semblerait plus logique de l'exprimer par le complément de la mesure, c'est-à-dire 100-IDR. Cette dernière mesure refléterait plus justement l'importance des services fournis aux individus résidant en dehors de la région où se trouve une ressource.

Déjà, on peut se faire une idée de l'utilisation des services d'hospitalisation dans ces régions en rapport avec les ressources hospitalières disponibles. L'hôpital A semble avoir une vocation supra-régionale et ultraspécialisée. L'hôpital B dessert surtout deux régions et a une capacité d'attraction moins grande que l'hôpital A. Enfin, l'hôpital C est un hôpital

plus petit, vraisemblablement plus périphérique, qui attire des patients en majorité d'une région et, à un degré moindre, des autres régions.

Bassin de desserte

Le bassin de desserte d'une ressource de santé, hospitalière ou autre est analogue à la population cible d'un programme de santé. Il représente les individus qui ont utilisé la ressource, mais également une certaine proportion de non-utilisateurs. Pour le calculer, il faut connaître la population totale des régions retenues. Dans le cas qui nous intéresse, les populations des quatre régions sont les suivantes :

région 1:	250 000	(pop 1)
région 2:	140 000	(pop 2)
région 3:	80 000	(pop 3)
région 4:	50 000	(pop 4)
Total :	520 000	

Tel que mentionné plus haut, le calcul du bassin de desserte est basé sur l'indice de dépendance de la population. Il se calcule, fort simplement, comme suit :

Bassin de desserte de l'hôpital A	$IDP_{1A} \times pop_1 =$	$\frac{68,2 \times 250\,000}{100} =$	170 500
	$IDP_{2A} \times pop_2 =$	$\frac{41,7 \times 140\,000}{100} =$	58 380
	$IDP_{3A} \times pop_3 =$	$\frac{33,3 \times 80\,000}{100} =$	26 640
	$IDP_{4A} \times pop_4 =$	$\frac{58,3 \times 50\,000}{100} =$	29 150
	Total:		284 670
Bassin de desserte de l'hôpital B	$IDP_{1B} \times pop_1 =$	$\frac{27,3 \times 250\,000}{100} =$	68 250
	$IDP_{2B} \times pop_2 =$	$\frac{50,0 \times 140\,000}{100} =$	70 000
	$IDP_{3B} \times pop_3 =$	$\frac{8,3 \times 80\,000}{100} =$	6 640
	$IDP_{4B} \times pop_4 =$	$\frac{4,2 \times 50\,000}{100} =$	2 100
	Total:		146 990

Bassin de desserte de l'hôpital C	$IDP_{1C} \times pop_1 =$	$\frac{4,5 \times 250\,000}{100} =$	11 250
	$IDP_{2C} \times pop_2 =$	$\frac{8,3 \times 140\,000}{100} =$	11 620
	$IDP_{3C} \times pop_4 =$	$\frac{58,4 \times 80\,000}{100} =$	46 720
	$IDP_{4C} \times pop_3 =$	$\frac{37,5 \times 50\,000}{100} =$	18 750
	Total:		88 340

Comme on peut le constater, l'hypothèse sous-jacente à ces calculs est la suivante : si x % des patients hospitalisés d'une région le sont dans un hôpital donné, il s'avère que le même pourcentage de la population de cette région est desservi par l'hôpital en question.

L'intérêt principal des bassins de desserte est évidemment de fournir un dénominateur populationnel aux différents indicateurs d'activités hospitalières. On peut raffiner davantage la méthode et constituer pour les différents programmes de l'hôpital ou de n'importe quelle ressource (ex. : périnatalité, maladies cardiométaboliques, etc.) des bassins de desserte différents. De plus, connaissant le lieu de résidence des usagers de l'hôpital et leurs caractéristiques sociodémographiques, on peut construire des bassins de desserte plus spécifiques pour chacun de ces programmes. Une fois ces bassins de desserte définis et en supposant que ceux-ci constituent la population cible de l'hôpital, on peut identifier les différentes caractéristiques démographiques, épidémiologiques, socioéconomiques de cette population et déterminer jusqu'à quel point les programmes et les services de l'hôpital répondent aux besoins des populations desservies.

De la même façon, le bassin de desserte peut servir à évaluer les effets d'une ressource ou de ses programmes sur son bassin de desserte. Dans ce cas, on peut calculer des taux de morbidité ou de mortalité spécifiques aux différents programmes de l'hôpital et du bassin de desserte correspondant. Ainsi, pour le bassin de desserte correspondant aux accouchements dans un hôpital donné, on peut rattacher la mortalité maternelle ou périnatale aux programmes dispensés par cet hôpital (services prénataux, obstétricaux, etc.). Bien sûr, il y a certains problèmes méthodologiques reliés à une telle évaluation auxquels nous reviendrons au chapitre suivant.

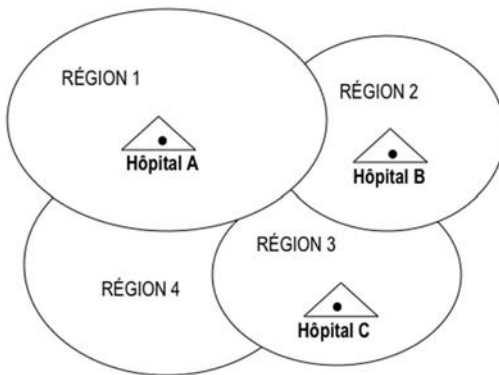
Territoire desservi

Les bassins de desserte correspondent à des populations desservies par une ressource. Ils ne représentent pas des territoires comme tels. En effet, le découpage territorial fait appel à la notion de zones mutuellement exclusives. Tel que mentionné plus haut, la façon habituelle de procéder pour définir le territoire est la suivante : chaque unité géographique est attribuée au territoire de la ressource hospitalière dans laquelle le plus grand pourcentage de patients est admis. Dans certains cas, le territoire peut être partagé en deux ou trois, si le pourcentage est comparable pour deux ou trois hôpitaux.

Encore ici, c'est l'indice de dépendance de la population qui est utilisé. Dans l'exemple que nous avons donné, et en prenant comme critère strict 50 % ou plus des patients admis dans un hôpital, les régions 1 et 4 constitueraient le territoire desservi par l'hôpital A, la région 2 constituerait le territoire desservi par l'hôpital B, et la région 3, celui de l'hôpital C (figure 3.6). Cet exemple illustre bien les limites de l'approche, lorsqu'elle ne tient pas compte de facteurs tels que la nature des services fournis, le niveau de soins, la répartition des admissions à l'intérieur d'une région donnée, etc.

Cette méthode est surtout utilisée pour délimiter de grandes régions, donc pour effectuer un découpage territorial au niveau de régions ou de pays. En général, un groupe de ressources est d'abord retenu et, selon

FIGURE 3.6
Emplacement des trois hôpitaux A, B et C par rapport aux quatre régions



l'utilisation de ces ressources, on délimite par la suite un territoire ou une région.

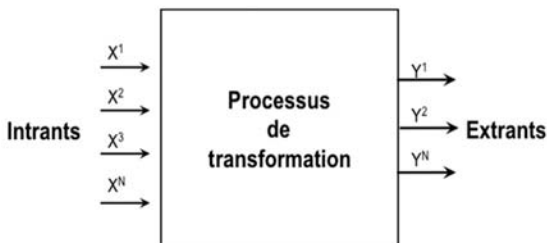
Productivité

La productivité se définit essentiellement comme étant le rapport entre des extrants et des intrants, à la suite du passage de ceux-ci au travers d'un processus de transformation (figure 3.7). Les intrants sont constitués des ressources financières, humaines et physiques. Ces ressources sont mobilisées pour produire des services, qui constituent les extrants. Plusieurs auteurs limitent la notion de productivité à la production de services. D'autres proposent qu'on applique également à la notion de productivité la production de résultats de santé (Donabedian, 1973). Dans ce cas, la productivité est mesurée par le rapport entre les indicateurs de santé et des ressources. On a aussi appelé la productivité « micro-efficience », lorsque l'analyse repose sur une composante du système de santé, par exemple un hôpital, par comparaison à la macro-efficience, qui se situe au niveau du système de santé. D'autres auteurs ont utilisé le terme efficacité plutôt que productivité, lorsque les intrants étaient exprimés en termes monétaires (Donabedian, 1973). Cette appellation risque cependant d'introduire une certaine confusion. Nous reviendrons sur le concept d'efficacité et sa mesure dans le chapitre suivant.

Ici, nous retenons donc la définition de la productivité comme le rapport entre des services produits et la quantité de ressources mobilisées pour les produire, que ces ressources soient exprimées en termes réels ou par leur valeur monétaire.

FIGURE 3.7

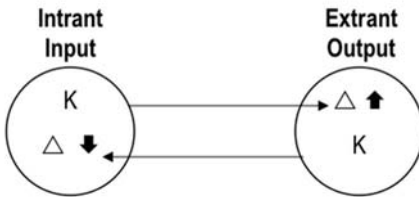
Productivité



Deux questions se posent au regard de la productivité (figure 3.8). Premièrement, à niveau de ressource constant, peut-on augmenter la production de services? Et deuxièmement, à niveau de production de services constant, peut-on diminuer les ressources?

FIGURE 3.8

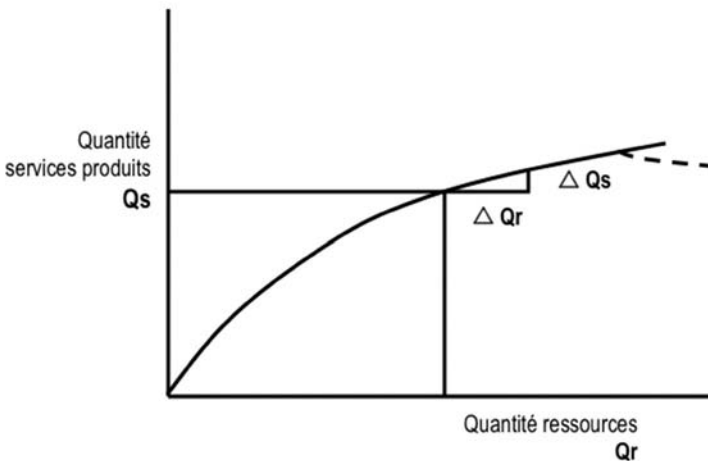
Deux questions posées par la productivité



En réalité, les choses ne sont pas aussi simples, car il existe différents types de productivité (figure 3.9). D'abord, on peut mesurer la productivité globale, c'est-à-dire la quantité totale de services produits. La productivité globale est représentée par Q_s dans la figure 3.9. À vrai dire, comme les services produits ne sont pas mis en lien avec les ressources consenties pour les produire, on ne peut parler ici de productivité, mais simplement de production de services. Pour avoir une véritable mesure de producti-

FIGURE 3.9

Les différents types de productivité



tivité, il faut mettre les ressources en rapport avec les services produits, ce que font la productivité moyenne et la productivité marginale. La productivité moyenne correspond à la quantité moyenne de services produits par unité de ressources. Elle est représentée par le rapport Q_s/Q_r dans la figure 3.9. A. Donabedian (1973) distingue deux types de productivité moyenne : la productivité totale et la productivité partielle. La différence entre les deux se situe au niveau des intrants. La productivité totale fait appel à tous les intrants pertinents, alors que la productivité partielle ne retient que les intrants critiques. Dans ce dernier cas, soit que les autres intrants sont négligeables en importance, soit que leur intrant critique est fixe, de sorte qu'un changement dans ce dernier est un indicateur valide du changement dans les autres. Dans tous les cas, on présume que la mesure de la productivité partielle représente la productivité totale. Enfin, la productivité marginale mesure la quantité additionnelle de services produits par unité de ressources ajoutée (Q_s/Q_r dans la figure 3.9). C'est la plus intéressante sur le plan économique et sur le plan de la gestion, car elle permet d'identifier le niveau des ressources au-delà duquel il n'est plus rentable d'en ajouter. En pratique, on peut mesurer la productivité marginale par la différence entre les productivités moyennes mesurées à deux moments différents, considérant les changements qui ont pu être introduits, au niveau des intrants, entre ces deux temps.

Comme nous l'avons mentionné au début de ce chapitre, la productivité est liée aux concepts de substitution et de complémentarité. En effet, la substitution d'une ressource par une autre, moins coûteuse pour produire les mêmes services, procure un gain de productivité. De la même façon, la mise en commun de différentes ressources, dans une perspective de complémentarité, peut avoir un effet de synergie plus grand que celui de leur simple addition ; elle en augmente donc la productivité.

Emploi d'une ressource

Une ressource disponible et accessible peut être employée pour produire des services. La question qui se pose à cette étape est de savoir si elle est employée de façon appropriée. Le critère de ce qui est approprié et justifié repose sur des normes ou des lignes directrices et, ultimement, sur la capacité de la ressource employée à satisfaire les besoins de santé des utilisateurs. De là l'importance de bien analyser l'emploi d'une ressource.

À l'instar de A. Donabedian (1973), nous préférons le terme « emploi » à celui d'« utilisation » pour bien distinguer le niveau des services utilisés de celui des ressources et de leur production, même s'ils sont interreliés. De façon générale, on peut catégoriser les indicateurs de ressources de la façon suivante : indicateurs de la capacité de la ressource, indicateurs de l'emploi de la ressource, et le rapport entre les deux précédents, capacité et emploi (tableau 3.5).

La capacité d'une ressource correspond à la quantité disponible de celle-ci ou à son potentiel théorique de production. Pour les activités liées à l'hospitalisation, par exemple, il s'agit du nombre de lits dressés ou utilisables et du nombre potentiel de jours d'hospitalisation par année. Les lits dressés ou utilisables désignent les lits qui peuvent accueillir des patients et pour lesquels on dispose du personnel suffisant pour fournir le niveau et le type de soins nécessaires (INSPQ, 2006). Leur nombre peut être différent du nombre de lits autorisés. L'emploi d'une ressource se rapporte à la partie de celle-ci qui est en utilisation, par exemple, le nombre de lits occupés par des malades dans un hôpital, à un moment donné ou en moyenne, pendant une période de temps. Cette quantité de ressources peut s'exprimer également par les services effectivement produits, par exemple, le nombre de jours d'hospitalisation par année. Enfin, le rapport entre la première et la deuxième catégorie s'exprime soit en termes de ressources, soit en termes de services produits. En prenant

TABLEAU 3.5

Types d'indicateurs relatifs aux ressources sanitaires

Type d'indicateur	Ressources (R)	Services (S)
Capacité de la ressource (C)	Quantité disponible de la ressource (R_1)	Production potentielle de services (S_1)
Emploi de la ressource (E)	Partie occupée de la ressource (R_2)	Quantité de services actuellement produits (S_2)
Rapport entre C et E	Ressource occupée/ ressource disponible $\left(\frac{R_2}{R_1} \right)$	Services produits/ production potentielle $\left(\frac{S_2}{S_1} \right)$ Services produits/ ressources disponibles $\left(\frac{S_2}{R_1} \right)$ Services produits/ ressources occupées $\left(\frac{S_2}{R_2} \right)$

l'hôpital comme exemple, le tableau 3.6 présente les mesures de l'activité hospitalière les plus fréquemment rencontrées.

Bien que ces mesures soient plus appropriées à la mesure des activités liées à l'hospitalisation, les concepts qui y sont sous-jacents peuvent s'appliquer à d'autres ressources comme l'urgence, le cabinet privé ou un programme de services à domicile. Ainsi, dans le cas d'une pratique médicale en cabinet, le nombre de lits dressés ou utilisables pourrait être transposé en nombre d'heures total de présence du médecin à son cabinet; au nombre d'admissions ou de sorties par an pourrait correspondre le nombre de malades vus en consultation durant la même période de temps, et ainsi de suite. Le point important à retenir est que les concepts sous-jacents à ces indicateurs s'appliquent à n'importe laquelle des ressources du système de santé, et que seul le manque de données, et parfois d'imagination, limite leur application et leur utilisation.

Voyons maintenant comment peut être analysé l'emploi d'une ressource (figure 3.10). À un moment donné, si l'on fait une analyse instantanée de l'emploi d'une ressource, on peut constater qu'une partie de

TABLEAU 3.6

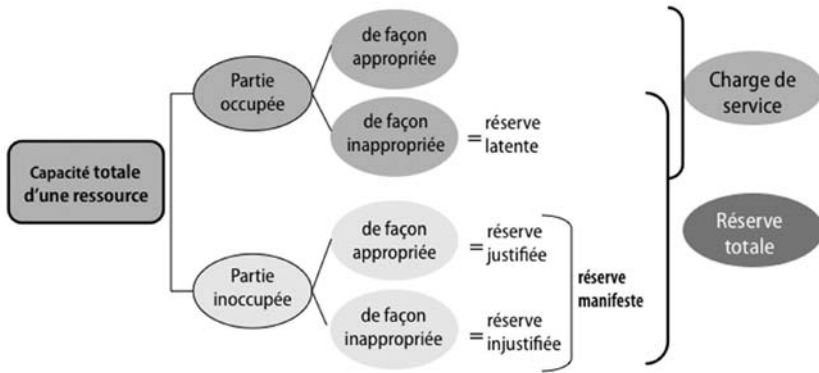
Indicateurs de ressources hospitalières et de leur emploi

Indicateurs	Mesures
A. Nombre de lits dressés (utilisables)	défini
B. Nombre potentiel de journées d'hospitalisation par année	$A \times 365$
C. Nombre moyen de lits occupés par année	voir note *
D. Nombre de journées d'hospitalisation par année	$C \times 365$
E. Nombre d'admissions (ou de sorties) par année	D / G
F. Taux d'occupation	C / A ou D / B
G. Séjour moyen	D / E
H. Taux de sortie (service) (nombre de sorties pour 1 000 journées d'hospitalisation potentielles par année)	$E / B \times 1\,000$
I. Taux de sortie (ressources) (nombre de sorties par lit dressé par année)	E / A
J. Taux de sorties (ressources employées)	E / C
K. Intervalle de roulement (nombre de journées non utilisées par sortie ou intervalle moyen entre une sortie et une admission)	$B - D / E$
L. Nombre de journées d'hospitalisation non utilisées par lit	$B - D / A$
M. Cycle de roulement moyen (séjour moyen + intervalle de roulement)	$B / E = G + K$

Note *: Moyenne des recensements quotidiens.

FIGURE 3.10

Analyse de l'emploi d'une ressource



Adaptée de Donabedian, A., *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1973, p. 323.

celle-ci est occupée et qu'une autre ne l'est pas. Prenons encore une fois l'exemple de l'hôpital. Un certain nombre de lits sont occupés, les autres sont inoccupés. Le taux d'occupation que l'on peut déterminer sur la base de ces données est un élément important de l'analyse de l'emploi d'une ressource comme l'hôpital. On peut se demander également si les lits occupés le sont tous de façon appropriée. La partie occupée de façon inappropriée constitue, pour ainsi dire, une réserve latente, c'est-à-dire une réserve de lits que l'on pourrait libérer parce que l'état des malades qui occupent ces lits ne requiert pas ou ne requiert plus d'hospitalisation. De même, parmi les lits non occupés, une certaine proportion doit être gardée pour parer à certaines éventualités, et notamment l'urgence. C'est la réserve justifiée. Il existe des règles statistiques pour définir cette réserve justifiée. Nous y reviendrons plus loin. Par contre, on peut concevoir qu'une certaine partie des lits inoccupés l'est inutilement, parce que leur nombre dépasse la limite que l'hôpital s'est fixée, par sécurité pour les urgences. Ce surplus constitue la réserve injustifiée.

On peut calculer ainsi les réserves latente, justifiée et injustifiée. La réserve manifeste résulte de l'addition de la réserve justifiée et de la réserve injustifiée. Si l'on ajoute la réserve latente à la réserve manifeste, on obtient la réserve totale. Évidemment, on ne tient pas compte, dans cette analyse, de la question de la productivité qui peut être comprise jusqu'à un certain point dans les mesures d'emploi des ressources, et qui peut faire l'objet

d'une analyse complémentaire. Il faut se rappeler que des gains de productivité peuvent participer à augmenter la réserve latente et qu'on doit en tenir compte lorsqu'on calcule la réserve justifiée. L'exemple qui suit aidera à mieux comprendre comment procéder à l'analyse de l'emploi d'une ressource.

Dans un hôpital de courte durée de 500 lits, un audit des dossiers des patients hospitalisés révèle que 15 % des cas ne requièrent pas d'hospitalisation. Le taux d'occupation moyen est de 80 % et la durée moyenne de séjour, de 8 jours. À partir de ces données de base, on peut facilement en déduire d'autres qui serviront à l'analyse de la ressource. Ainsi, le nombre potentiel de jours d'hospitalisation par année est de 500×365 , soit 182 500, alors que le nombre actuel est de 400×365 , soit 146 000. On notera que le taux moyen d'occupation par an correspond au rapport $146\ 000 / 182\ 500$. Le nombre d'admissions par année est déterminé par le nombre actuel de jours d'hospitalisation, divisé par la durée moyenne de séjour, c'est-à-dire $146\ 000 \div 8 = 18\ 250$. Tentons maintenant d'établir les différents types de réserves, latente et manifeste, justifiée et injustifiée.

D'abord, le cas de la réserve latente est le plus facile à régler. En effet, le nombre de lits qui sont occupés présentement de façon inappropriée peut être calculé comme suit :

$$\frac{400 \times 15}{100} = 60 \text{ lits}$$

La réserve manifeste est toute la partie inoccupée, c'est-à-dire les 20 % de lits constituant le complément du taux d'occupation. Les 100 lits inoccupés, cependant, ne sont pas tous utilisables sur-le-champ. En effet, il faut d'abord tenir compte d'un intervalle de roulement entre le congé d'un malade et une nouvelle admission. La norme que nous prenons aux fins de calcul est d'ajouter une demi-journée à chaque séjour hospitalier, c'est-à-dire à chaque admission. Bien entendu, cette norme pourrait varier selon les différentes pratiques en vigueur dans les hôpitaux. Si nous acceptons cette norme, aux fins de notre exemple, il faut alors ajouter une demi-journée d'hospitalisation à chacune des 18 250 admissions, c'est-à-dire à chaque séjour d'un malade à l'hôpital. Le nombre de jours d'hospitalisation, ajusté sur l'intervalle de roulement, devient :

$$146\ 000 + 9\ 125 = 155\ 125$$

Le taux d'occupation, ajusté sur l'intervalle de roulement, devient alors le rapport :

$$\frac{155\ 125}{182\ 500} = 85\ \% \text{ ou } 425 \text{ lits}$$

Les 75 lits correspondant à la différence entre 425 et 500 représentent des lits inoccupés, mais utilisables à un moment donné. Soit dit en passant, le lecteur aura réalisé que plus le séjour moyen est court, plus cette correction pour l'intervalle de roulement est importante. Mais, de ces lits, combien faut-il en garder pour parer aux urgences éventuelles ? En d'autres termes, quelle est la réserve justifiée de lits qu'il faut garder disponibles pour les admissions d'urgence ?

Pour répondre à cette question, il faut d'abord déterminer le risque de manquer de lits, à un moment donné, que la direction de l'hôpital est prête à prendre. Des méthodes statistiques permettent de déterminer combien de lits un hôpital d'une taille donnée doit garder en réserve, afin d'être en mesure de répondre à des admissions d'urgence, selon différents niveaux de risque. L'une de ces méthodes a été proposée par M. S. Blumberg (1961). Selon cet auteur, l'évolution du nombre de lits occupés sur une longue période de temps tend à suivre le modèle statistique d'une « distribution de Poisson ». L'avantage de la distribution de Poisson est que la moyenne est égale à sa variance. Connaissant le taux moyen d'occupation, on peut alors déduire les autres statistiques sans devoir en calculer la variance. La distribution normale constitue une bonne approximation de la distribution de Poisson, surtout lorsque la moyenne est élevée. Lorsque celle-ci est moins élevée, une correction de continuité est nécessaire (Fournier, 2011). Différentes méthodes ont été proposées selon la même logique, utilisant, par exemple, d'autres distributions statistiques (Donabedian, 1973 ; Green, 2002). L'une d'elles évalue le nombre de lits requis à 3 ou 4 fois la racine carrée du recensement quotidien, correspondant approximativement à des valeurs de $p \leq 0,01$ et $\leq 0,001$ (Donabedian, 1973). Des modèles de simulation plus complexes ont également été proposés (Hancock *et al.*, 1978 ; Green, 2002). Bien que le degré de sophistication statistique peut y être plus élevé, les concepts à la base de tous ces modèles demeurent les mêmes. À cet égard, les concepts et les mesures proposés par Donabedian demeurent toujours valables.

Nous proposons une méthode pour déterminer la quantité de ressources requises, basée sur la réserve justifiée et la charge de service. Il faut inclure dans le calcul tous les lits occupés qui composent la charge de service, y compris ceux qui sont dans l'intervalle de roulement, puisqu'ils sont inutilisables pendant une partie de la journée. Dans notre exemple, la charge de service est donc de 425 lits. En se référant à l'utilitaire statistique utilisé pour construire le tableau 3,7, le nombre de lits requis pour parer aux éventualités de l'urgence et ne pas courir le risque de manquer plus de 1 jour sur 100 ($p \leq 0,01$) est de 474 lits. La réserve injustifiée est maintenant de 26 lits et la réserve justifiée de 74 lits, dont 25 sont employés pour l'intervalle de roulement. La différence de 49 lits est gardée en réserve pour les urgences.

Si l'on résume maintenant les calculs des différentes réserves, en appliquant un intervalle de roulement de 0,5 jour et un risque de $p \leq 0,01$ de manquer de lits, on obtient les résultats suivants :

- Réserve latente		60 lits
- Réserve manifeste		
justifiée		
pour intervalle de roulement	25	
pour sécurité $p \leq 0,01$	49	} 100 lits
injustifiée	26	
		<hr/>
- Réserve totale		160 lits

Comme on a pu le constater, la détermination de l'intervalle de roulement repose sur une norme de productivité. Plus grande est la productivité, plus court est l'intervalle. C'est ainsi que l'analyse de la productivité se rattache à celle de l'emploi de la ressource. À noter qu'une trop grande productivité, par exemple l'application d'un intervalle de roulement de 0 jour, réduit le sous-emploi, mais peut également induire des problèmes de qualité. En effet, il faut un temps minimal entre deux séjours hospitaliers pour bien nettoyer les chambres afin, notamment, d'éviter les infections nosocomiales.

Tel qu'illustré par l'exemple choisi, ce type d'analyse s'applique bien à l'hôpital. Les mêmes concepts s'appliquent également à d'autres ressources, comme des centres de soins primaires, des programmes de santé

TABLEAU 3.7

Utilitaire statistique pour calculer la quantité de ressources requises selon les différents niveaux de risque d'en manquer

Quantité occupée de la ressource	Quantité requise de la ressource selon le % de jours où on risque d'en manquer		
	10%	1%	0,1%
100	114	124	132
200	219	234	245
300	323	341	355
400	427	448	463
500	530	553	570
600	632	658	677
700	735	763	783
800	837	867	888
900	939	971	994
2 000	1 042	1 075	1 099

Inspiré de Blumberg, M. K. « DPF Concept Helps Predict Bed Needs ». *The Modern Hospital*, vol. 97, n° 6, 1961, p. 79.

Ce tableau a été construit à partir d'un utilitaire statistique créé par Michel Fournier (<http://bit.ly/UpSuub>). Notez que seules les cases ombragées (moyenne et pourcentage) peuvent être modifiées.

publique ou de services à domicile. On trouvera, à la fin de ce chapitre, des exercices portant sur de telles applications. L'intérêt de ce type d'analyse est de s'assurer que les ressources additionnelles souhaitées sont réellement requises. En effet, l'analyse permet parfois d'arriver à la conclusion que les ressources actuelles sont mal employées et que, en fait, aucune ressource additionnelle n'est requise.

Il faut aussi noter que la taille de la ressource détermine grandement l'importance de la réserve justifiée (Green, 2002). Les chiffres du tableau 3.8 illustrent bien cette relation. Ce point est important à retenir, puisqu'il démontre de façon convaincante qu'une planification des ressources sur une plus grande échelle est plus rentable. Comme exemple concret, une entente entre les hôpitaux d'une région pour recevoir les urgences permet à chaque hôpital de diminuer avec moins de risque sa réserve justifiée.

Outre la taille de l'établissement, la détermination du seuil de sécurité ($p \leq 0,001$ ou $\leq 0,01$ ou $\leq 0,1$) repose sur plusieurs facteurs et, notamment, sur l'emplacement de la ressource (ex. : milieu urbain ou rural), la complémentarité des ressources (ex. : meilleure coordination entre hôpital

TABLERAU 3.8

Estimation du pourcentage de lits à garder pour réserve justifiée selon la taille de la ressource

	Nombre d'unités de la ressource requises ($p \leq 0,01$)	Réserve justifiée	Nombre d'unités de la ressource occupées
100	124	24	20 %
200	234	35	15 %
400	448	48	10 %
500	553	52	9 %
600	658	58	8 %

local et hôpital régional) et l'organisation interne de l'hôpital, notamment une souplesse et une interchangeabilité dans l'assignation des lits (dans le cas d'occupation double ou plus).

* * *

Dans ce chapitre, nous avons présenté des éléments utiles pour l'analyse des ressources. D'abord, nous avons identifié et brièvement décrit les différents types de ressources et particulièrement les ressources financières et le financement. Ont été aussi introduits les concepts de substitution et de complémentarité, afin d'apprécier de façon plus juste la répartition des ressources et surtout de déterminer la quantité des ressources requises. Diagnostiquer une pénurie ou un excédent de ressources n'est pas une opération simple. Elle doit tenir compte des facteurs qui interviennent entre la disponibilité d'une ressource et la production de services: ce sont les facteurs associés à l'accessibilité, la productivité et l'emploi des ressources. La productivité mesure le rapport entre des extrants définis en termes de services et des intrants mesurés en termes de ressources. Nous avons identifié différents types de productivité, globale, moyenne (totale et partielle) et marginale.

L'étude de l'accessibilité permet d'apprécier la relation entre la distance d'une ressource et l'utilisation de ses services. Elle permet également d'analyser la provenance des usagers d'une ressource. Cette dernière analyse sert de base pour construire les indices de dépendance de la population (IDP) ou de la ressource (IDR).

Enfin, une analyse plus fine de l'emploi d'une ressource nous amène à en calculer la capacité et l'emploi, qu'on exprime par les différentes réserves : latente, manifeste, justifiée et non justifiée. Le calcul de la réserve justifiée nous permet de déterminer la quantité de ressources requises pour parer aux situations d'urgence selon un niveau de risque déterminé.

Exercices

1. Accessibilité : effet sur l'utilisation des services et la santé

Trois régions ont chacune une population de 100 000 habitants et un taux brut de natalité identique qui se calcule ainsi :

$$\frac{\text{Nombre de naissances vivantes/année}}{\text{Population au milieu de l'année}} \times 1\,000$$

Ces trois régions présentent les caractéristiques suivantes :

	Régions		
	A	B	C
Indice d'accessibilité (temps moyen nécessaire pour se rendre à l'hôpital le plus proche)	15 min	15 min	45 min
Pourcentage des femmes de 19-49 ans par rapport à la population totale	35%	30%	35%
Nombre d'enfants de 0-14 ans par pédiatre	25 000	10 000	25 000

1.1 Dans quelle région pourrait-on s'attendre à trouver le taux de mortalité infantile :

- le plus élevé	A	B	C
- moyen	A	B	C
- le plus faible	A	B	C

1.2 Dans quelle région pourrait-on s'attendre à observer le nombre de visites faites au cabinet des pédiatres :

- le plus élevé	A	B	C
- moyen	A	B	C
- le plus faible	A	B	C

2. Calcul des indices de dépendance et détermination des bassins de desserte

Dans une communauté donnée, les accouchements se répartissent par région et par centre d'obstétrique de la façon suivante :

Région	Population	Nombre d'accouchements		
		Centre d'obstétrique A	Centre d'obstétrique B	Total/région
Région 1	1 000 000	1 000	100	1 100
Région 2	750 000	700	100	800
Région 3	1 500 000	300	1 000	1 300
Total	3 250 000	2 000	1 200	3 200

- 2.1 Calculez, pour les centres d'obstétrique A et B, les indices de dépendance des populations (IDP) et les indices de dépendance des ressources (IDR).
- 2.2 Calculez, pour chaque centre d'obstétrique, les bassins de desserte.
- 2.3 À l'aide de ces informations, que pouvez-vous dire des centres A et B ?
- 2.4 Dans quel centre vous attendriez-vous à avoir le taux de mortalité néonatale le plus élevé ?

3. Analyse de l'emploi d'une ressource et des réserves

Les hôpitaux A et B présentent les caractéristiques suivantes :

	A	B
Nombre de lits dressés (utilisables)	500	700
Taux d'occupation	80%	71%
Séjour moyen	7 j	9 j

De plus, une évaluation des dossiers des patients hospitalisés révèle qu'environ 10% des cas de l'hôpital A ne nécessitent pas d'hospitalisation, alors que ce pourcentage en B est de 5%.

Comparez l'emploi des lits d'hospitalisation de ces hôpitaux en calculant les réserves manifeste, justifiée, injustifiée, latente et totale.

Dans vos calculs, acceptez le risque de 1 :100 ($p \leq 0,01$) de manquer de lits et un intervalle de roulement d'une journée. Vous avez besoin de l'utilitaire statistique pour calculer le nombre de lits requis pour les urgences (voir [http : bit.ly/ UpSuuB](http://bit.ly/UpSuuB)).

4. La réserve justifiée

Indiquez si les conditions suivantes augmentent (<) ou diminuent (>) la proportion du nombre de lits qu'il faudrait réserver pour les cas d'urgence (réserve justifiée) par rapport à tous les lits dont dispose un hôpital de courte durée.

- 4.1 L'hôpital en question conclut avec un autre hôpital une convention qui prévoit une possibilité de transfert de patients entre les deux établissements, les deux hôpitaux étant comparables sur le plan des ressources. _____
- 4.2 Sans changer le nombre total de lits et en adaptant les services de soutien disponibles, l'hôpital augmente de 5 à 15 % la proportion de ses lits en chambres privées (occupation simple). _____
- 4.3 On implante un système de contrôle de l'admission et de séjour des malades hospitalisés, sans que la taille, le taux d'occupation et la durée de séjour ne soient modifiés. _____
- 4.4 On ajoute une aile à l'hôpital, ce qui augmente de 30 % le nombre de lits dressés, le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour demeurant les mêmes. _____

5. Analyse de l'emploi d'un service d'urgence

Le service d'urgence d'un hôpital de courte durée de 700 lits comporte une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de 60 lits. Le taux moyen d'occupation de ces lits est de 90 % et la durée moyenne de séjour des patients dans cette unité est de 8 heures. De plus, des évaluations des dossiers médicaux montrent que, en moyenne, 5 patients ne nécessitent pas un séjour à l'urgence. Faites l'analyse de l'emploi des ressources à partir des outils présentés dans le chapitre. Considérez l'intervalle de roulement entre une sortie et une nouvelle admission aux urgences comme nul (égal à 0 heure).

6. Analyse de l'emploi d'un service de soins à domicile

Un service de soins à domicile dans une région rurale est assuré par 5 infirmières à temps plein. Considérant que les infirmières travaillent 40 heures par semaine, qu'elles visitent en moyenne 6 patients par jour, que l'intervalle entre deux visites est de 20 minutes et que la durée moyenne d'une visite est de 30 minutes, faites l'analyse de l'emploi de la ressource « infirmière ».

7. Analyse de l'emploi d'un cabinet médical

Un cabinet médical de groupe est composé de 8 médecins généralistes qui offrent chacun, en moyenne, 40 heures de disponibilité par semaine au cabinet. Ce dernier est ouvert 5 jours par semaine et offre des services sur rendez-vous,

et aussi sans rendez-vous pour les cas urgents. Au total, 120 consultations sont faites par les médecins par jour.

Analysez l'emploi de la ressource « médecin » en considérant que la durée moyenne d'une visite est de 20 minutes; accordez un intervalle de 5 minutes entre deux visites.

8. Productivité des médecins

Considérons 3 médecins omnipraticiens travaillant dans la même région et payés à l'acte. Le profil des activités de ces médecins est résumé dans le tableau suivant:

	Médecin A	Médecin B	Médecin C
Revenu annuel brut en \$	100 000	100 000	150 000
Nombre de patients différents vus durant une année	2 000	1 000	2 000
Nombre d'actes médicaux fournis durant une année	6 000	6 000	4 000
Nombre d'heures consacrées à des activités médicales par année	2 400	1 920	2 400

8.1 Déterminez, pour chacun des trois médecins, quelle mesure de productivité l'avantage le plus, c'est-à-dire le fait paraître plus productif.

Comme la mesure de la productivité est le rapport $\frac{\text{extrants}}{\text{intrants}}$

commencez par identifier parmi ces indicateurs lequel mesure le mieux l'intrant, les autres étant alors des mesures d'extrant.

8.2 Selon vous, quelle est la meilleure façon de mesurer, avec les données fournies, la productivité de ces médecins?

9. Productivité des médecins généralistes et spécialistes

L'évaluation de la productivité des médecins dépend de la façon dont on mesure leur *output*. Prenons le cas d'un spécialiste en cardiologie et d'un médecin généraliste exerçant dans une région urbaine et rémunérés à l'acte. Ces médecins travaillent le même nombre d'heures par année. Compte tenu que le cardiologue exécute plus d'actes techniques (ex.: ECG, échographie, angioplastie) et que son lieu de pratique est principalement l'hôpital, indiquez lequel des médecins (généraliste ou cardiologue) a la plus haute productivité quand on considère les indicateurs suivants:

	Généraliste	Cardiologue
9.1 Revenu net annuel		
9.2 Le nombre moyen de visites par semaine		
9.3 Le nombre de patients hospitalisés durant l'année		
9.4 Le temps consacré en moyenne à une visite au cabinet		
9.5 Le nombre de jours que les patients passent, en moyenne, en bonne santé durant une année		

10. Productivité des ressources physiques

On compare deux hôpitaux, A et B, situés dans une même région, de même taille (350 lits) et ayant la même quantité de ressources. L'hôpital A est un hôpital public sans but lucratif dont les médecins sont salariés. L'hôpital B est un hôpital privé à but lucratif dont les médecins sont payés à l'acte.

Les données sur l'hospitalisation pour une année sont les suivantes :

	A	B
Taux moyen d'occupation	85%	80%
Nombre de jours d'hospitalisation	108 587	102 200
Nombre d'admissions	13 573	17 033
Durée moyenne de séjour	8 j	6 j

À partir de ces données :

- 10.1 Lequel des deux hôpitaux présente la plus grande productivité ?
- 10.2 Quelles considérations devez-vous faire au regard de ces différences de productivité ?

CHAPITRE 4

Évaluation

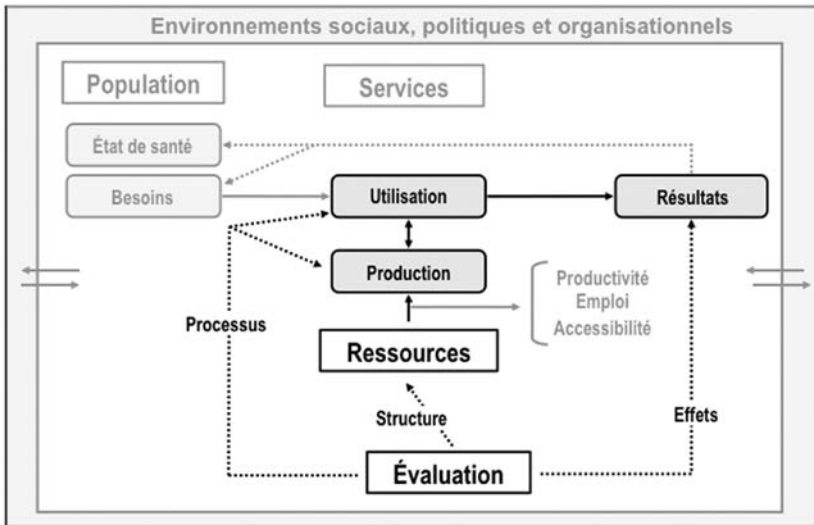
Objectifs du chapitre

20. Définir l'évaluation et en distinguer les différents types : recherche évaluative, évaluation normative, évaluation de la structure, du processus, des résultats et évaluation économique.
21. Distinguer et expliciter les liens qui existent entre évaluation, qualité, monitoring simple et interprétatif, et performance.
22. Identifier les principales composantes d'un système d'appréciation de la performance, tel que celui développé par le Commonwealth Fund.
23. Décrire la gestion centrée sur la performance et appliquer cette méthode à un programme de santé.
24. Décrire la gestion fondée sur les données probantes, identifier les principales sources de preuves et apprécier la valeur de la preuve à partir de la validité interne et externe.

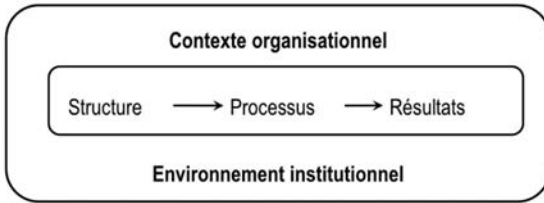
L'évaluation est la fonction d'intelligence du système de santé. De façon générale, elle consiste à porter un jugement d'appréciation sur le fonctionnement du système et sur l'atteinte des objectifs qu'il vise.

FIGURE 4.1

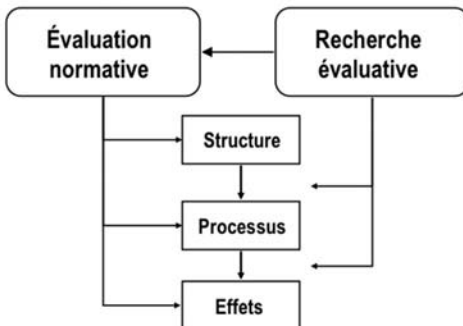
Le système de santé : l'évaluation



Comme l'illustre la figure 4.1, l'évaluation porte un regard rétrospectif sur les différentes composantes du système de santé, soit les ressources, les activités d'utilisation et de production, et sur les résultats obtenus en termes de santé et de satisfaction des besoins. Ces composantes correspondent à la triade bien connue proposée par A. Donabedian (1980) de structure-processus-résultats (figure 4.2).

FIGURE 4.2**La triade classique de Donabedian****Types d'évaluation**

Évaluer, c'est porter un jugement sur les structures, les processus et les résultats des services (Champagne *et al.*, 2009). Porter un jugement sur un phénomène, une activité ou un résultat fait appel à une démarche normative. On porte un jugement en se référant à une norme qui détermine une cible à atteindre. Cette démarche correspond à l'évaluation normative, que l'on distingue de la recherche évaluative. Comme l'illustre la figure 4.3, cette dernière s'attache à déterminer la relation qui existe entre les différentes composantes d'un système, d'une organisation ou d'un programme, ces composantes relevant de la structure, des processus ou des résultats. De plus, ce qui distingue la recherche évaluative de l'évaluation, c'est qu'elle a recours à des concepts et des méthodes propres à la recherche.

FIGURE 4.3**Objets de l'évaluation normative et de la recherche évaluative**

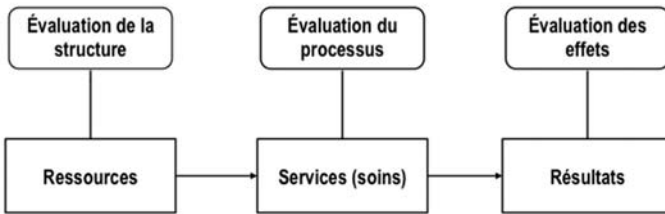
Adaptée de Champagne, F. *et al.*, 2009, p. 48.

La recherche évaluative est intimement liée à l'évaluation normative, en ce qu'elle fournit à cette dernière l'assise scientifique et les données probantes pour proposer des normes valides qui serviront à l'évaluation. Les normes sont donc établies par des recherches évaluatives ou par des synthèses de connaissances, des collectifs de recherche ou des méthodes permettant de définir un consensus d'experts. De telles démarches permettent d'établir des lignes directrices (*guidelines*) et d'identifier des pratiques exemplaires (« *best practices* »). Les normes sont valides dans la mesure où elles se fondent sur des données probantes. Nous reviendrons plus loin dans ce chapitre sur cette dernière notion.

L'évaluation porte donc sur les ressources, les services ou les résultats. On a ainsi trois types d'évaluation : de la structure, du processus ou des effets (figure 4.4). L'évaluation de la structure vise à déterminer dans quelle mesure les ressources sont adéquates pour produire les services appropriés, afin d'atteindre les résultats escomptés. Elle est, dans un sens, le point de départ de l'évaluation, parce que les ressources sont un préalable à la production de services et à l'atteinte de résultats de santé.

FIGURE 4.4

Composantes de l'évaluation



L'évaluation de la structure peut porter sur le type de ressources et leur quantité, leurs qualités et leurs capacités, leur coût et leur suffisance. Elle peut porter également sur la gouvernance des organisations ou du système, et sur les divers mécanismes administratifs qui soutiennent la production de services.

L'évaluation du processus a trait au caractère approprié des services fournis. Il peut s'agir de la part médicale des services ; les normes sont alors définies par rapport à des lignes directrices. Par exemple, l'utilisation des examens diagnostiques est-elle conforme aux lignes directrices pro-

posées par des organismes professionnels? Il peut s'agir aussi du niveau organisationnel. Les questions portent alors sur des indicateurs tels que les durées de séjour hospitalier ou la pertinence des admissions.

Enfin, l'évaluation des effets constitue l'aboutissement de la chaîne d'évaluation. En effet, il y a un lien de détermination séquentielle entre la structure, le processus et les effets. On peut difficilement espérer de bons résultats s'il existe des failles dans les composantes qui les précèdent. Par contre, une structure adéquate et/ou des processus appropriés ne garantissent pas nécessairement l'atteinte de bons résultats.

L'appréciation des effets ou des résultats renvoie à la notion d'efficacité. On distingue différents types d'efficacité, suivant l'application des effets observés (numérateur) à différents groupes de la population (dénominateur). Le tableau 4.1 présente quatre types d'efficacité selon différents contextes: celui de la recherche fondamentale, de la recherche clinique, de l'utilisation des services et de la population. Suivant les contextes, on a donc l'efficacité potentielle, d'essai, d'utilisation ou populationnelle.

TABLEAU 4.1

Quatre types d'efficacité

Type	Contexte	Cible (dénominateur)
Potentielle	Laboratoire	Cellules, molécules
D'essai	Expérimental	Sujets à l'étude
D'utilisation	Clinique	Utilisateurs
Populationnelle	Territorial	Utilisateurs actuels et potentiels (population)

De gauche à droite, dans la figure 4.5, le dénominateur augmente en importance et la mesure des effets en généralisabilité. Cet effet d'augmentation de la généralisabilité, à mesure que l'on progresse vers l'efficacité populationnelle, est illustré par la pyramide de l'efficacité (figure 4.6). De plus, la figure 4.5 montre bien que les données probantes s'accumulent à mesure que l'on se rapproche de l'efficacité populationnelle, construisant ainsi des preuves contextualisées qui sont importantes à considérer dans l'application de normes et de lignes directrices.

FIGURE 4.5

Les données probantes révèlent différents types d'efficacité

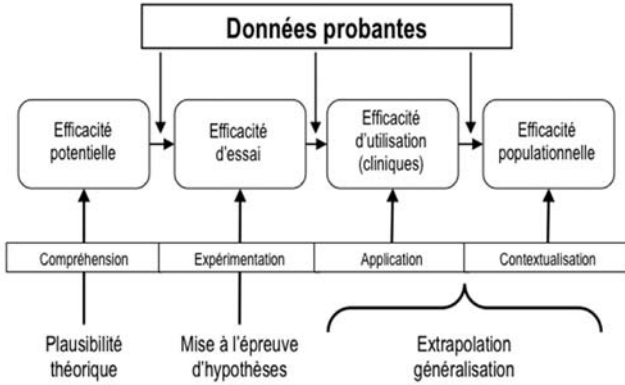
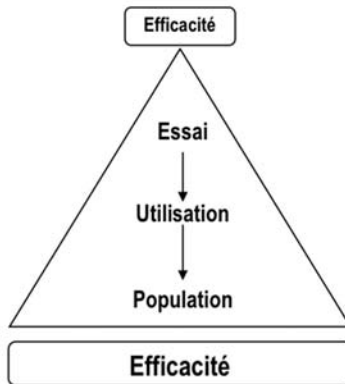


FIGURE 4.6

La pyramide de l'efficacité

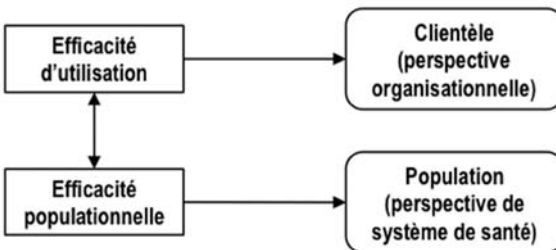


Les différents types d'efficacité présentent un intérêt variable pour les différents acteurs du système de santé. Comme le montre le tableau 4.2, les chercheurs en sciences fondamentales s'attachent à l'efficacité potentielle, alors que les chercheurs en santé publique s'intéressent davantage à l'efficacité populationnelle. La pratique du clinicien repose surtout sur l'efficacité d'essai et d'utilisation. Enfin, les gestionnaires appuient leurs décisions sur des données d'efficacité d'utilisation ou de population.

TABEAU 4.2**Intérêt de divers intervenants pour les différents types d'efficacité**

Type	Chercheur	Clinicien	Gestionnaire d'organisation	Gestionnaire de territoire
Potentielle	++ (sciences fondamentales)	—	—	—
D'essai	++ (épidémiologie)	+	—	—
D'utilisation	++ (services de santé)	++	++	+
Populationnelle	++ (santé publique)	+	+—	++

L'efficacité d'utilisation correspond davantage à une perspective organisationnelle, selon laquelle une organisation de soins est responsable de la clientèle qui la fréquente (figure 4.7). L'efficacité populationnelle correspond plutôt à une perspective systémique selon laquelle l'organisation de services sur un territoire donné est responsable d'une population bien identifiée.

FIGURE 4.7**Cible et perspective de l'efficacité d'utilisation et populationnelle****L'évaluation économique**

L'évaluation de l'efficacité se raccorde à l'évaluation économique, et plus particulièrement à celle de l'efficacité. En effet, l'efficacité représente les résultats obtenus par rapport aux ressources investies, généralement traduites en termes monétaires (Brousselle *et al.*, 2009). Les effets ou les

avantages se mesurent par des indicateurs de santé exprimés en termes réels ou par leur valeur monétaire. L'évaluation économique peut donner des résultats différents selon la perspective adoptée : celle du patient, celle des professionnels, celle de l'hôpital ou celle de la société. De plus, contrairement à la mesure de l'efficacité, celle de l'efficience n'a de sens que si elle compare des interventions entre elles (Brousselle *et al.*, 2009). Les coûts comprennent les coûts directs et indirects. Parmi les coûts directs, on compte les coûts publics pris en charge par l'État, mais aussi les coûts privés supportés par l'individu, soit directement, soit par la voie d'une assurance privée. Les coûts indirects se mesurent par les pertes de productivité résultant de la mortalité, la morbidité, l'absentéisme, le temps passé aux examens et aux traitements, etc.

L'évaluation économique a recours à différents types d'analyse. Il peut s'agir d'une analyse coût-efficacité, lorsque les données de résultats sont mises en rapport avec les données de ressources. Dans ce cas, les résultats sont exprimés en termes d'indicateurs de santé, de mortalité, de morbidité ou autres, et non en valeur monétaire. L'analyse coût-utilité est un raffinement de l'analyse coût-efficacité, dans laquelle est introduite une pondération de la qualité de vie à la mesure des effets. Une autre méthode d'évaluation de l'efficience est l'analyse coût-bénéfices. La différence avec l'analyse coût-efficacité est que, cette fois, les résultats sont exprimés en valeur monétaire. Cette méthode est évidemment plus difficile à appliquer et plus complexe que la première, parce que la traduction des résultats en valeur monétaire force l'évaluateur à porter des jugements délicats et épineux sur la valeur de la vie.

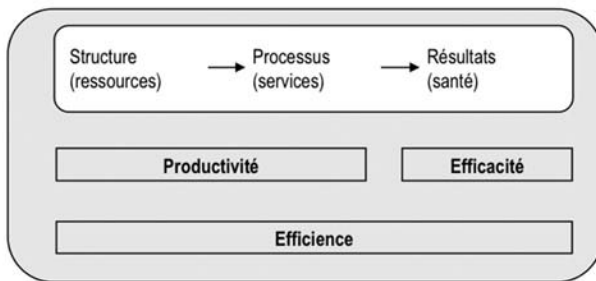
Malgré sa grande popularité et sa grande utilisation, l'évaluation économique comporte ses limites. D'abord, il faut savoir dans laquelle des perspectives l'évaluation est faite, car les résultats peuvent grandement différer selon celle qui a été retenue. De plus, la question de l'équité n'a pas toujours été abordée dans toutes les évaluations économiques. Les limites que présente l'évaluation économique ont amené certains auteurs à en proposer un autre type, l'analyse coût-conséquences, qui rassemble les différents et multiples effets d'une intervention, incluant les externalités (Brousselle et Lessard, 2011).

Jusqu'ici, nous avons discuté de l'efficience comme une issue de la relation entre un résultat de santé et les ressources consenties pour le produire. L'évaluation économique renvoie également à la productivité, que

nous avons abordée au chapitre précédent. La distinction qui a alors été établie entre productivité et efficacité apparaît plus clairement maintenant. Les relations entre efficacité, efficacité et productivité sont représentées à la figure 4.8. La productivité met en lien les services produits et les ressources. L'efficacité porte uniquement sur les résultats. Enfin, l'efficacité couvre à la fois l'efficacité et la productivité, en établissant un rapport entre les résultats et les ressources; cet effet des ressources sur les résultats passe par la production de services et est donc lié à la productivité. On peut ainsi dire d'un système de santé qu'il peut être productif sans être efficace, mais qu'il ne peut pas être efficace s'il n'est pas productif.

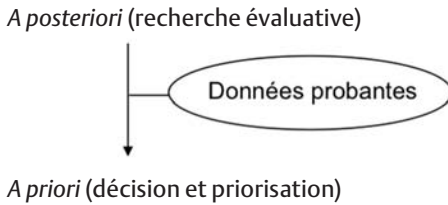
FIGURE 4.8

Productivité, efficacité et efficience

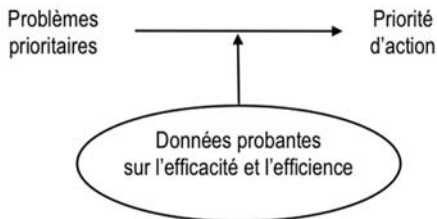


Temps de l'évaluation

L'évaluation peut être faite à différents points dans le temps. Le plus fréquemment, elle est effectuée après qu'une intervention a été réalisée ou un changement mis en place : c'est l'évaluation *a posteriori*. Dans ce cas, elle est généralement sommative, c'est-à-dire centrée sur les résultats obtenus. L'évaluation peut être aussi concomitante et s'étendre alors sur toute la période d'implantation ou de réalisation des activités. Dans ce cas, elle est dite formative. Enfin, elle peut être antérieure à la mise en place d'une intervention et être *a priori*. Dans ce cas, elle est préalable aux décisions et sert surtout à la détermination des priorités dans le cadre de la planification stratégique. La figure 4.9 montre le lien entre l'évaluation *a posteriori*, qui génère des données probantes, et l'évaluation *a priori*, qui les applique.

FIGURE 4.9**Lien entre la recherche *a posteriori* et *a priori***

L'évaluation *a priori*, qu'on peut aussi associer à l'évaluation stratégique, est utile particulièrement dans le processus décisionnel, et notamment dans la détermination des priorités. À la lumière des concepts présentés dans ce chapitre, on peut ainsi revoir le processus d'établissement des priorités présenté au chapitre 1. Dans la figure 4.10, les grands éléments de ce processus sont repris, auxquels s'ajoute le lien entre le problème prioritaire et la priorité d'intervention, où s'inscrivent les données probantes d'efficacité et d'efficience.

FIGURE 4.10**La priorisation fondée sur les données probantes**

On peut ainsi reformuler l'arbre décisionnel présenté au chapitre 1 sur la base des données probantes, au regard des différents types d'évaluation de l'efficacité (figure 4.11).

On peut appliquer cette grille à différents problèmes de santé. Les figures 4.12 à 4.15 illustrent les cas de la prévention primaire et secondaire du cancer du poumon et du cancer du sein. Autant la prévention primaire pour le cancer du poumon reçoit une forte priorité, autant elle reçoit une faible priorité pour le cancer du sein, parce que les connaissances sur les facteurs étiologiques dans ces cas de cancer sont fort différentes. Pour le cancer du sein, c'est la prévention secondaire qui est prioritaire, contrairement au cancer du poumon.

FIGURE 4.11

Grille d'analyse pour déterminer des priorités d'intervention basée sur les données probantes d'efficacité

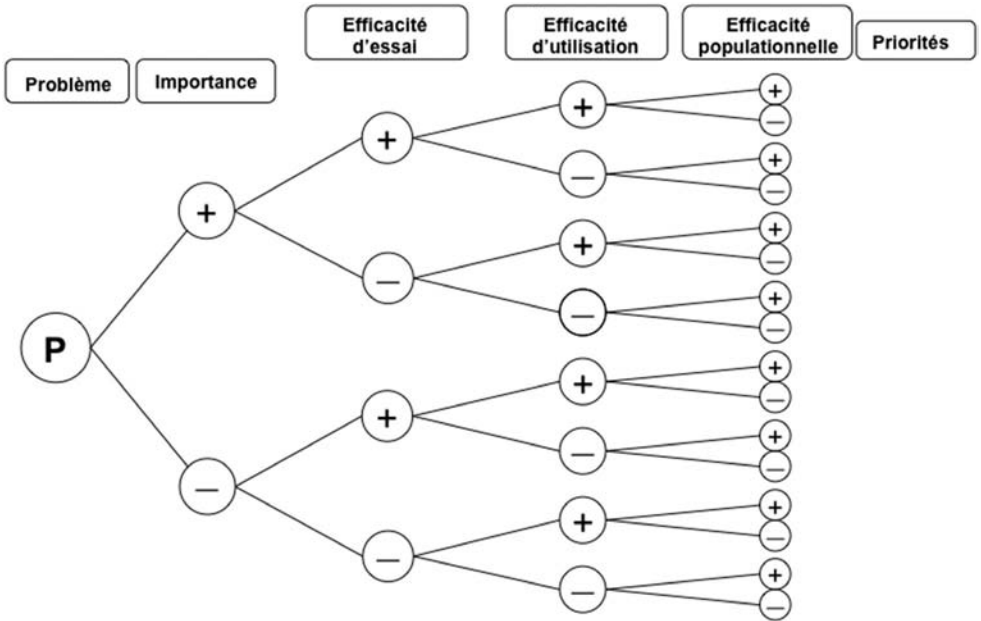


FIGURE 4.12

Cancer du poumon - Prévention primaire (tabac)

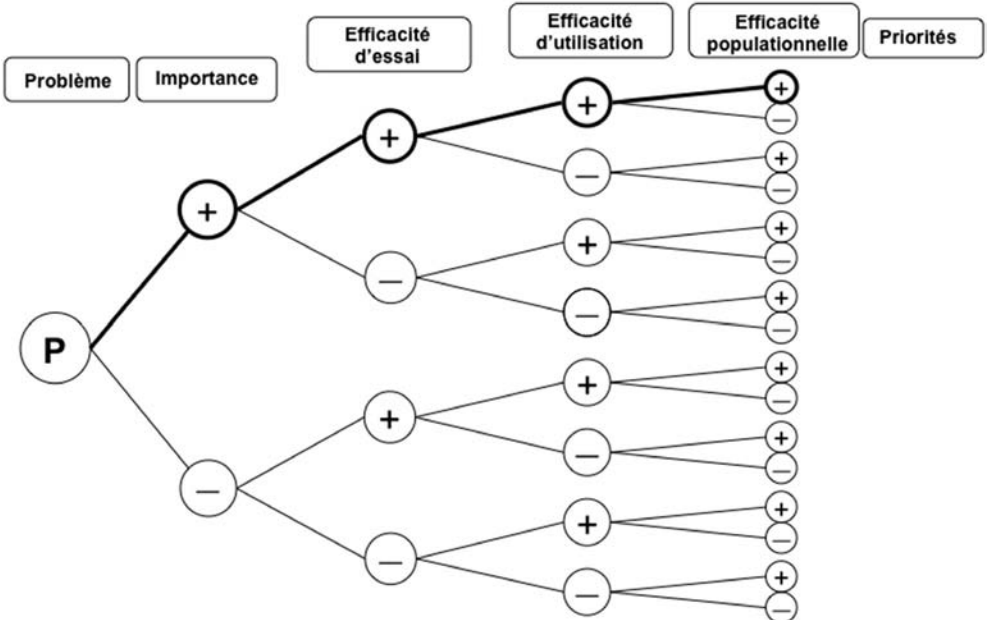


FIGURE 4.13

Cancer du poumon - Prévention secondaire (dépistage et traitement)

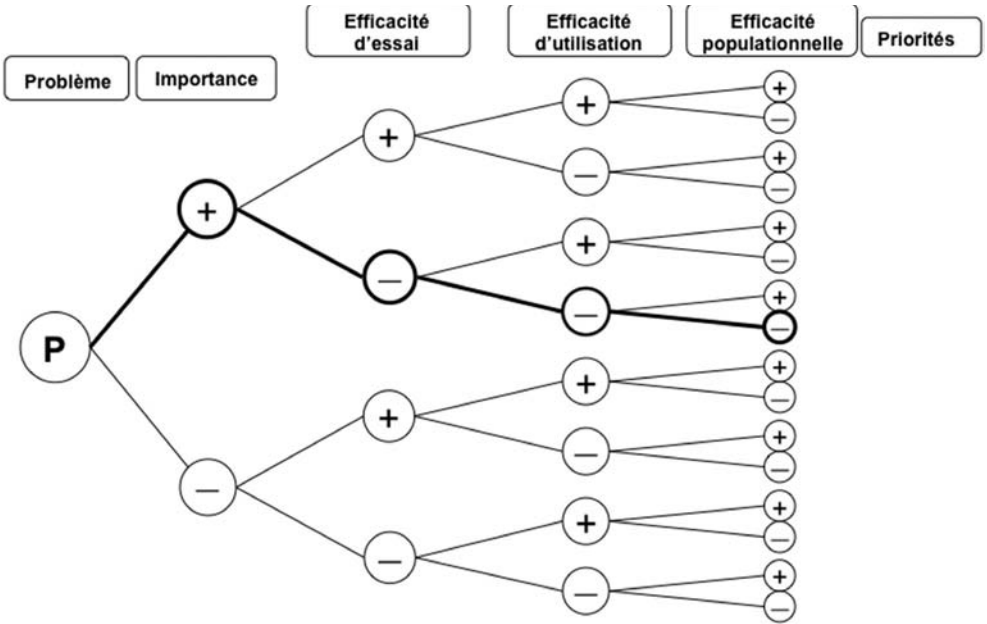


FIGURE 4.14

Cancer du sein - Prévention primaire

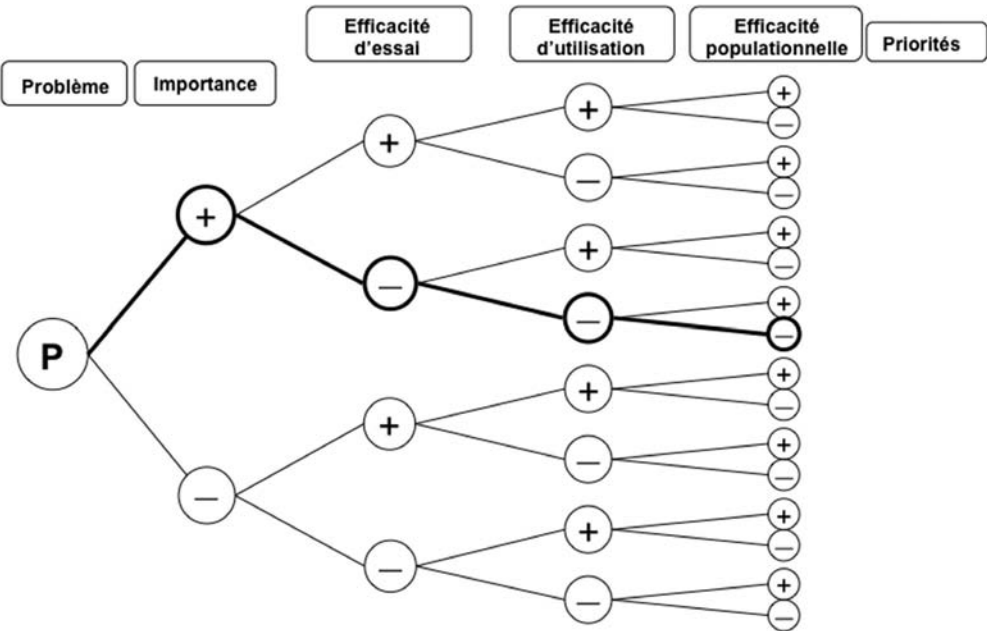
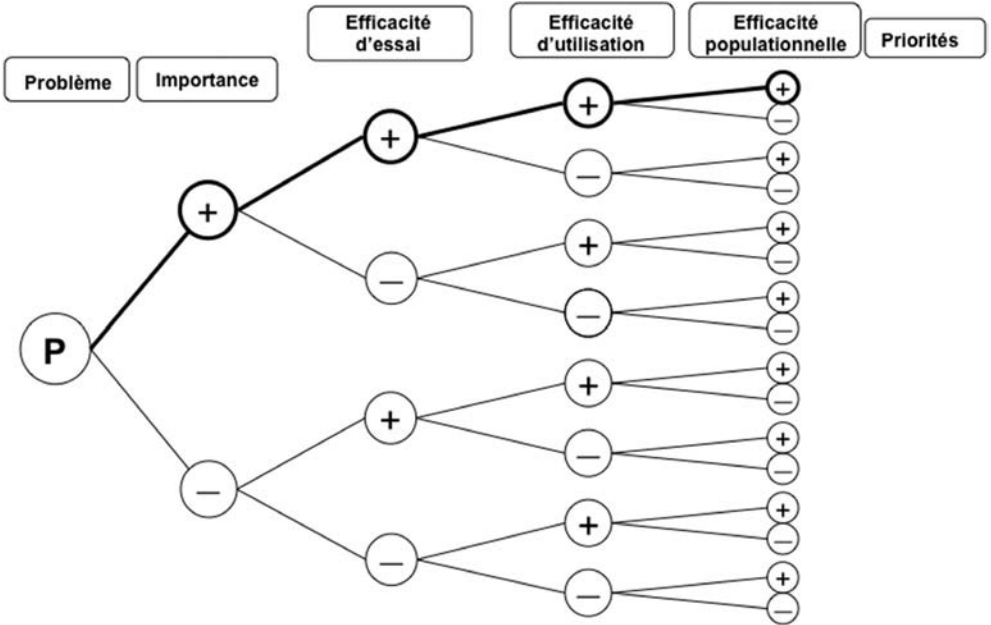


FIGURE 4.15

Cancer du sein - Prévention secondaire



Évaluation et qualité des soins

Évaluation et appréciation de la qualité des soins ont souvent été associées, à un point tel que les deux termes sont souvent utilisés indistinctement. A. Donabedian (1980), dans ses écrits sur la qualité des soins, situe sa triade structure-processus-résultats à plusieurs niveaux : le niveau clinique de la pratique médicale, le niveau organisationnel et le niveau systémique. Évidemment, les indicateurs pertinents pour chaque composante de la triade varient selon les niveaux. Pour cet auteur, l'évaluation de la qualité correspond à l'évaluation normative, puisqu'elle repose avant tout sur des normes. Il ajoute cependant que les critères pour évaluer les soins peuvent être implicites et se fonder sur des jugements d'experts, ou explicites et se fonder sur l'application de lignes directrices. En pratique, la distinction entre évaluation de la qualité et évaluation normative demeure sémantique, car les deux se fondent essentiellement sur des critères qui proviennent d'études empiriques ou de jugements d'experts.

Il faut ajouter que l'idée de qualité demeure plus acceptable pour les professionnels que celle d'évaluation, qui est souvent perçue par eux comme une menace pour leur autonomie professionnelle et pour leurs conditions

d'exercice. Cette distinction prend tout son sens dans le courant de pratique mis de l'avant par D. M. Berwick (1989), qui met l'accent sur l'amélioration continue de la qualité. Cette approche insiste sur l'aspect formatif de l'évaluation de la qualité, plutôt que sur l'aspect sommatif; sa finalité est de soutenir et d'encourager les bonnes pratiques, plutôt que d'essayer d'identifier les fautifs et de les sanctionner. Cette approche de l'amélioration continue de la qualité trouve son fondement dans le développement d'une culture organisationnelle centrée sur la qualité. Les éléments de cette culture sont :

- une vision partagée par les gestionnaires, les professionnels et le personnel à tous les niveaux du système et de l'organisation ;
- le bien-être et la sécurité du patient au centre des préoccupations des professionnels, des gestionnaires et de tout le personnel ;
- des pratiques fondées sur les données probantes ;
- des incitatifs favorisant l'amélioration continue de la qualité ;
- un soutien aux professionnels et aux gestionnaires ;
- une perspective intégrée de l'évaluation de la qualité liant ensemble les trois composantes de la qualité : structure, processus et résultats ;
- un système d'information qui alimente l'évaluation.

Les résultats obtenus par les organisations ou les systèmes qui ont adopté cette culture organisationnelle sont remarquables. L'exemple de la *Veteran Administration* et du programme Kaiser aux États-Unis, et celui des hôpitaux « magnétiques » (*magnet hospitals*) sont particulièrement révélateurs à cet égard (Oliver, 2007; Feachem *et al.*, 2002; Brunelle, 2008; Havens et Aiken, 1999; Borgès Da Silva et Borgès Da Silva, 2005).

Suivre ou évaluer le changement

Le changement est au cœur de la vie des organisations et une source importante d'innovation. Lorsqu'on introduit un changement, on est intéressé de savoir s'il a produit les effets escomptés. On peut le faire de deux façons. D'abord, on peut déterminer les résultats obtenus à partir d'indicateurs reliés au changement apporté. La difficulté qui se pose alors est double : d'abord, ces indicateurs doivent être sensibles à ce changement et, ensuite, ils doivent y être liés de façon spécifique. On peut documenter simplement l'évolution des indicateurs dans le temps et observer leur

modification, dans la mesure où ils sont sensibles. La question de la spécificité des indicateurs est plus complexe, parce que le simple suivi des indicateurs ne permet pas d'attribuer toute modification dans la valeur de ces indicateurs au changement implanté. En d'autres termes, le monitoring simple du changement ne permet pas d'expliquer comment s'est produit le changement et donc d'attribuer des modifications dans les indicateurs de résultat aux changements introduits.

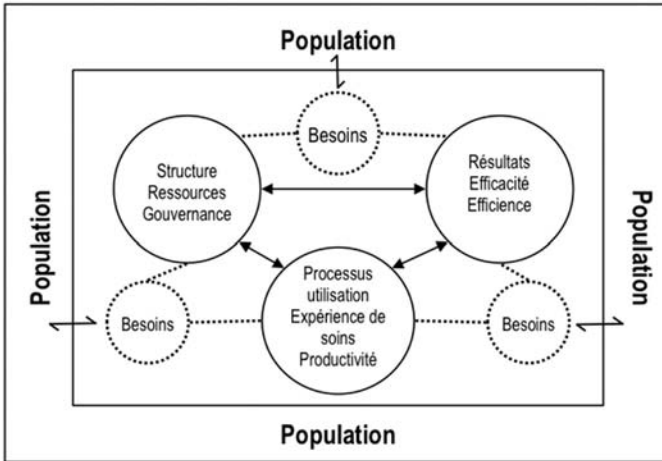
P. Tousignant (2005) a proposé une méthode qui ajoute au monitoring simple un élément d'interprétation. Pour cet auteur, le monitoring interprétatif, comme il l'appelle, consiste à établir des liens entre les indicateurs de résultats et les interventions implantées à partir de recensions d'écrits et d'opinions d'experts, qui servent à avancer des hypothèses à être vérifiées par la suite. Il situe donc le monitoring interprétatif du côté de la recherche évaluative, à cause de son caractère interprétatif et analytique, et aussi de la triangulation possible de plusieurs sources de données.

Évaluation et performance

Tous les termes que nous avons discutés jusqu'ici, concernant l'évaluation, se retrouvent aussi sous la rubrique de la performance. Tout comme F. Champagne *et al.* (2005), nous choisissons de « considérer la performance comme englobant l'ensemble de ces notions ». L'évaluation et la performance sont des termes interreliés que l'on retrouve souvent jumelés. L'évaluation de la performance d'une organisation, d'un programme ou d'un système réfère à l'évaluation du degré d'atteinte de cibles en rapport avec leurs différentes composantes.

Nous avons adopté, dans ce livre, la perspective proposée par Donabedian, qui regroupe les éléments du système de santé en trois composantes : la structure, les processus et les résultats. À la structure se rattachent les ressources et la gouvernance. Au processus se rattachent tous les phénomènes entourant l'utilisation et l'expérience de soins, avec ses différentes dimensions. Enfin, les résultats portent principalement sur l'efficacité définie en termes de santé. Ces éléments sont compris dans les trois grands cercles de la figure 4.16.

Dans cette figure, on voit que ces cercles sont reliés entre eux et que certains indicateurs de la performance résultent des relations qui existent entre ces cercles. C'est le cas, par exemple, de la productivité, placée dans

FIGURE 4.16**Évaluation de la performance**

le cercle des processus et qui exprime la relation entre les services produits et les ressources. C'est également le cas de l'efficacité, placée dans le cercle des résultats et qui exprime le rapport entre les résultats et les ressources. Mais pour approfondir l'évaluation de la performance, on cherchera à expliquer pour quelles raisons les cibles sont atteintes ou pas. C'est pourquoi la relation entre les diverses composantes du système est importante, tout autant que les indicateurs pris séparément. Enfin, les cercles en pointillés représentent les besoins en lien avec la population, tout autour des composantes de l'évaluation de la performance. L'adéquation entre les besoins de la population et les autres composantes du modèle est centrale dans l'évaluation de la performance, surtout dans le contexte où la gouvernance d'une organisation assume une responsabilité populationnelle. Ainsi, tant pour les indicateurs de structure, comme la quantité et le type d'une ressource, que pour les pratiques professionnelles ou les résultats des services, la référence ultime pour l'évaluation de la performance est leur adéquation aux besoins de la population.

S'inspirant de ces concepts et modèles, plusieurs systèmes d'évaluation de la performance ont été proposés. L'un des plus connus et des plus diffusés est celui du Commonwealth Fund (2011) qui a documenté l'évolution de plusieurs indicateurs, de 2006 à 2011, au États-Unis et dans

d'autres pays. Une démarche similaire a aussi été entreprise au Québec et au Canada (Commissaire à la santé et au bien-être, 2009 ; ICIS, 2010 ; ICIS, 2011). L'outil principal du système d'évaluation développé par le Commonwealth Fund est le tableau de bord (*scorecard*). Pour chacun des 42 indicateurs retenus en 2011, et regroupés autour de 5 dimensions (santé, qualité, accessibilité, efficacité et équité), le tableau fournit quatre informations : d'abord, le chiffre de la donnée actuelle, pour les États-Unis, une description de la référence, la valeur actuelle de la référence et, enfin, le rapport de la donnée des États-Unis à la référence, exprimé en pourcentage. Ainsi, le pourcentage de cette dernière mesure indique le degré d'atteinte de l'objectif au regard de la référence. Par exemple, un rapport de 60 % signifie que la cible a été atteinte à 60 % et qu'il reste une marge de 40 % à améliorer. Cette référence, qui représente une cible à atteindre, est déterminée par comparaison avec ce qui est réalisé de mieux dans d'autres pays, ou en fonction de l'État américain le plus performant à cet égard. On peut ainsi calculer le rapport des résultats obtenus/valeur de la référence pour chacun des indicateurs, ou calculer un score agrégé par dimensions ou par région pour l'ensemble du pays. À titre d'exemple, la valeur moyenne de ce rapport, aux États-Unis, était de 64 % en 2011 (Commonwealth Fund, 2011). On peut ainsi suivre l'évolution des indicateurs dans le temps, dans le cas présent entre 2006 et 2011, au regard de la référence qui, elle, peut changer avec le temps, dépendant de l'évolution de la situation dans l'État ou le pays servant de modèle. C'est pourquoi le rapport qui mesure le degré d'atteinte de la référence est une mesure importante, car elle permet d'apprécier l'amélioration ou la détérioration de certains indicateurs compte tenu du contexte actuel.

Un tel procédé permet de suivre l'évolution du système de santé et d'y apporter des correctifs. Évidemment, un tel système n'est pas parfait et il comporte certaines limites. Tout d'abord, il faut bien réaliser que chacun des indicateurs, pris isolément, ne peut refléter la situation de l'ensemble du système de santé. C'est pourquoi il faut disposer d'un grand nombre d'indicateurs qui en représentent les différents aspects. De plus, bien que les indicateurs permettent de comparer la situation actuelle à une situation idéale ou attendue, les données ne permettent pas d'expliquer complètement les causes de ces écarts. En conséquence, les solutions qui découlent de ces analyses pour apporter des correctifs reposent sur un degré de certitude limité et relatif. Ce degré de certitude peut être plus

grand si les analyses sont menées en appliquant un cadre conceptuel du type proposé précédemment et si elles s'appuient sur une perspective d'interprétation analytique, comme nous l'avons décrite pour le monitoring interprétatif.

Il faut également souligner que l'utilisation d'une référence représentant une pratique exemplaire, telle que préconisée par le Commonwealth Fund, demeure un choix méthodologique. D'autres méthodes de mesure ont été employées, comme la comparaison à une moyenne ou à une médiane, ou le classement des régions ou des pays selon le centile auquel ils appartiennent (ICIS, 2011; OCDE, 2011). Enfin, dans l'exemple présenté, nous avons situé l'évaluation de la performance, basée sur l'utilisation des références, au niveau du système de santé. Ces mêmes outils de pilotage de la performance, tels que tableaux de bord et références, s'appliquent également et de la même façon au niveau organisationnel (Veillard *et al.*, 2005; Baker et Pink, 1995). Dans ce domaine, on a d'ailleurs insisté sur l'utilisation d'un tableau de bord qui reflète une vision globale et équilibrée de l'évolution de la performance (*balanced scorecard*) (Baker et Pink, 1995).

Gestion centrée sur la performance

En se référant au modèle d'évaluation de la performance proposé, on peut dire d'un système de santé qu'il est performant quand il atteint les cibles qu'il s'est fixées au regard de la structure, des processus et des résultats, en conformité avec les besoins de la population. Il faut comprendre la signification des indicateurs associés à chacune de ces dimensions, mais également pouvoir interpréter leurs interactions.

Étant donné, d'une part, la rareté des ressources et, d'autre part, les coûts de la santé croissants, la nécessité d'évaluer la performance des systèmes de santé est devenue une préoccupation grandissante. C'est ainsi qu'on a introduit la gestion centrée sur la performance. Ce mode de gestion s'est développé de différentes façons, la plus connue étant la gestion centrée sur l'atteinte de résultats. Ce mode est davantage lié au modèle d'atteinte des buts d'évaluation de la performance. Il consiste essentiellement à allouer des ressources financières par programme, selon des objectifs clairement définis, et d'évaluer le rendement des montants consentis en fonction des résultats obtenus (Saucier et Brunelle, 1995;

Martin et Jobin, 2004; OCDE, 2004). La notion de programme est centrale dans ce mode de gestion. Un programme de santé est constitué d'un ensemble de ressources réunies et mises en œuvre pour fournir à une population définie des services organisés de façon cohérente dans le temps et dans l'espace, en vue d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec un problème de santé précis (Pineault et Daveluy, 1995).

L'applicabilité de ce mode de gestion sur une grande échelle soulève toutefois la question suivante : Est-il possible de concevoir le système de santé d'un pays ou d'une région en fonction de ses différents programmes et de leurs objectifs, et d'utiliser ce découpage des activités et des ressources par programme, comme base pour allouer des budgets en fonction des objectifs atteints ? La réponse à cette question est oui, en principe, et voici comment cette méthode peut s'opérationnaliser. La répartition des ressources doit être faite selon des critères d'équité à tous les niveaux du système (Saucier et Brunelle, 1995). Prenons comme exemple un pays comptant plusieurs régions. On parle alors de l'équité inter-régionale, inter-programme et inter-établissement. Selon les résultats obtenus, les budgets sont ajustés périodiquement, à la hausse comme à la baisse. À titre d'exemple, voici à quoi les critères peuvent être appliqués :

Critères d'équité inter-régionale

- Budget *per capita*
- Niveau de besoins des régions (socioéconomiques, état de santé...)
- Résultats obtenus

Critères d'équité inter-programme

- Budget accordé par rapport aux problèmes, besoins et priorités
- Budget accordé *per capita* (population cible)
- Résultats obtenus

Critères d'équité inter-établissement

- Budget accordé par unité de ressource (par lit)
- Budget accordé selon les services produits (ex. : par jour d'hospitalisation)
- Ajustement pour *case mix*

- Résultats obtenus

Pour illustrer comment pourrait s'appliquer un tel système, prenons l'exemple hypothétique d'un programme visant à réduire de 10 % la mortalité due aux maladies cardiométaboliques, dans une région donnée, d'ici 10 ans.

Les organismes participant au programme sont :

- le département régional de santé publique ;
- le Centre local de services communautaires ;
- les centres hospitaliers.

Les activités mises en avant sont :

- la promotion de saines habitudes de vie ;
- le dépistage et le contrôle de l'hypertension artérielle et du diabète ;
- le suivi et le traitement des personnes atteintes de maladies cardiométaboliques.

La contribution des divers organismes aux activités du programme se répartit comme suit :

	Pourcentage de contribution aux activités du programme		
	Promotion	Dépistage	Suivi
Santé publique	70%	25%	0%
Centre local	20%	65%	30%
Hôpital	10%	10%	70%
Total	100%	100%	100%

À l'échelle d'une organisation, d'une région, ou d'un système de santé, l'adoption de cette approche exige que l'on instaure une structure matricielle de gestion, comme l'illustre le tableau 4.3. Dans une telle structure, les activités propres à chaque programme sont réparties entre les différents centres d'activités.

Il faut noter que la structure matricielle est mieux adaptée à des organisations où l'innovation et la recherche sont leur raison d'être. Par contre, elle s'est révélée moins efficace dans des organisations de prestation de services (Larson et Gobeli, 1987 ; Allcorn, 1990).

Plusieurs obstacles se dressent donc dans l'implantation de ce mode de gestion, dus principalement à la difficulté de regrouper toutes les acti-

TABLEAU 4.3**Structure matricielle d'une organisation qui adopte la méthode de gestion par programme**

		Centres d'activités (services)							Total
		a	b	c	d	e	f	g	
Programmes	v	15	0	25	0	10	40	10	100%
	w	0	10	10	20	50	10	0	100%
	x	50	0	0	50	0	0	0	100%
	y	100	0	0	0	0	0	0	100%
	z	15	15	15	15	15	20	5	100%

vités au sein de programmes et de mettre en place des systèmes d'information adéquats (Stuart et Scherrard, 1987). Il y a également beaucoup de résistance de la part des divers acteurs dans les organisations. D. A. Roy *et al.* (2010) résument les critiques formulées à l'égard de ce mode d'organisation : on lui reproche de se conformer à une vision selon laquelle les organisations sont simples et sans complexités. En dépit de ces obstacles et de ces critiques, la gestion par programme, ou centrée sur l'atteinte des résultats, demeure un mode de gestion qui incite à la productivité et à l'efficacité. À noter que ce sont surtout les stratégies employées pour l'implanter qui lui ont valu des critiques.

Apparenté à ce mode de gestion, celui du paiement incitatif à la performance (*pay for performance*) a aussi eu des résultats pour le moins ambigus. L'exemple le plus cité est celui de son implantation au Royaume-Uni, qui visait à orienter les médecins vers des pratiques jugées efficaces et efficaces. Comme résultat, on a observé une augmentation des actes les mieux payés, au détriment d'actes peut-être aussi importants, mais moins rémunérés (McDonald et Roland, 2009 ; Petersen *et al.*, 2006). En somme, cette méthode semble avoir produit les bénéfices escomptés, mais on a mal pressenti les conséquences défavorables observées à la suite de sa mise en place.

Gestion fondée sur des données probantes

Le soutien apporté aux décisions par des données scientifiques est d'abord apparu en médecine, donnant naissance au courant des décisions clini-

ques fondées sur des données probantes (*evidence-based medicine*). Ce courant, qui a balayé la médecine, a permis d'éclairer davantage la prise de décisions cliniques et de créer des lignes directrices qui, à n'en pas douter, ont amélioré la qualité des soins médicaux. Tel que mentionné plus haut, la production de données probantes est intimement associée à la recherche évaluative, d'où ces données viennent, et à l'évaluation normative, qui les utilise.

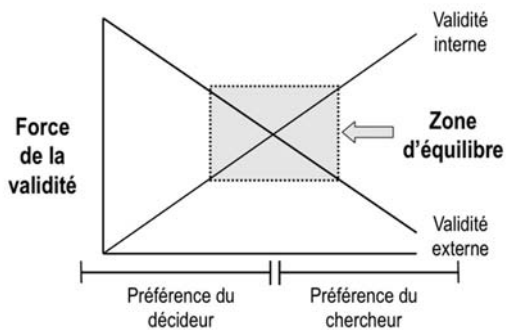
À la suite des travaux d'A. L. Cochrane (1972), au Royaume-Uni, et de la création de la Fondation qui porte son nom, la recherche de données probantes pour la médecine clinique s'est développée, comme on vient de le voir, pour élaborer des lignes directrices et soutenir la décision clinique (Walshe et Rundall, 2001), développement qui s'est ensuite répandu à la gestion des services de santé et à l'élaboration de politiques (*evidence-based decision and policy making*) (Sheldon, 2005). Cette transposition intégrale de la démarche décisionnelle fondée sur des données probantes, de la médecine à la gestion des services de santé, a cependant rencontré des limites (Timmermans et Mauck, 2005). La principale différence entre le milieu clinique et le milieu de la gestion des services de santé vient de la plus grande complexité inhérente à ce dernier. En effet, on peut affirmer que l'évaluation d'une technique de soin, d'un médicament ou d'une intervention médicale relève d'une démarche relativement simple. Par contre, évaluer des programmes, des organisations et des politiques sont des opérations plus complexes (Victora *et al.*, 2004). De plus, si les interventions médicales sont relativement peu sensibles au contexte dans lequel elles se pratiquent, les décisions relatives à l'organisation des services sont, elles, fortement tributaires du contexte où elles se prennent (Lomas *et al.*, 2005). C'est ainsi qu'on a de plus en plus mis l'accent sur les analyses d'implantation et du contexte pour compléter les données obtenues des études visant à déterminer l'efficacité des interventions dans l'organisation des services de santé.

La qualité de la preuve est donc centrale dans les décisions fondées sur des données probantes. Elle fait appel à la validité des conclusions issues des recherches. On distingue deux types de validité : interne et externe. La validité interne répond à la question suivante : Est-ce que les résultats observés découlent réellement de l'intervention ou du changement introduit ? Quant à la validité externe, elle répond à cette question : Est-ce que les résultats de la recherche sont applicables à d'autres contextes,

est-ce qu'ils sont généralisables ? Il existe entre ces deux types de validité une sorte de compromis que le chercheur doit accepter, pour concilier l'utilité de ses résultats de recherche pour les décideurs et le respect de la rigueur scientifique. Par exemple, on reconnaît que les essais randomisés atteignent une forte validité interne, mais souvent au détriment de la validité externe, à cause, notamment des conditions de sélection des sujets étudiés (Shadish *et al.*, 2002).

FIGURE 4.17

La relation entre la validité interne et la validité externe



Comme l'illustre la figure 4.17, la préférence des décideurs est indéniablement en faveur d'une forte validité externe, alors que le chercheur valorise surtout la validité interne. C'est donc vers la zone d'équilibre que doit tendre une recherche préoccupée par le soutien à apporter aux décideurs. Au-delà de cette zone, l'équilibre est rompu, à l'avantage de l'un mais au détriment de l'autre. Ainsi, une étude ayant une plus forte validité interne satisfait le chercheur, mais sa validité externe étant limitée, elle perd de sa pertinence pour le décideur. Au contraire, une étude ayant une plus forte validité externe peut augmenter sa pertinence pour le décideur, mais en compromettant sa validité interne et sa valeur scientifique. Il faut également noter que, à elle seule, la validité externe d'une étude ne suffit pas à en assurer l'utilité pour le décideur. En effet, à quoi sert de généraliser des résultats dont la valeur scientifique n'est pas assurée ? La validité interne est donc une condition nécessaire, mais non suffisante, pour garantir l'utilité des résultats d'une recherche pour le décideur.

Pour assurer une plus grande validité interne, le chercheur dispose de différents moyens et, notamment, de schémas d'étude. Ainsi, on

convient de considérer l'essai randomisé, avec ses groupes témoins, sa répartition des sujets au hasard et l'observation à l'aveugle des résultats, comme le prototype de schémas d'étude à forte validité interne (Shadish *et al.*, 2002). Malheureusement, dans la réalité, il n'est pas toujours possible d'utiliser ce schéma d'étude, d'autant plus que sa validité externe est insuffisante. Un autre moyen est de jumeler à un schéma d'étude quantitatif des méthodes qualitatives, comme celles qui sont employées dans l'analyse d'implantation. Ce type de schéma hybride a été utilisé avec bénéfice, s'étant révélé particulièrement bien adapté à des situations où l'intervention est complexe (Levesque *et al.*, 2010; Provost *et al.*, 2011). L'analyse d'implantation, en plus de mesurer le degré d'implantation de l'intervention, en apprécie également les conditions, c'est-à-dire les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'implantation, ainsi que leur influence sur les résultats observés. Au lieu de simplement répondre à la question « Quels sont les effets de l'intervention ? », l'analyse de l'implantation permet de répondre aux questions du comment et du pourquoi les résultats ont été obtenus.

En ce qui concerne la validité externe, on peut l'assurer de façon statistique à partir d'un échantillon probabiliste d'une grande population. Les résultats peuvent ainsi être généralisés à la population par inférence statistique. On peut utiliser également d'autres stratégies, comme la répétition des études dans plusieurs contextes différents (études multicentriques) ou, encore une fois, l'analyse d'implantation et l'analyse de la logique de l'intervention. Dans le cas de l'analyse d'implantation, elle permet d'identifier les conditions particulières au contexte d'implantation, qui peuvent expliquer les résultats obtenus et, par conséquent, de les extrapoler à d'autres contextes qui présentent des conditions comparables (Champagne *et al.*, 2009). Enfin, l'analyse de la logique ou de la théorie de l'intervention permet également de généraliser les résultats des études, lorsqu'on a énoncé explicitement les bases théoriques et logiques qui sous-tendent l'intervention ou le changement proposé (Brousselle et Champagne, 2011).

Les décideurs ne sont pas toujours capables d'apprécier par eux-mêmes la validité des études. Il revient alors aux chercheurs de soutenir les décideurs dans la recherche des preuves. Nous avons illustré comment ce soutien peut être apporté soit par des études, soit par des synthèses de connaissance (Pineault *et al.*, 2007; Pineault *et al.*, 2010). En outre, il ressort de ces constatations que l'appréciation de la validité des données

probantes pour les décideurs repose en grande partie sur la crédibilité qu'ils accordent aux chercheurs sur le plan scientifique.

Enfin, la question de l'acceptabilité sociale et politique est également un critère dont il faut tenir compte dans les décisions touchant à la gestion des services de santé. Pour cette raison, on ne peut assimiler complètement la démarche conduisant aux décisions de gestion et de politique des services de santé à la démarche clinique, fondée sur des données probantes, car elle doit tenir compte davantage du contexte organisationnel et socio-politique dans lequel les décisions sont prises (Dobrow *et al.*, 2004).

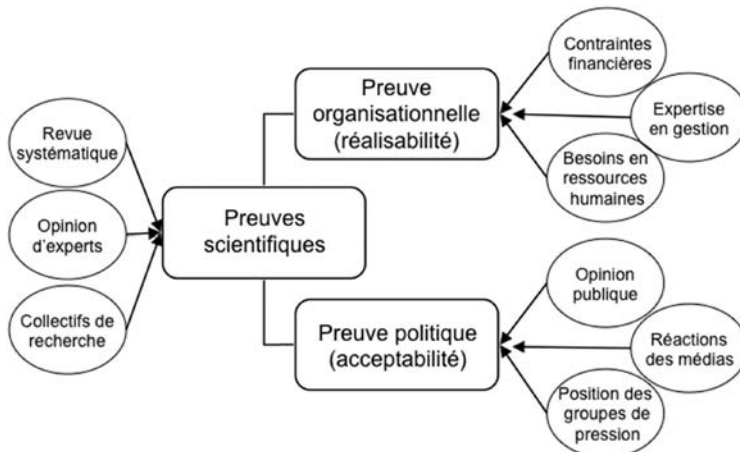
Pour tenir compte de la complexité des décisions de gestion et de politiques, R. Klein (2003) a identifié trois types de preuves qui fondent ces décisions : la preuve scientifique, qui détermine l'efficacité de l'intervention ; la preuve organisationnelle, qui en apprécie la faisabilité, et la preuve politique, qui en estime l'acceptabilité sociale (figure 4.18).

Ainsi, décisions et choix sont déterminés par ces trois types de preuves (figure 4.19).

On peut ainsi reformuler les algorithmes décisionnels présentés précédemment pour définir des priorités à la lumière des données provenant

FIGURE 4.18

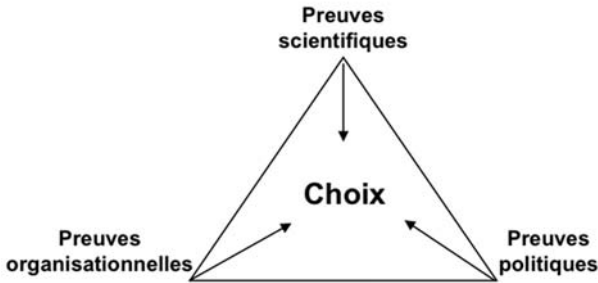
Les différents types de preuves selon Klein



Adaptée de Klein R. Evidence and policy : Interpreting the Delphic oracle. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2003 ; 96(9) : 429-431.

FIGURE 4.19

Les choix basés sur les données probantes selon Klein



des différents types de preuves (figure 4.20). L'ordonnement des priorités, dans la figure 4.20, donne implicitement un plus grand poids aux preuves scientifiques, ensuite organisationnelles et, enfin, politiques. La pondération de chacune, cependant, peut varier selon les acteurs en présence et selon leur degré d'influence.

FIGURE 4.20

Grille de prise de décision et de priorisation, fondée sur les données probantes

	Preuve scientifique (efficacité)	Preuve organisationnelle (réalisabilité)	Preuve politique (acceptabilité)	Rang
Données probantes	Oui	Oui	Oui	1
			Non	2
		Non	Oui	3
			Non	4
	Non	Oui	Oui	5
			Non	6
		Non	Oui	7
			Non	8

Idéalement, ces trois perspectives devraient s'intégrer harmonieusement dans un processus de décision démocratique, mais cela est plus facile à dire qu'à faire. Dans une synthèse sur la performance des services de première ligne, que nous avons faite pour la Fondation canadienne de recherche sur

les services de santé, nous avons proposé un cadre opérationnel pour intégrer les preuves empiriques issues des études et le point de vue des experts (Pineault *et al.*, 2010). Le résultat de cette démarche montre une convergence entre les deux angles de vue sur plusieurs résultats. Il est intéressant de noter que les zones de divergence qui peuvent apparaître sont de nature à soulever des questions et constituent des sujets certains de débats et de délibérations. Dans une autre étude, nous avons également comparé les conclusions d'un collectif de recherche sur les services de première ligne avec celles d'un groupe de décideurs. Nous avons trouvé un degré assez élevé de concordance entre les deux sur plusieurs résultats, ce qui confère à nos conclusions un plus grand degré de certitude (Pineault *et al.*, 2007). Nous avons appelé cette convergence « effet d'accentuation des résultats ». Par contre, lorsqu'il y avait divergence, nous avons conclu à un effet d'atténuation de nos résultats, ce qui faisait surgir, dans ce cas, la nécessité de délibérations plus en profondeur. Il est intéressant de remarquer que dans un cas particulier, où l'acceptabilité politique était grande en l'absence de données probantes scientifiques, c'est évidemment l'acceptabilité politique qui a primé et influencé la décision de fusionner les CLSC. Ce résultat illustre bien le point soulevé plus haut : le poids accordé aux critères scientifiques, organisationnels et politiques peut changer selon les circonstances et les contextes.

* * *

Dans ce chapitre, ont été exposés différents sujets liés à l'évaluation. Suivant la perspective inspirée de Donabedian, nous avons distingué les trois types d'évaluation portant sur la structure, les processus et les résultats. Une attention particulière a été accordée à l'évaluation normative, qui est plus pertinente pour les cliniciens et les décideurs, sans toutefois négliger le lien de cette dernière avec la recherche évaluative, qui en assure la validité. L'évaluation des résultats fait appel à la notion d'efficacité, d'essai, d'utilisation ou populationnelle. L'évaluation économique est particulièrement importante pour la gestion, malgré les limites qu'elle comporte. La mesure de l'efficacité porte sur l'appréciation des résultats par rapport au coût des ressources investies. Sur le plan épistémologique et technique, l'analyse de l'efficacité comporte des limites, notamment le manque de prise en compte des aspects éthiques de l'ensemble des résultats, y compris les externalités.

Ont été abordés, aussi, des sujets plus directement en lien avec l'application de l'évaluation. Ainsi, l'évaluation *a posteriori* ou stratégique a fourni l'occasion de revisiter l'algorithme de priorisation des interventions de santé, à partir des paramètres de l'évaluation. D'autres sujets, comme le lien entre la qualité des soins et l'évaluation normative, l'évaluation de la performance, la gestion centrée sur la performance et le monitoring interprétatif ont été discutés. Enfin, nous avons clos le chapitre par une discussion sur la gestion fondée sur des données probantes, dont la valeur scientifique de la preuve repose sur les notions de validité interne et externe. En plus de la preuve scientifique, d'autres sources incluent des données organisationnelles et politiques. Le poids relatif accordé à chacune de ces sources peut influencer fortement le résultat des décisions.

Exercices

1. Types d'évaluation

Pour chacun des indicateurs suivants, dites s'ils relèvent de l'évaluation de la structure, du processus ou des résultats.

- 1.1 Le nombre de médecins pour 100 000 de population.
- 1.2 Le nombre d'infirmières par lit d'hospitalisation de courte durée dans un hôpital.
- 1.3 Le nombre de patients atteints d'infections nosocomiales pour 1 000 hospitalisations.
- 1.4 Le nombre de jours d'hospitalisations évitables dues à des séjours trop longs.
- 1.5 Le pourcentage d'appendices normaux pour 1 000 appendicectomies.
- 1.6 La mise en place d'un système d'amélioration continue de la qualité.

2. Productivité, efficacité, efficacie

Pour chacun des indicateurs suivants, indiquez s'ils mesurent la productivité, l'efficacité ou l'efficacie :

- 2.1 Le nombre d'années potentielles de vies sauvées par million de dollars investis en santé.
- 2.2 Le nombre d'examen de radiologie par heure d'ouverture de l'unité de radiologie.
- 2.3 L'espérance de vie à la naissance.
- 2.4 Le nombre de patients vus par un médecin par semaine.
- 2.5 Le nombre de patients atteints de maladies nosocomiales par 10 000 hospitalisations.

3. Évaluation des résultats des soins dans un hôpital

Deux hôpitaux de soins de courte durée (A et B) présentent les caractéristiques suivantes :

	A	B
Nombre de lits dressés (utilisables)	500	300
Taux d'occupation	80 %	90 %
Durée moyenne de séjour	9,8 j	7,9 j
Nombre de décès pour 1 000 admissions	4,0	2,0

À partir de ces données, dites si les énoncés suivants sont vrais ou faux.

- | | Vrai | Faux |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 On peut dire que la qualité des soins est supérieure dans l'hôpital B, puisque le taux de mortalité y est plus faible. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Le séjour moyen plus long dans A, de même que la taille de cet hôpital, semblent indiquer que les cas hospitalisés en A sont plus graves. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Le séjour moyen plus court en B qu'en A peut être dû à un taux d'occupation plus élevé en B qu'en A. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 Le taux de mortalité pour 1 000 admissions ne peut absolument pas être utilisé comme indicateur valide de la qualité des soins. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Influence du mode de financement sur différents paramètres de l'évaluation

Il existe différents modes de financement pour les établissements de santé, notamment pour les hôpitaux. Ces différents modes de financement peuvent avoir un effet sur certains paramètres de performance des établissements tels que : productivité, utilisation appropriée des services, efficacité (d'utilisation ou populationnelle), efficience, etc.

Indiquez quel est, selon vous, l'effet positif des différents modes de financement sur les indicateurs de performance, en complétant le tableau suivant ; classez les modes de financement selon leur effet positif sur chacun des indicateurs (1 = le plus d'effet positif ; 4 = le moins d'effet positif) et justifiez vos choix.

MODE DE FINANCEMENT	EFFET SUR				
	Productivité	Utilisation appropriée des services	Efficacité d'utilisation	Efficacité populationnelle	Efficienne
A. Budget global					
B. Paiement à l'épisode (tarification à l'activité)					
C. Paiement pour chacun des services produits (à l'acte)					
D. Paiement à la capitation					

Définition des termes

Budget global

Budget accordé aux établissements de façon prospective selon la taille (nombre de lits) et, éventuellement, en tenant compte de certains paramètres, tels que le nombre de jours d'hospitalisation, le taux d'occupation, la durée moyenne de séjour. On lui reproche sa base historique et, souvent, il est reporté d'une année sur l'autre, sans grand ajustement.

Paiement à l'épisode (tarification à l'activité)

- Remboursement pour un épisode, indépendamment de la durée du séjour à l'hôpital et des actes réalisés ;
- basé sur la nature du cas (diagnostic) ;
- le *Diagnosis Related Group* (DRG) américain illustre bien ce mode.

Paiement pour chacun des services produits (à l'acte)

- Tous les actes (diagnostic, traitement) sont détaillés, parce que chacun est remboursé individuellement ;
- chaque jour d'hospitalisation est facturé en plus, correspondant aux services d'hôtellerie ;
- il force l'institution à établir le coût réel des services.

Paiement à la capitation

- L'établissement accepte d'avance de fournir les services aux individus qui sont couverts par un tel régime (ex. : HMO américain) pour une période donnée (ex. : un an) ;
- il y a généralement un contrat entre le tiers payant et l'établissement.

5. L'application de la gestion centrée sur les résultats dans une région

Une petite histoire de cas

Données de base :

Vous êtes le directeur général d'une agence régionale de la santé (ARS) responsable d'une population d'environ 2 millions d'habitants. Le ministère de la Santé a procédé, il y a 3 ans, à une décentralisation administrative vers les ARS. Chaque ARS s'est alors vu attribuer un budget par le Ministère, sur la base d'un *per capita* ajusté selon les besoins de santé et selon les résultats de santé obtenus. Or, depuis l'obtention de son premier budget il y a 3 ans, votre région a vu décliner, durant cette période, l'état de santé de sa population, tel que mesuré, par exemple, par la mortalité infantile, qui est passée de 10 à 13/1 000, et par certains indicateurs de santé mentale, tels que le taux de suicide chez les jeunes, qui a augmenté de 30 %. Le Ministère a attiré l'attention de l'agence sur la détérioration de la santé de sa population et l'a menacée d'ajuster son prochain budget à la baisse, à cause de son manque de performance. Comment réagissez-vous à cette menace ? Essayez de répondre à cette partie de la question avant de prendre connaissance des données additionnelles.

Données additionnelles :

Durant ces 3 dernières années, l'ARS a dû investir considérablement dans son réseau hospitalier, surtout dans les équipements qui étaient désuets et vétustes. Par ailleurs, la région a également souffert d'une détérioration de ses conditions socioéconomiques (augmentation du taux de chômage de 8 à 15 %, fermeture d'usines et diminution du revenu moyen des ménages de 20 %). Avec ces données additionnelles, quelle stratégie formuleriez-vous pour bien défendre votre dossier auprès du Ministère ?

6. L'application de la gestion centrée sur les résultats dans un hôpital

Une courte histoire de cas

Données de base :

Vous êtes directeur général d'un hôpital régional de 500 lits, qui fournit des services spécialisés et ultraspecialisés à une population. On a implanté dans cette région une forme de budgétisation basée sur l'atteinte de résultats de santé. Or, précisément depuis cette implantation, certains indicateurs de résultats, tels que le taux de mortalité, ont augmenté progressivement, passant de 2,1 à 3,9 décès pour 1 000 admissions. Devant ces résultats peu reluisants, la direction de l'ARS vous a fait part de son intention de réviser votre budget à la baisse. Quel genre de dossier compterez-vous monter pour défendre votre institution ? Essayez de répondre à cette première question avant de prendre connaissance des données additionnelles qui suivent.

Données additionnelles :

Dans la même région, on a fermé un centre de traumatologie, ce qui a eu pour conséquence de transférer les cas qui y étaient traités à votre hôpital. Cependant, des calculs ajustés pour ces cas montrent que la mortalité a quand même augmenté dans votre hôpital au cours des trois dernières années. Vous notez que le bassin de desserte de votre hôpital s'est agrandi ces dernières années, particulièrement pour les services spécialisés et même ultraspecialisés. De plus, à cause du recrutement de nouveaux médecins spécialistes, votre hôpital offre maintenant des services plus spécialisés, notamment en neurologie, en cardiologie et dans les disciplines chirurgicales correspondantes. Finalement, l'analyse des données sur la morbidité montre un alourdissement du *case mix*, sans que la durée moyenne de séjour ne se soit allongée. Vous êtes maintenant en mesure de compléter votre réponse à l'ARS.

7. Les types d'efficacité

L'efficacité d'utilisation et l'efficacité populationnelle sont deux mesures distinctes de l'effet d'une intervention. À ce sujet, dites si les énoncés suivants sont vrais ou faux.

	Vrai	Faux
7.1 L'efficacité d'utilisation renseigne avant tout sur les résultats observés chez les utilisateurs des services.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Pour mesurer l'efficacité populationnelle d'un programme de soins dispensés par un établissement, il faut en connaître le bassin de desserte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 L'efficacité d'utilisation reflète mieux que l'efficacité populationnelle la responsabilité sociale et communautaire d'une ressource de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 Les mesures de l'efficacité d'utilisation et de l'efficacité populationnelle d'un programme de santé communautaire sont identiques dans le cas où la population cible est atteinte à 100 %.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 L'efficacité d'utilisation d'un mode de traitement est une condition nécessaire et suffisante pour son efficacité populationnelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6 Pour avoir une efficacité populationnelle, un mode de traitement doit d'abord avoir démontré une efficacité d'utilisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Performance, données probantes

Selon vous, est-ce que les énoncés suivants sont vrais ou faux ?

Vrai Faux

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8.1 La différence entre l'évaluation de la qualité et l'évaluation normative réside dans le fait que cette dernière s'appuie davantage sur des données scientifiques. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.2 L'évaluation de la performance, tout en faisant référence à des cibles à atteindre, vise aussi à expliquer les résultats obtenus en interprétant les relations entre les différentes composantes de l'intervention. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.3 Le mode de paiement incitatif à la performance (<i>pay for performance</i>) s'est avéré efficace pour orienter la pratique médicale vers les cibles visées. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.4 Les décisions fondées sur des preuves ne devraient s'appuyer que sur des données scientifiques. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.5 Le monitoring interprétatif relève davantage de l'évaluation normative que de la recherche évaluative. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Validité interne et externe

Indiquez si les moyens suivants augmentent la validité interne ou externe d'une étude. Justifiez votre réponse.

	Augmente la validité interne	Augmente la validité externe
9.1 Échantillon probabiliste à partir de toute la population d'une région		
9.2 Protocole d'étude avec groupe témoin et répartition des sujets au hasard		
9.3 Analyse d'implantation		
9.4 Analyse logique de l'intervention		
9.5 Répétition de l'étude dans plusieurs contextes		

10. Système d'appréciation de la performance

Dans un système d'appréciation de la performance, comme celui développé par le Commonwealth Fund, on observe l'évolution suivante de la situation, dans un pays, au cours des années :

Valeur des indicateurs	Rapport indicateurs/références
10.1 s'améliore	ne change pas
10.2 se détériore	ne change pas
10.3 ne change pas	s'améliore
10.4 se détériore	s'améliore
10.5 s'améliore	se détériore

En supposant que les indicateurs et les références mesurent bien ce qu'ils doivent mesurer, indiquez lesquels, parmi les cinq scénarios présentés, correspondent à une amélioration ou à une détérioration de la performance. Justifiez votre réponse.

CHAPITRE 5

Influence du contexte et des valeurs sur le système de santé

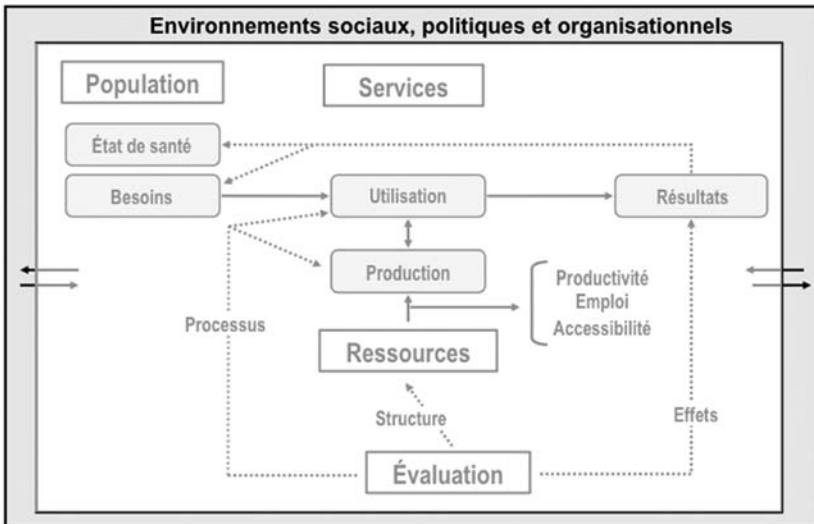
Objectifs du chapitre

25. Comparer les positions libéraliste et égalitariste.
26. Distinguer égalité et équité.
27. Appliquer les notions d'égalité, d'équité, de libéralisme et d'égalitarisme à l'analyse de problèmes identifiés dans le système de santé.

Tout au long des chapitres précédents, nous avons fait référence au fait que le contexte, qu'il soit organisationnel ou institutionnel, peut agir sur la dynamique interne du système de santé. Cette action peut s'exercer par la voie d'acteurs ou de facteurs en présence et de leurs liens avec leur environnement. Il peut s'agir d'associations professionnelles, de groupes de pression, des ressources financières ou autres que le système peut acquérir, ou des technologies qui, dans le domaine de la santé, sont intimement liées aux pratiques professionnelles et marquent celles-ci de façon déterminante. Toutes ces influences sont représentées à la figure 5.1 par les environnements sociaux, politiques et organisationnels.

FIGURE 5.1

Le système de santé : influence du contexte et des valeurs



Deux positions opposées : libéraliste et égalitariste

Au niveau sociétal, des valeurs sociales dominantes s'imposent et influencent l'ensemble du système. Pour illustrer ce point, prenons deux positions

opposées sur le plan des valeurs sociales, que nous appellerons aux fins de notre propos : position libéraliste et position égalitariste (Donabedian, 1973). Les points de vue d'hypothétiques tenants de chacune de ces positions, à l'égard de différents thèmes reliés à des valeurs sociales répandues, sont présentés dans le tableau 5.1. De façon générale, la position libéraliste met l'accent sur la réussite personnelle et sur la liberté des individus par rapport au pouvoir de coercition que permet l'intervention de l'État. La position égalitariste se fonde d'abord et avant tout sur la notion d'égalité devant les possibilités qui s'offrent aux individus. En d'autres termes, pour les tenants de la position égalitariste, les individus n'ont réellement des chances égales que si certains prérequis, tels que l'éducation et la santé, sont offerts à tous, indépendamment de leur statut socioéconomique.

Dans les systèmes de santé, la position égalitariste a été associée à une forme de collectivisme qui s'est exprimée dès le XIX^e siècle avec l'établissement du système bismarckien et, plus tard, du système beveridgien

TABLEAU 5.1**Valeurs sociales influençant la dynamique interne du système de santé**

Valeurs	Position libéraliste (Importance de la réussite personnelle et de la liberté individuelle face aux pouvoirs de coercition politiques)	Position égalitariste (Importance de l'égalité des chances)
1. Responsabilité personnelle	Toute récompense doit être méritée (dont les soins de santé)	Certains biens (comme les services de santé et l'éducation) sont des droits plus que des privilèges
2. Conscience sociale	La charité et la philanthropie sont des moyens d'aider ceux qui ne réussissent pas	L'État doit mettre en place des mécanismes pour éviter le recours à la charité qui est dégradant et imprévisible pour l'individu
3. Liberté	L'intervention de l'État entrave les libertés individuelles	L'État doit s'assurer que les libertés individuelles peuvent s'exprimer, c'est-à-dire que les individus puissent faire des choix
4. Égalité	Reconnaît l'égalité devant la loi	Il faut au préalable que les opportunités soient égales pour que les individus puissent se réaliser

Adapté de Donabedian A., *Aspects of Medical Care Administration*, Harvard University Press, Cambridge, 1973, p. 4-15.

(Rosanvallon, 1995). La différence entre les deux est que le système bismarckien est fondé sur les mécanismes des assurances sociales. C'est ce dernier que l'Allemagne et la France actuelles ont adopté. Par contre, dans le système beveridgien, tel qu'instauré au Royaume-Uni, des prestations uniformes sont versées à toute la population, à partir des revenus fiscaux de l'État. Dans les deux cas, la responsabilité envers les individus s'inspire du principe de solidarité.

La position libéraliste est à l'opposé de la position égalitariste. Elle a inspiré l'établissement de systèmes de santé où le financement privé est important, provenant des individus, soit directement, soit indirectement par le truchement d'assurances privées. C'est le cas, par exemple, des États-Unis où, en 2008, la part des dépenses publiques de santé ne représentaient que 46 % des dépenses totales de santé, par comparaison au Canada où elles dépassaient 70 % (ICIS, 2010).

Bien sûr, ces deux positions opposées représentent des *idéaux types*, mais dans les faits, il n'existe pas de types purs. Les systèmes sociopolitiques, dont fait partie le système de santé, sont trop complexes pour les réduire à ne porter que l'une ou l'autre de ces étiquettes. Dans la réalité, on observe plutôt un amalgame d'éléments venant de ces types opposés. Ainsi, on voit souvent des régimes universels d'accessibilité aux soins cohabiter avec des conditions qui laissent une grande autonomie, tant aux professionnels qu'aux utilisateurs de services. On note également que les systèmes inspirés de Beveridge et de Bismarck tendent à se rapprocher et même à se confondre, l'un empruntant des éléments de l'autre (van der Zee et Kroneman, 2007; Or *et al.*, 2009). Il n'en demeure pas moins que ces deux régimes reposent sur des valeurs quelque peu différentes. Dans un système beveridgien, l'équité est au premier plan, alors que tous les citoyens ont droit aux soins de santé, sans égard à leur contribution financière. Quant au système bismarckien, il est fondé sur les principes de solidarité, de pluralisme et de liberté. C'est ce qui explique vraisemblablement, dans ces types de systèmes, la présence plus importante d'organisations privées, qui fournissent des soins, et le plus grand respect de l'autonomie professionnelle, qui s'exprime par la rémunération à l'acte et une plus grande indépendance des médecins (Or *et al.*, 2009).

De même, le courant néolibéraliste qui affecte actuellement plusieurs pays, conjugué à la hausse vertigineuse des coûts, tend à justifier le désengagement des États à l'égard du financement des systèmes de santé et à

ouvrir la porte à un financement privé de plus en plus important. L'argument majeur invoqué pour justifier ce retrait de l'État est la non-viabilité financière des systèmes de santé publics, mais une telle affirmation relève vraisemblablement plus du mythe que de la réalité (FCRSS, 2001).

Équité ou égalité ?

Au cœur du débat sur les valeurs sociales se trouvent les notions d'équité et d'égalité. Pour poursuivre la logique de la démarche conceptuelle adoptée ici, l'égalité réfère à la répartition égale de la santé parmi les individus et les groupes dans la collectivité. C'est une notion essentiellement statistique et descriptive. Si l'on y ajoute un jugement sur ce qui est socialement juste, alors on parle d'équité. La justice sociale exige que chaque individu puisse bénéficier de soins de santé, recevoir des services et avoir accès à des ressources selon ses besoins. Plus grands sont les besoins, plus important doit être l'investissement collectif, ce qui revient à dire que, pour atteindre l'équité, il faut parfois accentuer les inégalités. Cette perspective renvoie à la théorie de l'égalitarisme libéral de John Rawls, qui est une variante de l'égalitarisme selon laquelle certaines inégalités sont socialement justifiables si elles profitent aux plus démunis (Arnsperger et Van Parijs, 2003). C'est ainsi qu'on justifie que les plus défavorisés consomment plus de services de santé, parce que leurs besoins sont plus grands que ceux des mieux nantis.

La notion de besoin est donc au centre de la définition de l'équité. Or, comme nous l'avons vu au chapitre 1, la définition du besoin varie selon que l'on se réfère à la santé, aux services ou aux ressources. Ainsi, plus on s'éloigne du pôle santé dans la séquence de la triade « santé – services – ressources », plus la notion d'équité devient difficile à définir avec précision. D'une part, il ne semble pas y avoir d'ambiguïté sur le fait que les inégalités en santé peuvent également constituer des iniquités. Mais, d'autre part, lorsqu'il s'agit des services ou des ressources, la situation est plus complexe. En effet, il est plausible que pour régler des problèmes d'inégalités de santé entre divers groupes d'une collectivité, ce ne soit pas au niveau des services de santé qu'il faille agir, mais à celui d'autres déterminants de la santé. Dans ce cas, une inégalité et une iniquité de santé ne trouvent pas nécessairement leur solution dans une inégalité d'accès aux services en faveur des plus démunis, mais dans la recherche de solutions

qui relèvent probablement plus de la santé publique que des services de santé.

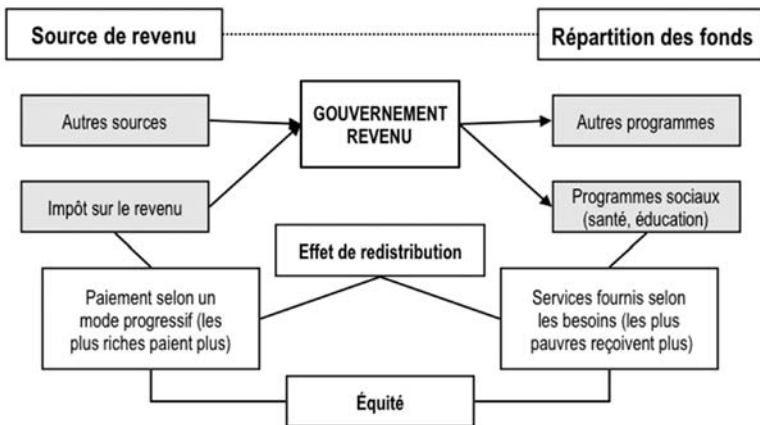
Revenons maintenant au cadre conceptuel présenté en introduction et essayons de voir dans quelle mesure les contextes sociaux, politiques et organisationnels influencent les diverses composantes du système de santé (figure 5.1).

Quelques exemples

Illustrons nos propos par trois exemples. Le premier fait la démonstration de l'influence qu'exerce un système de financement public dans un régime de type beveridgien. Il s'agit donc, comme nous l'avons souligné plus haut, d'un régime davantage conforme à une position égalitariste. La figure 5.2 présente la dynamique d'un tel système au regard de l'équité.

FIGURE 5.2

L'atteinte de l'équité dans un système de financement public de type Beveridgien



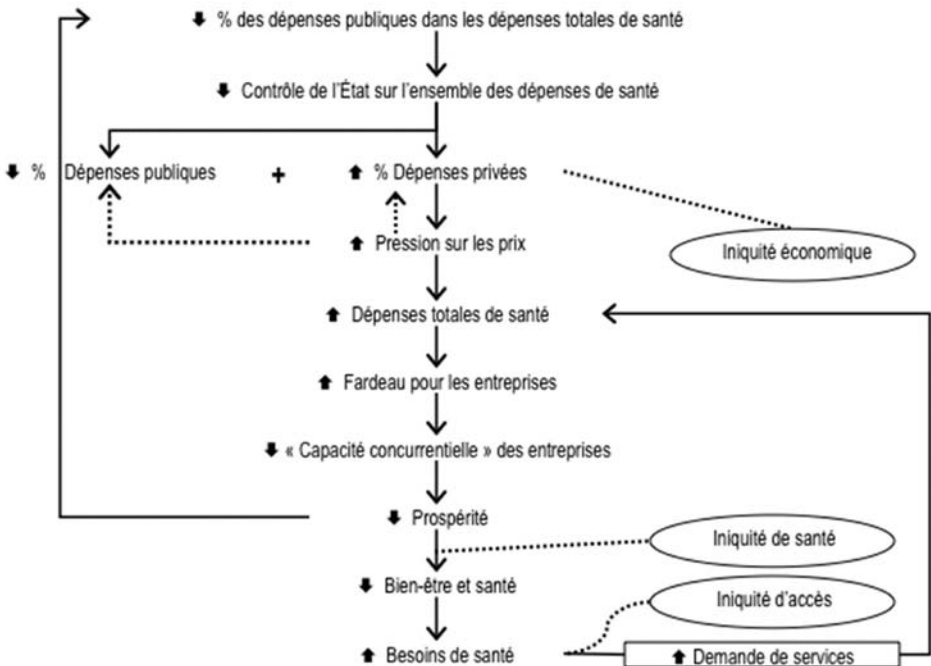
La principale source de revenus du gouvernement provient de la fiscalité. Dans un régime d'imposition selon un mode progressif, conforme à une vision égalitariste, les plus riches paient plus d'impôt, ce qui entraîne un effet de redistribution entre plus riches et plus pauvres, contribuant ainsi à une plus grande équité. Quant à la répartition des fonds entre les divers programmes et services, l'accès universel aux services permet aux plus démunis de recevoir plus de services que les mieux nantis, parce que

leurs besoins sont plus grands. Cette inégalité dans la prestation des services en faveur des plus démunis contribue également à une plus grande équité. En d'autres termes, le financement du système de santé public et de la prestation de services, dans un régime d'accessibilité universelle aux soins, convergent pour augmenter l'équité.

Dans le deuxième exemple qui suit, on analyse l'effet d'un désengagement de l'État dans le financement de la santé. Tel que mentionné précédemment, c'est le cas de plusieurs pays qui ont des systèmes de santé publics, mais où l'augmentation des coûts, conjuguée à l'adoption d'une idéologie néolibérale, fait pression sur les gouvernements pour qu'ils diminuent le financement public des services de santé. Comme on peut le voir dans la figure 5.3, le point de départ est la diminution de la part des dépenses publiques au détriment des dépenses privées qui, pour compenser, doivent augmenter, ce qui a pour effet de diminuer l'influence que l'État peut exercer sur le contrôle des dépenses totales pour la santé.

FIGURE 5.3

Effets à long terme du désengagement du gouvernement dans le financement des services de santé



L'augmentation des dépenses privées, sur lesquelles l'État n'a pas de contrôle, exerce alors une pression inflationniste sur les prix et, par réaction mimétique, sur les autres dépenses publiques, ce qui a comme conséquence une augmentation des dépenses de santé totales. À cet égard, l'exemple des États-Unis est frappant. Les grandes entreprises, dans le cadre de conventions collectives signées avec les syndicats, s'engagent à offrir à leurs employés des assurances privées, augmentant ainsi leur fardeau financier et diminuant leur capacité concurrentielle sur le marché mondial. Certaines entreprises sont d'ailleurs en faveur d'un régime public d'assurance maladie universel pour cette raison. Ce fardeau financier peut donc entraîner une baisse de prospérité et de bien-être de la population, et contribuer à une augmentation des besoins de santé. Ces besoins sont vraisemblablement plus prononcés chez les plus démunis, à cause des pertes d'emploi et de leur plus grande vulnérabilité à la détérioration des conditions économiques. Une augmentation des besoins devrait se traduire par un recours accru aux services, mais les barrières financières à l'accès aux soins s'étant multipliées pour les plus pauvres, il en résulte une plus grande iniquité. Cet exemple illustre la tendance de glissements du pôle égalitariste vers le pôle libéraliste observée dans plusieurs pays qui ont des systèmes de santé publics, qu'ils soient bismarckiens ou beveridgiens.

Un troisième exemple est celui du « ticket modérateur » ou des frais d'utilisation, comme certains l'appellent. L'instauration du ticket modérateur est fondée sur la croyance selon laquelle les patients abusent du système et qu'ils sont les principaux agents responsables de l'augmentation des coûts. Or, comme nous l'avons vu au chapitre 2, l'individu qui a recours aux soins n'est responsable de l'utilisation des services qu'en une infime partie, la plus importante partie venant des décisions médicales. Les « premières consultations », selon R. G. Evans, ne représenteraient que 6 à 7 % du total des dépenses de la santé au Canada (FCRSS, 2001).

L'expérience de la Saskatchewan, à cet égard, est révélatrice. En 1968, cette province canadienne a mis en place un système de ticket modérateur pour l'abolir sept ans plus tard. La réduction de 6 % de l'utilisation annuelle des services médicaux s'est faite aux dépens des personnes âgées et des pauvres, qui ont réduit de 18 % le nombre de leurs consultations médicales. Par contre, les coûts globaux de soins de santé n'ont pas diminué, et pour deux raisons. Premièrement, les honoraires des médecins ont augmenté et, deuxièmement, les mieux nantis ont consulté leur médecin plus souvent. Cette étude a montré que l'application du ticket

modérateur pénalise les plus malades et les plus pauvres, augmentant ainsi l'iniquité, et cela, sans avoir l'effet escompté sur les coûts de santé. Cette conclusion a été également la même dans l'étude de la *Rand Corporation* aux États-Unis. Toutes les recherches convergent pour conclure que le ticket modérateur avantage les personnes riches et en meilleure santé, et pénalise les plus malades et les plus pauvres (FCRSS, 2001).

On pourrait ainsi prendre de nombreux autres exemples où les valeurs dominantes de la société influencent l'organisation interne du système de santé. Entre autres, la rémunération à l'acte des médecins, qui est davantage compatible avec une position libéraliste. À l'inverse, la rémunération des médecins selon le mode de la capitation, qui est associée à une position plus égalitariste dans le cadre d'un système qui met l'accent sur la responsabilisation des organisations de soins à l'égard d'une population. Enfin, et de façon générale, la couverture publique des dépenses de santé ressort en tant que position égalitariste.

* * *

On le voit donc, et certains pourraient y voir un paradoxe, l'égalité simple n'est pas nécessairement liée à l'égalitarisme ; elle est parfois même plutôt associée à la position libéraliste. C'est l'équité qui distingue la position égalitariste, car elle prend en compte les besoins des individus et la responsabilisation de la collectivité pour combler ces besoins.

Les systèmes de santé jouent un rôle important dans l'atteinte d'une plus grande équité sociale, tant sur le plan de leur financement, par le lien qu'ils ont avec la fiscalité, que de la prestation de services. Ils ont à la fois un rôle de redistribution des ressources et de régulation de l'accès aux services selon les besoins. C'est dire qu'une analyse des systèmes de santé doit tenir compte de l'environnement social, économique et politique dans lequel ils s'insèrent, afin de comprendre la dynamique interne des forces qui les gouvernent.

Le système de santé fait partie du système social, plus large et fort complexe, où des valeurs parfois convergentes, parfois divergentes, coexistent et constituent le fondement idéologique qui guide les différents acteurs dans leurs orientations et leurs actions. Ces différentes influences modulent les différentes composantes de ce système et leurs interrelations, contribuant ainsi à lui donner son caractère distinctif.

Exercices

1. Position égalitariste ou libéraliste

Le but de cet exercice est de familiariser le lecteur avec les deux grands types de valeurs sociales qui influencent les choix en planification de la santé. La position libéraliste souligne l'importance de la réussite personnelle et de la liberté individuelle face aux pouvoirs de coercition politique. La position égalitariste insiste sur l'importance de l'égalité des chances et le rôle régulateur de l'État, pour protéger ce droit fondamental.

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez à quelle position il correspond : égalitariste ou libéraliste ?

	Position égalitariste	Position libéraliste
1.1 Un régime public d'assurance maladie uniquement pour les plus démunis (bénéficiaires de l'aide sociale)		
1.2 Un revenu minimum garanti pour tous		
1.3 Un régime fiscal dans lequel le taux d'imposition augmente en fonction du niveau du revenu imposable		
1.4 Des subventions accordées aux collèges privés pour favoriser l'accès à un plus grand nombre d'étudiants		
1.5 La santé et l'éducation sont des prérequis auxquels tous ont droit, indépendamment de leur situation socioéconomique		
1.6 Les forces qui gouvernent la société, et notamment les marchés, interagissent naturellement de façon harmonieuse		
1.7 L'État a la responsabilité de favoriser l'expression des libertés individuelles		
1.8 Des frais modérateurs proportionnels au coût des services		

2. Égalité et équité

Selon vous, les énoncés suivants sont-ils vrais ou faux ?

	Vrai	Faux
2.1 L'égalité s'accompagne forcément de l'équité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 À besoins égaux, l'égalité entre les groupes, dans une population, équivaut à l'équité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Selon la vision libéraliste, les inégalités de santé ou d'accès aux soins ne sont pas forcément inéquitables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Pour être équitables au regard de la santé, les services doivent être offerts de façon égalitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conclusion

Les systèmes de santé sont des entités complexes. Leurs multiples acteurs, les professionnels qui dispensent les services, les gestionnaires qui en coordonnent la production et les individus qui y ont recours, interagissent à l'intérieur de processus complexes de prestation de services. De plus, les environnements organisationnels et institutionnels exercent leur influence sur l'utilisation et la production de services. Cela en revient à dire que gérer un système de santé et ses composantes équivaut à gérer la complexité.

Cette complexité est en outre liée au caractère souvent imprévisible des résultats et à la non-linéarité des processus (Roy *et al.*, 2010). Mais ces éléments peuvent être appréhendés et gérés, et le degré d'incertitude être sensiblement réduit par une meilleure connaissance des événements et des phénomènes en présence, et de leurs interactions. C'est à ce besoin que ce livre, comme son titre l'indique, a voulu répondre. Plus précisément, il espère avoir contribué à l'atteinte des objectifs généraux énoncés au début de l'ouvrage qui étaient formulés comme suit :

« Après avoir terminé la lecture de cet ouvrage, complété les exercices proposés et comparé ses réponses aux corrigés, le lecteur sera en mesure de :

1. Situer et analyser les différentes composantes d'un système de santé au regard du cadre de référence proposé.
2. Identifier et expliquer les relations qui existent entre ces composantes.
3. Utiliser et appliquer les concepts et les méthodes proposés dans l'analyse du système de santé et de ses composantes. »

Il est à souhaiter que la démarche forcément réductrice et simplificatrice adoptée dans l'ouvrage n'a pas occulté la réelle complexité du système de santé.

Deux grandes stratégies peuvent aider à mieux gérer les situations complexes : augmenter le degré de certitude face aux problèmes rencontrés et encourager l'expression de la créativité, la participation et les processus délibératifs féconds favorisant l'émergence de solutions originales (Roy *et al.*, 2010). Cela est d'autant plus important dans un système où les ressources humaines sont constituées de professionnels qui ont un haut degré de compétences et d'expertise, comme c'est le cas dans les systèmes de santé.

Par ce livre, nous espérons apporter une contribution à l'adoption et au développement de telles stratégies. D'une part, il est à souhaiter qu'une meilleure connaissance du système de santé permettra de réduire certaines zones d'incertitude. D'autre part, il est aussi à escompter que la diffusion de connaissances pour les gestionnaires et les professionnels augmentera la confiance qu'ils peuvent avoir dans leur analyse des situations complexes et favorisera l'émergence de solutions innovantes fondées sur la connaissance et la pratique. Une gestion fondée à la fois sur des données scientifiques et sur l'expérience pratique dans un climat organisationnel qui encourage la délibération nous semble être une voie prometteuse pour une gestion plus efficace des systèmes de santé.

Références bibliographiques

- ALLCORN, S., « Using matrix organization to manage health care delivery organizations », *Hospital & Health Services Administration*, 1990, 35(4), p. 575-590.
- ANDERSEN, R. M., « Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter ? », *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, 36(1), p. 1-10.
- ANDERSEN, R. et J. F. NEWMAN, « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », *Milbank Memorial Fund Quarterly Health Society*, 1973, 51(1), p. 95-124.
- ANDRULIS, D. P., « Access to care is the centerpiece in the elimination of socio-economic disparities in health », *Annals of Internal Medicine*, 1998, 129(5), p. 412-416.
- ARNSPERGER, C. et P. VAN PARIJS, *Éthique économique et sociale*, Paris, La Découverte, coll. Repères, 2003.
- BAKER, G. R. et G. H. PINK, « A balanced scorecard for Canadian hospitals », *Healthcare Management Forum*, 1995, 8(4), p. 7-21.
- BÉLAND, F., R. PINEAULT et G. STUDDART, *A New Index of Utilization of Ambulatory Medical Care Social Indicators Research*, 1989, 21, p. 409-439.
- BERWICK, D. M., « Continuous improvement as an ideal in health care », *New England Journal of Medicine*, 1989, 320(1), p. 53-56.
- BLUMBERG, M. S., « “DPF concept” helps predict bed needs », *Modern Hospital*, 1961, 97, p. 75-81.
- BORGÈS DA SILVA, G. et R. BORGÈS DA SILVA, « La gestion intégrée des soins: L'expérience de Kaiser Permanente et de Veterans Health Administration, aux USA », *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2005, 36(4), p. 323-335.
- BORGÈS DA SILVA, R., A. P. CONTANDRIOPOULOS, R. PINEAULT et P. TOUSIGNANT, « Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé: Concepts et mesure », *Pratiques et organisation des soins*, 2011, 42(1), p. 11-18.

- BROWNE, K., D. ROSEMAN, D. SHALLER et S. EDGMAN-LEVITAN, « Measuring patient experience as a strategy for improving primary care », *Health Affairs*, 2010, 29(5), p. 921-925.
- BROUSSELLE, A. et F. CHAMPAGNE, « Program theory evaluation : Logic analysis », *Evaluation and Program Planning*, 2011, 34(1), p. 69-78.
- BROUSSELLE, A., J. LACHAINE et A.P. CONTANDRIOPOULOS, « L'évaluation économique », dans A. BROUSSELLE, F. CHAMPAGNE, A. P. CONTANDRIOPOULOS et Z. HARTZ, dir., *L'évaluation : concepts et méthodes*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2009.
- BROUSSELLE, A. et C. LESSARD, « Economic evaluation to inform health care decision-making: Promise, pitfalls and a proposal for an alternative path », *Social Science & Medicine*, 2011, 72(6), p. 832-839.
- BRUNELLE, Y., *Une source d'enseignements : Les hôpitaux « magnétiques » américains*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008.
- CHAMPAGNE, F., A. P. CONTANDRIOPOULOS, A. BROUSSELLE, Z. HARTZ et J. L. DENIS, « L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes », dans A. BROUSSELLE, F. CHAMPAGNE, A. P. CONTANDRIOPOULOS et Z. HARTZ, dir., *L'évaluation : concepts et méthodes*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2009.
- CHAMPAGNE, F., A. P. CONTANDRIOPOULOS, J. PICOT-TOUCHÉ, F. BÉLAND et H. NGUYEN, *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS*, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 2005.
- COCHRANE, A. L., « Effectiveness and efficiency : Random reflections on health services », Londres, *Nuffield Provincial Hospitals Trust*, 1972.
- COLTON, T., *Statistics in Medicine*, Boston, Little, Brown and Company, 1974.
- COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, « L'appréciation globale et intégrée de la performance : Analyse des indicateurs de monitoring », *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux*, 2010, Québec, 2010.
- COMMONWEALTH FUND COMMISSION ON A HIGH PERFORMANCE HEALTH SYSTEM, *Why not the best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance*, octobre 2011.
- CRAIG, N., B. WRIGHT, P. HANLON et S. GALBRAITH, « Does health care improve health ? », *Journal of Health Services Research and Policy*, 2006, 11(1), p. 1-2.
- DOBROW, M. J., V. GOEL et R. E. UPSHUR, « Evidence-based health policy : Context and utilisation », *Social Science & Medicine*, 2004, 58(1), p. 207-217.
- DONABEDIAN, A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, vol. 1, *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.

- DONABEDIAN, A., *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*, Cambridge, Harvard University Press, 1973.
- EISENBERG, J. M., « Physician utilization: The state of research about physicians' practice patterns », *Medical Care*, 2002, 40(11), p. 1016-1035.
- FCRSS, « Mythe: Le financement des services de santé au Canada est non viable », *À bas les mythes*, Ottawa, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, décembre 2007.
- FCRSS, « Mythe: Les frais d'utilisation mettraient fin au gaspillage et garantiraient une meilleure utilisation du système de soins de santé », *À bas les mythes*, Ottawa, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, septembre 2001.
- FEACHEM, R. G., N. K. SEKHRI et K. L. WHITE, « Getting more for their dollar: A comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente », *British Medical Journal*, 2002, 324(7330), p. 135-141.
- FOURNIER, M., Communication personnelle, 2011.
- FREIDSON, E., « Client control and medical practice », *American Journal of Sociology*, 1960, 65(4), p. 374-382.
- FREIDSON, E., *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Dodd, Mead & Co., 1970.
- FRENK, J., « Medical care and health improvement: The critical link », *Annals of Internal Medicine*, 1998, 129(5), p. 419-420.
- GOSDEN, T., F. FORLAND, I. S. KRISTIANSEN, M. SUTTON, B. LEESE, A. Giuffrida *et al.*, « Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: A systematic review », *Journal of Health Services Research and Policy*, 2001, 6(1), p. 44-55.
- GREEN, L. V., « How many hospital beds? », *Inquiry*, 2002, 39(4), p. 400-412.
- HAGGERTY, J. L., R. PINEAULT, M. D. BEAULIEU, Y. BRUNELLE, J. GAUTHIER, F. GOULET *et al.*, « Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care », *Annals of Family Medicine*, 2008, 6(2), p. 116-123.
- HAGGERTY, J. L., R. PINEAULT, M. D. BEAULIEU, Y. BRUNELLE, J. GAUTHIER, F. GOULET *et al.*, « Room for improvement: Patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms », *Canadian Family Physician*, 2007, 53(6), p. 1056-1057.
- HAGGERTY, J. L., R. J. Reid, G. K. Freeman, B. H. Starfield, C. E. Adair et R. McKendry, « Continuity of care: A multidisciplinary review », *British Medical Journal*, 2003, 327(7425), p. 1219-1221.
- HANCOCK, W. M., D. B. MAGERLEIN, R. H. STORER et J. B. MARTIN, « Parameters affecting hospital occupancy and implications for facility sizing », *Health Services Research*, 1978, 13(3), p. 276-289.

- HAVENS, D. S. et L. H. AIKEN, « Shaping systems to promote desired outcomes. The magnet hospital model », *Journal of Nursing Administration*, 1999, 29(2), p. 14-20.
- HORNBROOK, M. C., A. V. HURTADO et R. E. JOHNSON, « Health care episodes: Definition, measurement and use », *Medical Care Review*, 1985, 42(2), p. 163-218.
- ICIS, *Apprendre des meilleurs: Analyse comparative du système de santé du Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2011.
- ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2010.
- ICIS, *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2009.
- INSPQ, *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: Les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2006.
- KASPER, J. D., « Health-care utilization and barriers to health care », dans G. L. ALBRECHT, R. FITZPATRICK et S. C. SCRIMSHAW, dir., *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London, Sage Publications, 2000.
- KEON, W. J. et L. PÉPIN, *Un Canada en santé et productif: Une approche axée sur les déterminants de la santé*, Ottawa, Sénat, 2009.
- KLEIN, R., « Evidence and policy: Interpreting the Delphic oracle », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2003, 96(9), p. 429-431.
- LARSON, E. W. et D. H. GOBELI, « Matrix management: Contradictions and insights », *California Management Review*, 1987, 29(4), p. 126-135.
- LAST, J. M., *A Dictionary of Public Health*, New York, Oxford University Press, 2007.
- LAST, J. M., dir., *A Dictionary of Epidemiology*, 4^e éd., New York, Oxford University Press, 2000.
- LEVESQUE, J. F., R. PINEAULT, S. PROVOST, P. TOUSIGNANT, A. COUTURE, R. BORGÈS DA SILVA *et al.*, « Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of Quebec province: Montreal and Monteregie », *BMC Family Practice*, 2010, 11(1), p. 95.
- LOMAS, J., T. CULYER, C. McCUTCHEON, L. McAULEY et S. LAW, *Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance. Final Report*, Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2005.
- MARTIN, V. et M. H. JOBIN, « La gestion axée sur les résultats: Comparaison des cadres de gestion de huit juridictions », *Administration publique du Canada*, 2004, 47(3), p. 304-331.
- MCCARTHY, C. M., « DRGs-five years later », *New England Journal of Medicine*, 1988, 318(25), p. 1683-1686.

- McDONALD, R. et M. ROLAND, « Pay for performance in primary care in England and California: Comparison of unintended consequences », *Annals of Family Medicine*, 2009, 7(2), p. 121-127.
- MIKKONEN, J. et D. RAPHAEL, *Social determinants of health: The Canadian facts*, Toronto, York University School of Health Policy and Management, 2010.
- MILLER, R. H. et H. S. LUFT, « HMO plan performance update: An analysis of the literature, 1997-2001 », *Health Affairs*, 2002, 21(4), p. 63-86.
- MOLINARI, N. A., « The effect of health care on population health », *The Lancet*, 2004, 364(9445), p. 1558-1560.
- OCDE, *Panorama de la santé 2011: Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, 2011, <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-fr>.
- OCDE, *Panorama de la santé 2007. Indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, 2007.
- OCDE, *La gestion des performances dans l'administration: mesure des performances et gestion axée sur les résultats*, Paris, Études hors série sur la gestion publique, n° 3, 2004.
- OLIVER, A., « The Veterans Health Administration: An American success story? », *Milbank Quarterly*, 2007, 85(1), p. 5-35.
- OR, Z., C. CASES, M. LISAC, K. Vrangbæk, U. Winblad et G. Bevan, *Are Health Problems Systemic? Politics of Access and Choice under Beveridge and Bismarck Systems. Working Paper*, Paris, IRDES, 2009.
- PENCHANSKY, R. et J. W. THOMAS, « The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction », *Medical Care*, 1981, 19(2), p. 127-140.
- PESCOSOLIDO, B. A., « Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help », *American Journal of Sociology*, 1992, 97(4), p. 1096-1138.
- PETERSEN, L. A., L. D. WOODARD, T. URECH, C. DAW et S. SOOKANAN, « Does pay-for-performance improve the quality of health care? », *Annals of Internal Medicine*, 2006, 145(4), p. 265-272.
- PINCUS, T., R. ESTHER, D. A. DEWALT et L. F. CALLAHAN, « Social conditions and self-management are more powerful determinants of health than access to care », *Annals of Internal Medicine*, 1998, 129(5), p. 406-411.
- PINEAULT, R., « Is privatization a solution to increasing health expenditures? A public health perspective », Conference proceedings, Cretan Public Health Conference, Heraklion, Crete, Greece, 2008, p. 361-371.
- PINEAULT, R., « The physician episode of care: A framework for analyzing physician behavior regarding use of clinical and technical resources », *Clinical and Investigative Medicine*, 1985, 8(1), p. 48-55.
- PINEAULT, R. et C. DAVELUY, *La planification de la santé: Concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Éditions Nouvelles, 1995.
- PINEAULT, R. et L. GOULET, « Les indicateurs de santé: Les utiliser, oui, mais ne pas en abuser », *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, 1995, 2(2), p. 140-150.

- PINEAULT, R., P. LAMARCHE, M. D. BEAULIEU, J. HAGGERTY, D. LAROCHE, J. M. JALHAY *et al.*, « Conceptual and methodological challenges in producing research syntheses for decision-and policy-making: An illustrative case in primary healthcare », *Evaluation*, 2010, 16(2), p. 137-152.
- PINEAULT, R., J. F. LEVESQUE, D. ROBERGE, M. HAMEL, P. LAMARCHE et J. HAGGERTY, *L'accessibilité et la continuité des services de santé: Une étude sur la première ligne au Québec*, Rapport de recherche, Montréal, Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008.
- PINEAULT, R., P. TOUSIGNANT, D. ROBERGE, P. LAMARCHE, D. REINHARZ, D. Larouche D *et al.*, « Involving decision-makers in producing research syntheses: The case of the research collective on primary healthcare in Quebec », *Healthcare Policy*, 2007, 2(4), p. e193-e209.
- PROVOST, S., R. PINEAULT, P. TOUSIGNANT, M. HAMEL et R. BORGÈS DA SILVA, « Evaluation of the implementation of an integrated primary care network for prevention and management of cardiometabolic risk in Montreal », *BMC Family Practice*, 2011, 12(1), p. 126.
- ROSANVALLON, P., *La nouvelle question sociale: Repenser l'État-providence*, Paris, Édition du Seuil, 1995.
- ROY, D. A., E. LITVAK et F. PACCAUD, *Des réseaux responsables de leur population: Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Montréal, Les éditions du Point, 2010.
- SAFRAN, D. G., « Defining the future of primary care: What can we learn from patients? », *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138(3), p. 248-255.
- SAUCIER, A. et Y. BRUNELLE, dir., *Les indicateurs et la gestion par résultats. Direction de la planification et de l'évaluation*, coll. Méthodologie et instrumentation, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995.
- SHADISH, W. R., T. D. COOK et D. T. CAMPBELL, *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*, Boston, Houghton Mifflin Harcourt, 2002.
- SHELDON, T. A., « Making evidence synthesis more useful for management and policy-making », *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005, 10(Suppl. 1), p. 1-5.
- SOLON, J. A., C. G. SHEPS et S. S. LEE, « Delineating patterns of medical care », *American Journal of Public Health*, 1960, 50(8), p. 1105-1113.
- STARFIELD, B., *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*, New York, Oxford University Press, 1998.
- STERN, R. S. et A. M. EPSTEIN, « Institutional responses to prospective payment based on diagnosis-related groups. Implications for cost, quality, and access », *New England Journal of Medicine*, 1985, 312(10), p. 621-627.

- STUART, N. et H. SHERRARD, « Managing hospitals from a program perspective », *Health Management Forum*, 1987, 8(1), p. 53-63.
- SZKLO, M. et F. J. NIETO, *Epidemiology: Beyond the Basics*, Sudbury, Jones & Bartlett Learning, 2007.
- TIMMERMANS, S. et A. MAUCK, « The promises and pitfalls of evidence-based medicine », *Health Affairs*, 2005, 24(1), p. 18-28.
- TOUSIGNANT, P., *Plan de monitoring interprétatif de l'impact des transformations des services de santé de première ligne sur la population montréalaise*, Montréal, Direction de santé publique de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, 2005.
- VAN DER ZEE, J. et M. W. KRONEMAN, « Bismarck or Beveridge: A beauty contest between dinosaurs », *BMC Health Services Research*, 2007, 7, p. 94.
- VEILLARD, J., F. CHAMPAGNE, N. KLAZINGA, V. KAZANDJIAN, O. A. ARAH et A. L. GUISET, « A performance assessment framework for hospitals: The WHO regional office for Europe PATH project », *International Journal of Quality in Health Care*, 2005, 17(6), p. 487-496.
- VICTORA, C. G., J. P. HABICHT et J. BRYCE, « Evidence-based public health: Moving beyond randomized trials », *American Journal of Public Health*, 2004, 94(3), p. 400-405.
- WALSHE, K. et T. G. RUNDALL, « Evidence-based management: From theory to practice in health care », *Milbank Quarterly*, 2001, 79(3), p. 429-457.

Corrigé des exercices

CHAPITRE 1

1. Retour sur la standardisation

La méthode la plus appropriée est la méthode directe, puisque nous connaissons les taux spécifiques d'hospitalisation par tranche d'âge. Il est donc possible de constituer une population de référence (ex. : A + B) et d'attribuer à celle-ci les taux spécifiques d'hospitalisation pour A et pour B.

	Population de référence	Nombre d'hospitalisations	
		A	B
0-39	80 000	7 200	8 000
40-59	60 000	8 400	8 400
60 +	60 000	10 200	9 600
Total	200 000	25 800	26 000
Taux		129/1 000	130/1 000

On peut dire que ces taux standardisés sont semblables et donc que le taux d'hospitalisation n'est pas plus élevé en B qu'en A. Le taux brut plus élevé en B (136) qu'en A (121) est vraisemblablement dû au fait que la population B comporte beaucoup plus de personnes de 60 ans et plus.

On pourrait utiliser aussi la méthode indirecte. Prenant A comme population de référence et B comme population étudiée, on applique les taux d'hospitalisation de A à la population de B :

Nombre d'hospitalisations

0-39	2 700
40-59	4 200
60 +	6 800

 13 700

ou 137/1 000 (taux calculé)

$$\text{Indice comparatif d'hospitalisation} = \frac{B \text{ (observé)}}{B \text{ (calculé)}} = \frac{136}{137} = 0,993$$

Donc près de 1 ; pas de différence appréciable entre B et A, c'est-à-dire entre la population étudiée et celle de référence.

2. Espérance de vie en bonne santé

- 2.1 Non, car l'espérance de vie est une mesure de mortalité standardisée pour l'âge, donc non influencée par la structure d'âge ; « en bonne santé » est une mesure d'absence d'incapacité également standardisée pour l'âge.
- 2.2 Non, car on ne sait pas si l'incapacité est semblable. Si c'était le cas, alors la mortalité serait plus élevée en A qu'en B. Il serait d'ailleurs surprenant que l'incapacité à elle seule explique une différence de cinq ans.

3. Indicateurs de l'état de santé d'une population

- a) 1.
- b) 4.
- c) 2.
- d) 3.
- e) 1. En général, les femmes ont une meilleure espérance de vie à la naissance que les hommes.
- f) 4.

4. Comparaisons entre régions ou pays

- 4.1 Non, à moins d'être standardisé pour l'âge. De fait, une population plus jeune aura vraisemblablement plus d'années potentielles de vie perdues qu'une population plus vieille, toutes choses étant égales par ailleurs.
- 4.2 Oui, car c'est un taux spécifique selon l'âge (0-1 an)
- 4.3 Oui, car c'est une mesure standardisée construite à partir des tables de mortalité et des taux spécifiques de mortalité selon l'âge.
- 4.4 Oui, car c'est une mesure standardisée produite par la méthode de standardisation indirecte.
- 4.5 Non, car ce taux n'est pas standardisé pour l'âge.

5. Indicateurs de besoins

- 5.1 Besoin de santé.
- 5.2 Besoin de santé.
- 5.3 Besoin de ressources.
- 5.4 Besoin de ressources.
- 5.5 Besoin de services.
- 5.6 Besoin de services.
- 5.7 Besoin de santé.
- 5.8 Besoin de ressources.
- 5.9 Besoin de services.
- 5.10 Besoin de services.

Note: Le besoin exprimant un écart entre la situation actuelle et la situation souhaitée, cette notion de besoin est ici implicite pour chacun des indicateurs.

6. Indicateurs de santé et priorités

- 6.1 Cela dépend des mesures choisies:

Si nombre de décès par an

Pour les fins du calcul, supposons une population de 500 000

$$\text{Pour A} \quad \frac{500\,000 \times 5 \times 2}{1\,000 \times 1\,000} = 5 \text{ décès}$$

$$\text{Pour B} \quad \frac{500\,000 \times 2 \times 10}{1\,000 \times 1\,000} = 10 \text{ décès}$$

Donc $A < B$

Si APVP

$$\text{A} \quad 5 \times 70 = 350 \text{ années}$$

$$\text{B} \quad 10 \times 20 = 200 \text{ années}$$

Donc $A > B$

- 6.2 Non, car on ne connaît ni la sensibilité des maladies à une intervention (*i.e.* existe-t-il des solutions efficaces?), ni la faisabilité (*ex.*: coût).

7. Problème prioritaire et priorité d'intervention

- 7.1 Non, car on ne connaît ni la sensibilité du problème à l'intervention, ni la faisabilité du type d'intervention, ni pour quel type d'intervention la priorisation est faite (priorité de recherche ou priorité d'action).
- 7.2 Il exprime ou reflète la capacité d'intervenir en termes de faisabilité; c'est donc une preuve empirique de la faisabilité.

8. Pondération des indicateurs de priorité

- 8.1 Pour ce faire, il faut pondérer les deux indicateurs.

1. Si la pondération est égale, on obtient :

$$\text{Morbidité A: } \frac{2+3}{2} = 2,5$$

$$\text{Morbidité B: } \frac{1+2}{2} = 1,5$$

$$\text{Morbidité C: } \frac{3+1}{2} = 2,0$$

Donc, ordre B, C, A.

2. Si l'on donne plus de poids aux APVP qu'au nombre de décès (par exemple, trois fois plus), on obtient :

$$\text{Morbidité A: } (2 \times 0,75) + (3 \times 0,25) = 2,25$$

$$\text{Morbidité B: } (1 \times 0,75) + (2 \times 0,25) = 1,25$$

$$\text{Morbidité C: } (3 \times 0,75) + (1 \times 0,25) = 2,5$$

Donc, ordre B, A, C.

3. À l'inverse, si l'on donne plus de poids aux décès qu'aux APVP (par exemple, trois fois plus) :

$$\text{Morbidité A: } (2 \times 0,25) + (3 \times 0,75) = 2,75$$

$$\text{Morbidité B: } (1 \times 0,25) + (2 \times 0,75) = 1,75$$

$$\text{Morbidité C: } (3 \times 0,25) + (1 \times 0,75) = 1,50$$

Donc, ordre C, B, A.

Résumé

	Morbidité		
	A	B	C
Méthode 1	3	1	2
Méthode 2	2	1	3
Méthode 3	3	2	1

8.2 L'indice comparatif de mortalité (ICM) dans le contexte de la priorisation est une mesure de la faisabilité des interventions. Plus il est élevé, plus il indique qu'il reste des progrès à accomplir pour atteindre le niveau des autres régions du pays et que cela est possible et faisable.

Sur la base de cet indicateur, l'ordre de priorité serait le suivant : C, A, B.

Si l'on met ensemble cette donnée et celle des indicateurs précédents (pondération égale), on obtient :

	Nombre de décès	APVP	ICM
A	2	3	2
B	1	2	3
C	3	1	1

L'ordre de priorité suggéré serait alors C, B, A. On remarquera que c'est le même ordre qu'à l'exemple 3 à la réponse 8.1, ce qui montre bien que l'ICM est une mesure de mortalité et que l'ajouter aux deux autres contribue à augmenter la pondération de la mortalité.

CHAPITRE 2

1. Indicateurs d'utilisation des services

- 1.1 c) car l'individu entame l'épisode de soins par un premier contact avec le médecin.
- 1.2 d)
- 1.3 a) car la majorité des actes résulte de la décision médicale.
- 1.4 b)

2. Utilisation des services : distribution par tranches d'âge de la population

- 2.1 La population A, car il y a moins de personnes âgées, et bien entendu si l'on exclut les services reliés aux accouchements. Si l'on inclut ces services, alors la réponse est B, car il y a moins de femmes en B qu'en A.
- 2.2 La population A, car il y a plus de femmes en âge d'accoucher.
- 2.3 La population A, car la population y est plus jeune, peu importe si l'on inclut ou exclut les cas en obstétrique.
- 2.4 La population B, car il y a plus de personnes âgées.
- 2.5 $A = B$, car c'est un taux standardisé qui n'est pas influencé par les structures d'âge.

3. Utilisation des services : différences selon le sexe et l'âge

Le nombre de consultations médicales par personne par année est sensiblement le même chez les hommes et les femmes pendant les 15 premières années de vie. Par la suite, l'écart s'accroît progressivement en faveur des femmes, pour atteindre un maximum entre 25 et 44 ans. Cette période correspond à la période de procréation chez les femmes, ce qui explique en grande partie un recours plus élevé aux services. Par la suite, l'écart rétrécit graduellement et les femmes rejoignent le niveau des hommes à la fin de leur vie.

4. Utilisation des services : effets d'une diminution de ressources

- 4.1 La durée moyenne de séjour diminue, car il y a plus de pression pour que les médecins fassent sortir plus rapidement les malades.
- 4.2 Le taux d'occupation augmente, car il y a moins de lits disponibles.
- 4.3 Le pourcentage des admissions en chirurgie augmente aux dépens des admissions en médecine, car les opérations chirurgicales ne peuvent se faire qu'à l'hôpital, alors que les traitements médicaux peuvent être davantage réalisés en externe.
- 4.4 Le pourcentage des admissions d'urgence va augmenter, parce que la réduction du nombre de lits diminue les admissions programmées et qu'en conséquence des cas plus graves et donc plus urgents se retrouvent à l'hôpital.

5. Utilisation des services : effets sur les ressources

De façon générale, plus il y a de médecins et d'hôpitaux, plus grande est l'utilisation des services. De plus, moins il y a de lits, plus les médecins vont faire des actes médicaux en mode ambulatoire.

Et donc :

5.1	En B où l'on a :			
	• le moins de lits		B	
	• le plus de médecins		B	C
5.2	En A où l'on a :			
	• le plus de lits	A		
	• le moins de médecins	A		C
5.3	En B où l'on a :			
	• le moins de lits		B	
	• le plus de médecins		B	C

6. Utilisation des services : effets des ressources et de la distribution par âge de la population

De façon générale, plus il y a de médecins et de personnes âgées, plus il y a utilisation des services. Donc :

6.1 La plus élevée en C où l'on a :			
• le plus de médecins			C
• le moins de 65 ans et +		B	C
Moins il y a de personnes de 65 ans et +, plus chacune recevra de services			
Le plus faible en A où l'on a :			
• le moins de médecins	A	B	
• le plus de 65 ans et +	A		
Moyenne en B			
6.2 Le plus élevé en A où l'on a :			
• le plus de médecins (\pm important car médecins salariés)			C
• le plus de 65 ans et + (facteur plus important dans ce cas)	A		
Le plus faible en B où l'on a :			
• le moins de 65 ans et +		B	C
• le moins de médecins	A	B	
Moyenne en C			
6.3 La plus élevée en A où l'on a :			
• le plus de 65 ans et +	A		
• le moins de médecins	A	B	
La plus faible en C où l'on a :			
• le moins de 65 ans et +		B	C
• le plus de médecins			C
Moyenne en B			

7. Utilisation des services : effets de la distribution par âge de la population et du niveau des ressources

7.1 En B où l'on a :			
• le moins de lits		B	
• le plus de médecins	A	B	
• le moins de 65 ans et +			C
Moins il y a de lits et plus il y a de médecins favorisant les soins ambulatoires.			

7.2 En B où l'on a :			
• le plus de 65 ans et +	A	B	
• le plus de médecins	A	B	
• le moins de lits		B	
7.3 En B ou C où l'on a :			
• le moins de lits		B	
• le plus de médecins	A	B	
• le moins de 65 ans et +			C

Théoriquement, ce devrait être là où il y a le moins de lits (B), le plus de médecins (B) et le moins de personnes de 65 ans et + (C). La région B montre deux de ces conditions. Donc B est une bonne réponse. Cependant, la région C a moins de personnes de 65 ans et +, mais moins de médecins et plus de lits. Ces facteurs agissent dans des directions opposées. Si l'on juge que le facteur du nombre de personnes de 65 ans et + est déterminant, alors C est la bonne réponse.

La difficulté dans ce genre d'exercice est liée à la pondération accordée aux déterminants de l'utilisation. Comme règle générale, au-delà d'un certain niveau de ressources jugé suffisant, les caractéristiques individuelles des utilisateurs deviennent de moins en moins importantes pour expliquer l'utilisation. Cette observation s'explique vraisemblablement par la demande induite selon laquelle les décisions médicales constituent un déterminant majeur de l'utilisation, et la loi de Roemer par laquelle plus de ressources engendrent plus d'utilisation de services, pouvant aller même jusqu'à une utilisation excessive et inappropriée.

8. Sources de données pour l'utilisation des services

8.1 E (les enquêtes).

8.2 E. Cependant, les bases de données médico-administratives (BDMA) permettent de calculer des indices valides de continuité, surtout à cause de la possibilité offerte par des données longitudinales.

8.3 E.

8.4 E.

8.5 BDMA.

8.6 BDMA.

8.7 E.

CHAPITRE 3

1. Accessibilité : effet sur l'utilisation des services et la santé

Comme les trois populations ont le même taux de natalité, elles ont donc le même nombre de naissances par année. Donc le nombre de femmes ne joue pas.			
1.1 Le plus élevé en C où l'on a :			
· le moins de pédiatres			C
· le moins d'accès à l'hôpital	A		C
Le plus faible en B où l'on a :			
· le plus de pédiatres	A	B	
· le plus d'accès à l'hôpital		B	
et donc moyen en A			
1.2 Le plus élevé en B ou C où l'on a :			
· le moins d'accès à l'hôpital			C
· le plus de pédiatres		B	
Entre B et C, probablement que le nombre de pédiatres est plus déterminant, c'est-à-dire en B			
Le moins élevé en A où l'on a :			
· le moins de pédiatres	A		C
· le plus d'accès à l'hôpital	A	B	
et donc moyen en C			

2. Calcul des indices de dépendance et détermination des bassins de desserte

2.1 Calcul des IDP et IDR des centres d'obstétrique A et B :

IDP à l'égard des centres d'obstétrique (%)					
IDP _{1A}	$\frac{1\ 000}{1\ 100}$	=	90,9	IDP _{1B}	$\frac{100}{1\ 100}$ = 9,1
IDP _{2A}	$\frac{700}{800}$	=	87,5	IDP _{2B}	$\frac{100}{800}$ = 12,5
IDP _{3A}	$\frac{300}{1\ 300}$	=	23,1	IDP _{3B}	$\frac{1\ 000}{1\ 300}$ = 76,9
IDR à l'égard des populations					
Centre d'obstétrique A (%)			Centre d'obstétrique B (%)		
IDR _{A1}	$\frac{1\ 000}{2\ 000}$	=	50,0	IDR _{B1}	$\frac{100}{1\ 200}$ = 8,3
IDR _{A2}	$\frac{700}{2\ 000}$	=	35,0	IDR _{B2}	$\frac{100}{1\ 200}$ = 8,3
IDR _{A3}	$\frac{300}{2\ 000}$	=	15,0	IDR _{B3}	$\frac{1\ 000}{1\ 200}$ = 83,4

2.2 Calcul des bassins de dessertes :

Centre d'obstétrique A	IDP _{1A} x Pop. 1	$\frac{91 \times 1\ 000}{100}$	=	910 000
	IDP _{2A} x Pop. 2	$\frac{88 \times 750}{100}$	=	660 000
	IDP _{3A} x Pop. 3	$\frac{23 \times 1\ 500}{100}$	=	345 000
Total				1 915 000
Centre d'obstétrique B	IDP _{1B} x Pop. 1	$\frac{9 \times 1\ 000}{100}$	=	90 000
	IDP _{2B} x Pop. 2	$\frac{12,5 \times 750}{100}$	=	93 750
	IDP _{3B} x Pop. 3	$\frac{77 \times 1\ 500}{100}$	=	1 155 000
Total				1 338 750

2.3 Que dire des centres d'obstétrique A et B ?

Le centre A a un plus grand volume d'accouchements. Sa clientèle provient en majorité des régions 1 et 2, qui dépendent de ce centre d'obstétrique (IDP élevés). Les IDR, plus élevés envers les régions 1 et 2, confirment que la majorité de la clientèle de ces régions fréquente ce centre.

Quant au centre B, il a un moins grand volume d'admissions, qui proviennent surtout de la région 3. Cela se confirme tant par l'IDP que par l'IDR.

2.4 Dans quel centre le taux de mortalité néonatale sera le plus élevé ?

Le taux de mortalité néonatale devrait être le plus élevé dans le centre A, car, vraisemblablement, il reçoit plus de grossesses à risque. Il faut supposer, par ailleurs, une qualité de soins comparable en A et en B.

3. Analyse de l'emploi d'une ressource et des réserves

	Hôpital A	Hôpital B
Lits occupés	$\frac{500 \times 80}{100} = 400$	$\frac{700 \times 71}{100} = 497$
Réserve latente	$\frac{400 \times 10}{100} = 40$ lits	$\frac{497 \times 5}{100} = 25$ lits
Nombre de jours d'hospitalisation par an	$500 \times 365 = 182\,500$	$700 \times 365 = 255\,500$
Occupation actuelle	$400 \times 365 = 146\,000$	$497 \times 365 = 181\,405$
Nombre d'admissions par an	$\frac{146\,000}{7} = 20\,857$	$\frac{181\,405}{9} = 20\,156$
Occupation ajustée sur intervalle de roulement	$146\,000 + 20\,857 = 166\,857$	$181\,405 + 20\,156 = 201\,561$
Taux d'occupation ajusté sur intervalle de roulement	$\frac{166\,857}{182\,500} = 91,4\%$	$\frac{201\,561}{255\,500} = 78,9\%$
Charge de service incluant l'intervalle de roulement	$\frac{500 \times 91,4}{100} = 457$	$\frac{700 \times 78,9}{100} = 552$
Réserve justifiée		
• intervalle de roulement	$457 - 400 = 57$ lits	$552 - 497 = 55$
• seuil de sécurité (p ≤ 0,01 selon l'utilitaire statistique)	pour 457 lits occ. « 508	pour 552 lits occ. « 608
	sécurité: $508 - 457 = 51$ solde: $500 - 508 = -8$ (déficit)	$608 - 552 = 56$ $700 - 608 = 92$ (excès)
Donc en résumé, les réserves		
latente	40	25
manifeste totale	100	203
justifiée		
· roulement	57	55
· sécurité	51	56
	} 108	} 111
injustifiée	$100 - 108 = -8$ (déficit de 8 lits)	$203 - 111 = 92$ (excès de 92 lits)

4. La réserve justifiée

- 4.1 Réduction de la réserve justifiée, car la mise en commun des ressources augmente le nombre de lits disponibles pour les urgences. Il est donc possible aussi d'augmenter la valeur de p , c'est-à-dire de prendre un plus grand risque de manquer de lits dans chacun des hôpitaux, puisqu'il peut compter sur l'autre.
- 4.2 Diminution de la réserve justifiée, car plus de souplesse au niveau des lits due aux chambres privées dont le nombre augmente.
- 4.3 Augmentation de la réserve justifiée, car cela diminuera sa réserve latente et donc réduira la marge de manœuvre.
- 4.4 Réduction de la réserve justifiée, du moins le pourcentage de lits pour la réserve justifiée, car on augmente le nombre total de lits ; plus il y a de lits, moins le pourcentage de lits pour la réserve justifiée est élevé.

5. Analyse de l'emploi d'un service d'urgence

Nombre moyen de lits occupés de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

$$\frac{60 \times 90}{100} = 54$$

Réserve latente (révélée par les audits) = 5

Réserve pour intervalle de roulement = 0

Réserve justifiée ($p \leq 0,01$): selon l'utilitaire

54 lits occupés nécessitent 72 lits dressés si l'on ne veut pas d'une suroccupation de l'UHCD plus de 1 jour sur 100. Or, on n'a que 60 lits, ce qui peut occasionner une suroccupation de presque 1 jour sur 4 (car $p = 0,23$ pour 60 lits)

En résumé, les réserves,

manifeste totale:	6
latente:	5
justifiée ($p \leq 0,01$):	$72 - 54 = 18$
injustifiée (déficit):	$60 - 72 = -12$

Il manque donc 12 lits. Bien entendu, si l'on augmente le nombre de lits, il faudra ajuster les autres ressources en conséquence.

Cet exemple illustre bien qu'avec des nombres de ressources moins élevés, il faut constituer une réserve justifiée proportionnellement plus importante, comme c'est le cas pour les lits d'UHCD. D'où l'avantage d'une meilleure coordination régionale dans la gestion des urgences. Par exemple, une gestion

coordonnée des urgences, pour des hôpitaux totalisant 200 lits d'UHCD occupés, nécessiterait 234 lits dressés et donc $34/200$, c'est-à-dire 17% de lits contre $18/54$, c'est-à-dire 33,3%.

Dans ce cas-ci, il faudra donc mieux gérer l'utilisation des lits d'UHCD et récupérer la réserve latente de 5 lits, ce qui réduit le risque de manquer de lits et diminue le déficit à 7 lits seulement. Il faudrait aussi regarder du côté des autres lits d'hospitalisation pour accélérer les admissions à l'hôpital afin de libérer des lits d'UHCD.

6. Analyse de l'emploi d'un service de soins à domicile

La capacité totale quotidienne du service de soins à domicile est de $8 \times 5 = 40$ jours soins infirmiers.

Nombre de patients visités par jour :	$6 \times 5 = 30$
Temps passé auprès des patients :	$30 \times 1/2$ heure = 15 heures/jour
Intervalle de roulement :	$30 \times 1/3$ heure = 10 heures/jour
Charge de services :	$15 + 10 = 25$ heures/jour

En prenant comme mesure d'occupation de la ressource infirmière le nombre d'heures de soins infirmiers fournis (incluant l'intervalle de roulement), on estime, selon l'utilitaire, que 25 heures de services en moyenne exigent une disponibilité de 38 heures ($p \leq 0,01$), si l'on ne veut pas manquer de disponibilité en soins infirmiers de plus d'une heure sur 100.

Or, avec 40 heures de temps de disponibilité en soins infirmiers, on a un excédent de 2 heures.

En résumé :

Capacité totale :	40 heures soins/jour
Temps utilisé pour soins aux patients :	15 heures
Temps de déplacement :	10 heures
Réserve justifiée :	$38 - 25 = 13$ heures
Réserve injustifiée :	$40 - 38 = 2$ heures

7. Analyse de l'emploi d'un cabinet médical de groupe

La capacité totale de production quotidienne des médecins est de :

$$8 \times 8 \text{ h} = 64 \text{ heures}$$

Temps total de soins aux malades par jour :	$120 \times 1/3 \text{ h} = 40$
Temps entre deux malades :	$120 \times 1/12 \text{ h} = 10$
Temps total de services par jour :	$40 + 10 = 50$ heures

Quantité d'heures requises par jour pour répondre à la demande, en prenant le risque de refuser des malades moins de 1 heure sur 100 ($p \leq 0,01$) : 50 heures de charge de services nécessitent une disponibilité de 67 heures.

Il manque donc 3 heures.

En résumé :

Capacité totale :	64 heures
Temps de service :	40 heures
Intervalle de roulement :	10 heures
Temps total de services :	50 heures
Quantité d'heures requises ($p \leq 0,01$) :	67 heures
Réserve justifiée :	$67 - 50 = 17$ heures
Réserve injustifiée (déficit) :	$64 - 67 = -3$ heures

8. Productivité des médecins

8.1 Pour chaque médecin, déterminer quelle mesure de productivité l'avantage.

Établissons au départ que :

Intrant = nombre d'heures/an
Extrants = autres mesures

On a ainsi les mesures de productivité suivantes :

	Revenu horaire	Nombre de patients/h	Nombre d'actes/h
Médecin A	41,66	0,83	2,50
Médecin B	52,08	0,52	3,12
Médecin C	62,50	0,83	1,67

Pour le médecin A : nombre de patients/h

Pour le médecin B : nombre d'actes/h

Pour le médecin C : revenu horaire et nombre de patients/h

Le nombre de patients par heure peut ne pas paraître réaliste, mais il ne faut pas oublier qu'un même patient peut être vu plusieurs fois dans l'année, comme c'est le cas en particulier pour des malades atteints de maladies chroniques.

8.2 Meilleure façon de calculer la productivité de ces médecins?

Chaque mesure de productivité a ses limites.

Revenu/heure	Cette mesure peut refléter des différences dans le niveau des tarifs des actes; de plus, les actes les mieux payés ne sont pas nécessairement les plus utiles.
Nombre patients/heure	Cette mesure incite à voir le plus de patients différents possibles. Cette pratique peut aller à l'encontre de l'humanisation, d'une bonne relation patient-médecin et de la continuité des soins. Bref, elle favorise la médecine d'urgence et sans rendez-vous plutôt que la prise en charge.
Nombre d'actes/heure	Cette mesure favorise la médecine à l'acte et encourage les actes inutiles.

9. Productivité des médecins généralistes et spécialistes

- 9.1 Le cardiologue: il a un revenu brut plus élevé et moins de dépenses d'infrastructure, puisqu'il travaille surtout à l'hôpital (contexte de rémunération à l'acte).
- 9.2 L'omnipraticien: il voit plus de patients pendant des périodes plus courtes.
- 9.3 Le cardiologue: sa pratique est davantage à l'hôpital.
- 9.4 Le cardiologue: normalement, il voit des patients qui ont des maladies plus graves.
- 9.5 L'omnipraticien: en principe, il voit des patients qui ont des maladies moins graves.

10. Productivité des ressources physiques

Établissons au départ que :

Intrant	=	Nombre de lits
Extrants	=	Nombre de jours d'hospitalisation Nombre d'admissions Durée moyenne de séjour

10.1 Lequel des deux hôpitaux présente la plus grande productivité?

Cela dépend des mesures utilisées. Comme les hôpitaux ont la même taille et la même quantité de ressources, et donc les mêmes intrants, les mesures d'extrants correspondent à des mesures de productivité. La productivité pour chacun des hôpitaux peut varier selon les mesures utilisées. Ainsi, si l'on prend

le nombre de jours d'hospitalisation, A est alors plus productif. Si l'on prend le nombre d'admissions, B est alors plus productif. Enfin, si l'on retient la durée moyenne de séjour, alors B est plus productif.

Le taux d'occupation n'est pas une mesure d'extrant en soi, mais plutôt une mesure d'occupation ou d'emploi d'une ressource. Cependant, ce taux étant plus élevé en A, qui a aussi une durée moyenne de séjour plus longue, peut suggérer une productivité plus faible, ou encore un emploi non approprié ou non justifié des lits, c'est-à-dire un certain nombre de jours d'hospitalisation inutiles.

10.2 Quelles considérations devez-vous faire au regard de ces différences de productivité ?

En plus de la considération sur l'emploi des ressources, il est clair que la productivité ne reflète pas nécessairement la qualité des services, ni l'efficacité, c'est-à-dire les résultats obtenus (en termes de santé) par rapport aux ressources consenties.

CHAPITRE 4

1. Types d'évaluation

- 1.1 Structure. C'est une mesure de la quantité de ressources disponibles.
- 1.2 Structure. Encore une mesure de la quantité de ressources.
- 1.3 Résultat. C'est un résultat défavorable indiquant des déficiences possibles sur le plan des processus.
- 1.4 Processus. Il s'agit d'une utilisation éventuellement inappropriée des lits d'hôpitaux.
- 1.5 Processus. Il s'agit de déficiences au chapitre des décisions médicales.
- 1.6 Structure. Cette mesure vise à mettre en place des mécanismes structurels pour améliorer la qualité des pratiques.

2. Productivité, efficacité, efficacie

- 2.1 Efficacité. Il s'agit du résultat d'une analyse coût-efficacité.
- 2.2 Productivité (moyenne). L'extrant est le nombre d'exams et l'intrant est le nombre d'heures d'ouverture.
- 2.3 Efficacité. On compare souvent l'efficacité des systèmes de santé à l'aide de cet indicateur qui comporte évidemment des limites.
- 2.4 Productivité. L'extrant est le nombre de patients et l'intrant est le temps de travail du médecin (une semaine).

2.5 Efficacité. Il s'agit d'un résultat négatif, plus le nombre est élevé, moins l'efficacité est grande.

3. Évaluation des résultats des soins dans un hôpital

3.1 Faux. Le taux de mortalité plus faible en B peut aussi être dû au *case mix*, c'est-à-dire à une gravité des cas hospitalisés plus faible en B qu'en A.

3.2 Vrai. Du moins, les données le suggèrent, même si l'on ne peut en être sûr.

3.3 Vrai. C'est possible, car le taux d'occupation élevé peut exercer une pression pour diminuer la durée de séjour. Par contre, encore une fois, cela peut aussi indiquer une lourdeur moindre des cas en B qu'en A.

3.4 Faux. Il peut l'être, dans la mesure où ce taux est ajusté pour tenir compte de la nature du *case mix*, c'est-à-dire de la gravité des cas.

4. Influence du mode de financement sur différents paramètres de l'évaluation

Aux fins de cet exercice, il est proposé un rang pour chacun des indicateurs (1 = effet le plus positif, 4 = effet le moins positif). Dans les réponses suggérées ici, il peut y avoir des points de vue divergents, selon les perspectives et selon le contexte. Le débat est ouvert ; discutez-en entre vous.

MODE DE FINANCEMENT	EFFET SUR				
	Productivité	Utilisation appropriée des services	Efficacité d'utilisation	Efficacité populationnelle	Efficienne
A. Budget global	4	3	3	3	2
B. Paiement à l'épisode (tarification à l'activité)	2	2	2	2	2
C. Paiement pour chacun des services fournis (à l'acte)	1	4	4	4	4
D. Paiement à la capitation	2	1	1	1	1

La productivité, qui s'exprime ici par la quantité de services (actes) produits au regard des ressources investies, est la plus faible avec le budget global, car le financement n'est pas lié à la quantité de services (actes) produits. À l'opposé, lorsque le financement est lié aux services (actes) produits, comme en C, la productivité est la plus élevée, au détriment possible de l'utilisation appropriée ou justifiée (augmentation des services non requis), de l'efficacité populationnelle et surtout de l'efficience. La productivité est également élevée dans le mode de paiement à l'épisode, mais, contrairement au paiement selon les services produits, l'utilisation appropriée des services et l'efficacité d'utilisation sont ici élevées.

L'utilisation des services de santé la plus appropriée est associée au paiement à la capitation, parce que les incitatifs y sont dirigés vers le maintien de la santé et l'utilisation parcimonieuse des services. Elle est aussi associée positivement au paiement à l'épisode (B), du moins en ce qui concerne les durées de séjour, bien que l'expérience des DRG aux États-Unis ait rapporté une possibilité de sous-utilisation. L'utilisation non appropriée est plus élevée en A et B, tel qu'expliqué plus haut.

L'efficacité d'utilisation des services de santé mesure les résultats de santé obtenus chez leurs utilisateurs. Encore ici, le régime de paiement à la capitation semble le plus performant (exemple des HMO aux États-Unis). Le mode le moins performant est le paiement selon les services produits (C), car, en encourageant la multiplication des actes, il y a possibilité d'effets délétères dus au surtraitement (effet iatrogénique). De plus, à cause des problèmes possibles d'accès aux services mentionnés plus haut et de l'importance des besoins non comblés, l'efficacité populationnelle et forcément l'efficience suivront la même tendance.

L'efficacité populationnelle est la plus élevée avec le mode de paiement prospectif *per capita* (démonstré par l'expérience des HMO tels que *Kaiser Permanente* aux États-Unis) et à cause de la finalité de ces régimes, qui est de maintenir et promouvoir la santé de toute la population inscrite. À noter que le mode de paiement pour chacun des services produits a une productivité élevée mais une efficience faible, confirmant un point souligné dans le texte du chapitre : une productivité élevée n'engendre pas nécessairement une grande efficience.

5. L'application de la gestion centrée sur les résultats dans une région

Selon les données de base

D'abord, le réflexe qu'il faut avoir dans une telle situation, c'est de voir pourquoi le niveau de santé a diminué, c'est-à-dire tenter d'identifier les facteurs qui ont pu influencer cette baisse et sur lesquels vous pouvez intervenir, et ceux sur lesquels vous n'avez pas de contrôle.

Deuxièmement, comme ces indicateurs peuvent être interprétés à la fois comme des mesures de résultats et de besoins, il faut faire valoir que les besoins ont augmenté afin de justifier un ajout de ressources et non une diminution.

Selon les données additionnelles

Après avoir pris connaissance des données additionnelles, vous réalisez que vous avez peut-être trop investi dans l'équipement hospitalier. Néanmoins, les conditions socioéconomiques s'étant détériorées, il est clair qu'elles ont pu être responsables de l'augmentation des problèmes de santé.

Compte tenu de ces données, vous devriez stratégiquement faire valoir que les besoins ont augmenté et que, dans les prochaines années, vos plans d'intervention se situeront autour des soins primaires, de la prévention et de la promotion de la santé, et qu'une attention particulière sera apportée aux familles défavorisées.

6. L'application de la gestion centrée sur les résultats dans un hôpital

Selon les données de base

Comme dans l'exercice précédent, il faut être capable d'expliquer pourquoi la mortalité hospitalière a augmenté. La raison la plus évidente et la plus souhaitable serait un alourdissement de la clientèle, auquel cas vous pourriez interpréter ces données en termes de besoins plutôt que de résultats et justifier des ressources additionnelles.

Si cette augmentation de la mortalité est due à une baisse de la qualité des soins, vous vous trouvez dans une situation beaucoup plus délicate et difficile. Vous pouvez toujours essayer d'argumenter que la baisse de la qualité a été causée par un financement insuffisant...

Selon les données additionnelles

Ces données appuient votre première hypothèse explicative. Donc, vous êtes en bonne position. Vous pouvez même aller plus loin et démontrer que votre hôpital a été très performant puisque l'alourdissement du *case mix* n'a pas fait allonger la durée moyenne de séjour, au contraire.

Vous pouvez également demander un ajustement budgétaire pour le développement de votre hôpital et plus particulièrement des spécialités médicales.

7. Les types d'efficacité

7.1 Vrai. Ce sont les individus rejoints par le programme de soins.

7.2 Vrai. Il faut connaître toute la population desservie et pas seulement les utilisateurs de services de l'établissement.

7.3 Faux. C'est l'inverse.

7.4 Vrai.

7.5 Faux. C'est une condition nécessaire, mais non suffisante. Il faut en outre que le pourcentage des individus bénéficiant de cette intervention soit suffisamment élevé et qu'au départ, la morbidité visée par le traitement soit importante.

7.6 Vrai. Il faut évidemment que les individus qui bénéficient du traitement aient des résultats positifs.

8. Performance, données probantes

8.1 Faux. L'évaluation de la qualité s'appuie également sur des normes et des lignes directrices. À toutes fins utiles, ces deux termes sont équivalents dans leurs approches, bien qu'ils soient issus de traditions différentes.

8.2 Vrai. C'est conforme à la définition qui a été donnée de l'évaluation de la performance, elle aussi de nature normative.

8.3 Vrai. Cependant, ce mode de paiement a favorisé la prestation de services mieux rémunérés, mais au détriment de ceux qui sont plus difficilement monnayables, tout en étant importants.

8.4 Faux. Pour être utiles aux décideurs, les preuves organisationnelles et politiques doivent aussi être prises en compte.

8.5 Faux. Le monitoring interprétatif fait appel à un cadre conceptuel et essaie d'expliquer logiquement les relations entre les interventions et les effets observés, éléments qui caractérisent plutôt la recherche évaluative.

9. Validité interne et externe

9.1 Augmente la validité externe, c'est-à-dire la possibilité de généraliser à toute une population par inférence statistique.

9.2 Augmente la validité interne, parce que ce protocole d'étude permet de contrôler pour des facteurs connus et inconnus qui pourraient biaiser les résultats.

9.3 Augmente les deux. D'abord, la validité interne, parce que cette analyse permet d'expliquer en quoi et comment les effets observés sont dus à l'intervention. Ensuite, la validité externe, parce que, en spécifiant les conditions liées au contexte qui peuvent expliquer en partie les résultats observés, elle permet d'extrapoler les résultats à d'autres contextes où ces conditions seraient présentes.

- 9.4 Augmente les deux. D'abord, la validité interne, en établissant le fondement logique et théorique de la relation entre l'intervention et les effets (plausibilité théorique ou logique). Et aussi la validité externe, en permettant d'extrapoler à d'autres interventions qui présenteraient le même fondement théorique ou logique.
- 9.5 Augmente la validité externe. Si les mêmes résultats sont observés dans plus d'un contexte, on peut conclure à une plus grande possibilité d'être généralisable.

10. Système d'appréciation de la performance

La performance augmente en 3 et 4 et diminue en 5. Il faut se rappeler que c'est le rapport indicateur/référence qui mesure la performance. En effet, la valeur des indicateurs peut varier dans le temps, mais également la référence. Les cas 1 et 2 montrent une amélioration dans la valeur des indicateurs, mais aucun changement dans le rapport indicateur/référence, vraisemblablement parce que la valeur de la référence a augmenté elle aussi. Dans le cas 3, c'est la valeur de la référence qui baisse, expliquant une hausse dans le rapport indicateur/référence, sans qu'il y ait de changement dans la valeur de l'indicateur. Enfin, le cas 5 représente une situation extrême, où l'indicateur voit sa valeur augmenter, alors que celle de son rapport indicateur/référence diminue, parce que la valeur de la référence a augmenté plus que celle de l'indicateur.

CHAPITRE 5

1. Position égalitariste ou libéraliste

- 1.1 Position libéraliste. Une telle proposition véhicule une idée de charité et de discrimination. Les plus fortunés auront accès à des soins de meilleure qualité, les pauvres, non.
- 1.2 Position égalitariste. Cela fait référence au droit de subsistance garanti par l'État.
- 1.3 Position égalitariste. Le recours à la charité est perçu comme dégradant et imprévisible pour les égalitaristes. Ici, l'État intervient sur le plan de la fiscalité pour assurer une meilleure redistribution des biens dans la société. Les libéralistes peuvent argumenter que c'est une forme de charité et de philanthropie pour aider ceux qui ne réussissent pas.
- 1.4 Position libéraliste. Il s'agit ici de subventions destinées aux mieux nantis, car ce sont eux qui ont davantage accès aux collèges privés. De plus, ces subventions peuvent priver le système public d'une partie importante de ressources qui en augmenteraient la qualité.

- 1.5 Position égalitariste. La santé et l'éducation sont considérées comme fondamentales; l'État doit s'en acquitter pour assurer l'égalité des chances pour tous au départ.
- 1.6 Position libéraliste. Cette affirmation cautionne l'absence d'intervention de l'État et le libre marché. On croit que l'offre et la demande s'ajustent de façon naturelle, sans besoin que l'État intervienne pour les réguler.
- 1.7 Position égalitariste. Les gens ne naissent pas avec les mêmes atouts et les mêmes chances; pour assurer l'égalité des chances, l'État doit intervenir comme régulateur.
- 1.8 Position libéraliste. Il s'agit là d'une mesure régressive. Les plus pauvres ont davantage de besoins et risquent d'être lésés par une telle mesure, puisqu'ils ont moins de revenus.

2. Égalité et équité

- 2.1 Faux. Pas nécessairement, car l'égalité quant à l'accès aux services, par exemple, est inéquitable si les besoins d'un groupe sont plus grands, comme c'est généralement le cas pour les plus démunis.
- 2.2 Vrai. Pour les mêmes raisons que celles évoquées en 2.1.
- 2.3 Vrai. Selon la vision libéraliste, ce sont les individus qui sont responsables de ces inégalités et à chacun de s'en arranger. Jusqu'à un certain point, les tenants de cette position considèrent comme inéquitable l'intervention de l'État pour réduire les inégalités. En somme, ce que les libéralistes considèrent inéquitable est équitable pour les égalitaristes.
- 2.4 Faux, du moins du point de vue égalitariste, car, généralement, les besoins sont plus grands chez les plus démunis et il faut donc être disposé à leur offrir plus de services qu'aux mieux nantis.

Fiche d'auto-évaluation de l'atteinte des objectifs spécifiques

Objectif	J'ai atteint cet objectif:			
	Pleinement	Passablement	Peu	Pas du tout
1. Définir et distinguer problème et besoins de santé, de services et de ressources.				
2. Déterminer l'importance d'un besoin non comblé sur les plans de la santé, des services et des ressources.				
3. Identifier et définir les principaux indicateurs de santé portant sur la mortalité, la morbidité, les facteurs de risque et l'incapacité.				
4. Expliquer les méthodes de standardisation directe et indirecte; calculer et interpréter des taux standardisés.				
5. Élaborer des critères pour établir des priorités.				
6. Appliquer la démarche de priorisation à différents problèmes de santé.				
7. Décrire le processus d'utilisation des services de santé.				
8. Construire différents indicateurs de l'utilisation des services de santé.				
9. Appliquer le modèle de Donabedian comme cadre de référence pour l'analyse de l'utilisation des services de santé.				
10. Apprécier l'influence des différents facteurs déterminant l'utilisation des services de santé.				
11. Définir l'expérience de soins et en identifier les différentes dimensions.				

Objectif	J'ai atteint cet objectif:			
	Pleinement	Passablement	Peu	Pas du tout
12. Décrire les différents types de ressources et de modes de financement des services de santé.				
13. Expliciter les facteurs intervenant entre la disponibilité d'une ressource et la production de services, et liés à l'accessibilité, l'emploi et la productivité d'une ressource.				
14. Identifier et définir les différentes dimensions de l'accessibilité et caractériser leur relation avec l'utilisation des services.				
15. Définir et calculer des indices de dépendance de la population (IDP) et des indices de dépendance des ressources (IDR).				
16. Distinguer bassin de desserte et territoire desservi.				
17. Définir la productivité et distinguer productivité globale, totale, moyenne et marginale.				
18. Définir l'emploi d'une ressource.				
19. Analyser l'emploi d'une ressource et calculer les différentes réserves: manifeste, latente, justifiée et injustifiée.				
20. Définir l'évaluation et en distinguer les différents types: recherche évaluative, évaluation normative, évaluation de la structure, du processus, des résultats et évaluation économique.				

Objectif	J'ai atteint cet objectif:			
	Pleinement	Passablement	Peu	Pas du tout
21. Distinguer et expliciter les liens qui existent entre évaluation, qualité, moniteurage simple et interprétatif, et performance.				
22. Identifier les principales composantes d'un système d'appréciation de la performance, tel que celui développé par le Commonwealth Fund.				
23. Décrire la gestion centrée sur la performance et appliquer cette méthode à un programme de santé.				
24. Décrire la gestion fondée sur les données probantes, identifier les principales sources de preuves et apprécier la valeur de la preuve à partir de la validité interne et externe.				
25. Comparer les positions libéraliste et égalitariste.				
26. Distinguer égalité et équité.				
27. Appliquer les notions d'égalité, d'équité, de libéralisme et d'égalitarisme à l'analyse de problèmes identifiés dans le système de santé.				

Index

A

- Acceptabilité politique, 129
- Accessibilité, 76-90
 - définition, 76-77
 - distance et utilisation, 80-81, 99, 171
 - économique, 78
 - géographique, 77
 - socio-organisationnelle, 78
 - types, 77-79
- Accès *voir* accessibilité
- Accessibilité économique *voir* accessibilité
- Amélioration continue de la qualité, 118
- Analyses
 - coût efficacité *voir* évaluation économique
 - coût bénéfice *voir* évaluation économique
 - coût utilité *voir* évaluation économique
 - coût conséquence *voir* évaluation économique
- Analyse de convergence, 131
- Analyse d'implantation, 128
- Analyse de la logique de l'intervention, 128
- Assurance-maladie, 55, 60

B

- Bassin de desserte, 84-85, 100, 172
- Besoins
 - de santé, 23-26, 43, 45, 164

- de ressources, 36
- de services, 35
- indicateurs de besoin, 28-37, 42-43, 164
- non comblés, 22-24
- Beveridge, 73
 - régimes de type beveridgien, 144
- Bismarck, 73
 - régimes de type bismarckien, 144
- Budget global, 60, 73, 135, 179

C

- Capitation, 74, 135, 179
- Continuité *voir* expérience de soins

D

- Dépenses publiques, privées *voir* ressources (financement)
- Désengagement de l'État, 147
- Déterminants de la santé, 17
- Données probantes 125-131, 138, 182

E

- Efficacité, 109-110, 133-135, 137, 178-180
- Efficiency *voir* évaluation (économique), 111-113, 134-135, 178-180
- Égalité, équité, 145-146, 151, 184
- Égalitarisme *voir* valeurs
- Emploi d'une ressource, 90-98, 100-102, 173-176
 - intervalle de roulement, 92, 94
 - les réserves, 95-98, 100-101, 173-176
 - occupation, 94

Épisode de soins, 49-52

Espérance de vie

- à la naissance, 29, 31, 42-43, 164
- ajustée pour l'état de santé (EVAS), 35
- en bonne santé (EVBS), 34, 42-43, 164

État de santé *voir* santé

Évaluation, 105-131

- évaluation *a priori*, *a posteriori*, 113-114
- évaluation économique, 111-113
- monitoring, 118-119
- normative, 107
- performance, 119-125
- qualité des soins, 117-118
- temps de l'évaluation, 113-114
- types d'évaluation, 107-113, 133

Expérience de soins, 62-63

F

Facteurs de risque, 28

Financement *voir* ressources, 73-75, 134-135, 146-147, 179-180, 184

G

Gestion

- centrée sur l'atteinte des résultats, 122-125, 130-137, 180-181
 - centrée sur les données probantes, 125-131
 - centrée sur la performance, 122-125
- Globalité *voir* expérience de soins

I

Incidence (taux) des maladies 28

Indicateurs

- de besoins de ressources, 36, 43, 95-96, 164-165
- de besoins de santé, 28-35, 43, 164-165
- de besoins de services, 35-36, 43, 164-165

Indice comparatif de mortalité, 33

Indices de dépendance

- de la population (IDP), 81-82, 100, 172
- de la ressource (IDR), 83-84, 100, 172

L

Libéralisme, libéraliste *voir* valeurs

M

Morbidité, 28, 42, 43, 164

Mortalité, 28-31, 42, 43, 164

N

Niveaux de besoins, 23

O

Occupation d'une ressource *voir* emploi d'une ressource

P

Paiement des ressources, 73-75

Performance, 119-122, 138-139, 182-183

Prévalence des maladies, 28

Priorités

- arbres décisionnels, 40, 115-117, 130
- critères de priorisation, 38-39, 44-45, 165-167
- priorisation, 37-40, 44-45, 165-167

Problème de santé, 22-23

Processus *voir* évaluation

Productivité d'une ressource, 87-90, 113, 102-103, 134-135, 176-180

Programme, 123

R

Réactivité *voir* expérience de soins

Rémunération des médecins, 59-60, 67-68, 169

Réserve totale, manifeste, latente ou justifiée *voir* emploi d'une ressource

Résultats des soins *voir* évaluation 134, 179

Ressources

- besoins *voir* besoins
- capacité, 90-91
- emploi, 93-98, 100-102, 174-176
- financement, 73-75
- indicateurs *voir* indicateurs
- occupation d'une ressource et réserves *voir* emploi d'une ressource
- ressources, requises 95-98
- type, répartition, 72

S

Santé

- déterminants, 17
- état de santé, 28-35
- indicateurs de santé, 28-35, 42-43, 164-165
- indices, 34, 35
- problèmes de santé, 22-23
- système de santé, 17-18

Sources de données

- indicateurs de santé, 34
- utilisation des services, 35

Standardisation

- directe et indirecte, 31-34, 42, 163-164

Structure *voir* évaluation

Systèmes

- d'évaluation de la performance, 119-122, 138-139
- de santé, 17

T

Taux

- de mortalité, 28-29
- spécifiques, 30
- standardisés, bruts, 31-34

Tableau de bord, 121

Tarification à l'activité, 60, 74

Territoire desservi, 86

Ticket modérateur, 148

U

Utilisation des services, 49-62

- définition, 49-50
- déterminants, 53-62, 65-68, 167-170
- indicateurs, 65, 167
- mesure, 50-52
- modèle d'Andersen et Newman, 56-57
- modèle de Donabedian, 56
- sources de données, 53

V

Valeurs

- libéralisme, égalitarisme, 143-144, 150, 183-184
- sociétales, 142-145

Validité

- Interne et externe, 126-128, 138, 182-183

Table des matières

7	Avant-propos
11	Liste des abréviations
13	Objectifs
17	Introduction
	CHAPITRE 1
21	Identification des besoins et détermination des priorités
22	Problème ou besoin de santé?
25	Besoins non comblés
28	Indicateurs de besoins
36	Taux bruts ou taux standardisés
37	Détermination des priorités
42	Exercices
	CHAPITRE 2
47	Utilisation des services de santé
49	Une définition opérationnelle
50	Mesures de l'utilisation des services
53	Sources de données
53	Déterminants de l'utilisation des services
62	Utilisation rapportée par l'utilisateur de services: l'expérience de soins
65	Exercices

CHAPITRE 3

- 69 **Analyse de la production de services : les ressources**
- 72 Type de ressources
- 72 Répartition des ressources à l'intérieur d'un pays ou d'une région
- 73 Financement
- 75 Facteurs intervenant dans la production de services par une ressource
- 100 Exercices

CHAPITRE 4

- 105 **Évaluation**
- 107 Types d'évaluation
- 111 L'évaluation économique
- 113 Temps de l'évaluation
- 117 Évaluation et qualité des soins
- 118 Suivre ou évaluer le changement
- 119 Évaluation et performance
- 122 Gestion centrée sur la performance
- 125 Gestion fondée sur des données probantes
- 133 Exercices

CHAPITRE 5

- 141 **Influence du contexte et des valeurs sur le système de santé**
- 143 Deux positions opposées : libéraliste et égalitariste
- 145 Équité ou égalité ?
- 146 Quelques exemples

- 153 **Conclusion**
- 155 **Références bibliographiques**
- 163 **Corrigé des exercices**
- 189 **Index**



Comprendre le système de santé pour mieux le gérer

Les systèmes de santé sont des organismes extrêmement complexes qui doivent répondre à des besoins multiples. De nombreux professionnels, des gestionnaires, des organismes ainsi que du personnel de soutien parviennent néanmoins à assurer une prestation de services coordonnés et intégrés. Le but de cet ouvrage est de simplifier cette réalité, afin d'en faciliter la compréhension et la gestion.

La démarche présentée explique les facettes variées des systèmes et les liens entre les multiples rouages. Cette perspective favorise ainsi l'auto-apprentissage avec, au début de chaque chapitre, des objectifs précis et, à la fin, des exercices qui vérifient l'acquisition des connaissances.

RAYNALD PINEAULT a été chercheur et professeur émérite à l'Université de Montréal. Il est présentement médecin conseil à la Direction de santé publique de l'Agence régionale de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec.

29,95 \$ • 27 €

Disponible en version numérique

www.pum.umontreal.ca

ISBN 978-2-7606-3126-7



9 782760 631267